

# PSYKOL OGI

Vol. 61 nr.10 2024

---

## Psykologer om Barnesakkyndig kommisjon

*Originalartikkel  
Nordanger et al.*

---

## STRATEGI FOR PSYKISK FOLKEHELSE 2024

*Teoretisk artikkel  
Arne Holte*

---

## Villedende veiledning

*Kronikk  
Judith van der Weele*

---

## Behold gruppeanalysen

*Bokintervju  
Sigmund Karterud*

# 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

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams [Katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:Katharine@psykologtidsskriftet.no)

**Utgiver** Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

**Henvendelser til redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debattinnlegg** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no)

**Annonser** [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Frist for bestilling av annonser** 18.10, 15.11, 11.12

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.09.2024

**Omslagsillustrasjon** Anette Moi **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](http://www.psykologtidsskriftet.no)

### Redaksjonen

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen,

**Journalist** Matt Oxman, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk**

**redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Daniel

Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt**

**ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad, Kristin Bø og Maria Astrup

### 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

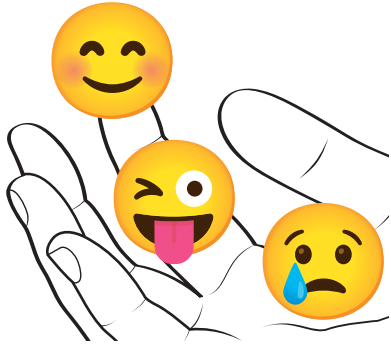
### © Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på [www.psykologtidsskriftet.no](http://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-/figurteksten. 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: MARIA ASTRUP



Motstridende emosjonsteorier gir terapeutisk handlingsrom.  
Fagessay, Side 654

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



Livet skal leves, ikke løses, skriver Thomas Silfving.  
Etikkpanelet, Side 694



Snakk mindre om og jobb mer for å oppnå psykologisk trygghet i praksis.  
Bokanmeldelse, Side 712

## Innhold

- 654 To motstridende emosjonsteorier: implikasjoner for praksis**  
Fagessay | Haagen Klundby Kierulf
- 661 Kognisjon og utvikling av psykoselidelse blant ungdom**  
Forskningsintervju | Matt Oxman
- 662 Strategi for et psykisk sunnere folk 2024**  
Teoretisk artikkel | Arne Holte
- 678 Sakkyndige psykologers refleksjoner om Barnesakkyndig kommisjons kvalitetssikrende funksjon**  
Originalartikkel | Nordanger et al.
- 688 Taushetspliktens begrensninger**  
Fagessay | Langkaas et al.
- 694 Problemet med kognitiv terapi**  
Etikkpanelet | Thomas Silfving
- 698 MENINGER**  
Debatt: En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær finnes allerede (s. 698),  
Fagutvalget imøtekommer teoritørste samfunnspsykologer (s. 701),  
Hjelp er ikke et udelt gode (s. 703)  
Kronikk: Villedende veiledning (s. 705)
- 709 Et misogynt helsevesen?**  
Nye stemmer | Aman Dip Singh
- 712 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Samarbeid på godt og vondt i arbeidslivet (s. 712)  
Bokintervju: Lys fremtid for gruppeanalysen (s. 715)  
Bokessay: Stol på gruppen? (s. 717)
- 722 Minneord**
- 727 Annonser**
- 731 Stillingsannonser**

# To motstridende emosjonsteorier: implikasjoner for praksis

Grunnleggende emosjoner eller konstruerte emosjoner? Uansett svar gir en pragmatisk tilnærming rom for begge teoriene i klinikken.

**TEKST** Haagen Klundby Kierulf, Klinisk Fagavdeling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**KONTAKT** haagen.kierulf@gmail.com

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter. Kasuset er konstruert.

**A**ndre emosjoner er en nøkkelkomponent i psykoterapi (Lane et al., 2015). Lærebøker og behandlingsmanualer fra en rekke psykoterapitilnærminger refererer til emosjonsbegrepet (f.eks. Bateman & Fonagy, 2016; Beck, 2011; Hayes et al., 2011; Greenberg, 2017), og emosjoner er et yndet konsept blant klinikere. Vi mangler en allment akseptert definisjon av begrepet (Izard, 2010), og ulike emosjonsteorier eksisterer side om side.

Jeg vil utforske hvordan to motstridende emosjonsteorier begge kan ha betydning for klinisk praksis. Den mest kjente av dem, Basic Emotion Theory (BET), anser emosjoner som medfødte og universelle. BET er gestaltet av kjente forskere som Ekman (1992), Izard (2010), og Panksepp (2005). Den andre er Lisa Feldman Barretts teori om konstruerte emosjoner, som baserer seg på prediktiv prosesseringrammeverket (PP). Først vil jeg redegjøre for BET og deretter Barretts teori. Til slutt vil jeg drøfte hvilken betydning disse forståelsene kan ha for klinisk praksis, og de potensielle dilemmaene som oppstår. Jeg eksemplifiserer mulige konsekvenser av å følge de ulike emosjonsteoriene i praksis med en konstruert klinisk vignett.

«Hva føler du nå?»  
«Vet ikke.»  
«Hva trenger du?»  
«... Vet ikke.»

*Vi var midt i en gjenfortelling av en vond episode fra pasientens barndom. Kunne vi sette ord på følelsene, kunne de temmes. Kunne vi sette ord på behovene følelsene utløste, kunne hen heles. Jeg var studentterapeut og hadde et mål: Å finne frem til hvilke grunnleggende emosjoner pasienten ikke klarte å erkjenne, men som like så pulserte dypt der nede i det skumle, det fortrengete. Jeg gravde og gravde, spurte og spurte. Jeg var sikker i min sak. Følelsene skulle frem i lyset, og det skulle også de tilhørende behovene. Det var som om vi lekte gjetteleken, og at jeg satt med fasiten.*

«Hvorfor er det så vanskelig?» tenkte jeg frustrert da hen for n-te gang svarte  
«Vet ikke.»  
«Hva gjør jeg feil?»

## **BASIC EMOTION THEORY (BET)**

Jeg er utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen. Ved psykologisk fakultet ble det tatt for gitt at det finnes medfødte, grunnleggende emosjoner. Ikke bare stod det i pensum, men mange

forelesere henviste til det samme. Vi fikk med oss at det var uenighet rundt hvilke og hvor mange emosjoner som er grunnleggende. At visse emosjoner er medfødte, var det ingen diskusjon om, det var et grunnleggende faktum om mennesket.

Det virker som dette faktum tas for gitt ikke bare i akademia, men også i populærkulturen. Vi har filmer som «Inside Out» (Docter, 2015), og i de senere årene har det i Norge blitt publisert flere bøker om grunnleggende emosjoner. Gjerne av psykologer, vel å merke.

Det finnes ulike varianter av teorier om grunnleggende emosjoner, men på tvers av teoriene anses de som essensialistiske størrelser. Dette betyr at de grunnleggende emosjonene karakteriseres av noen nødvendige og tilstrekkelige egenskaper som skiller dem fra andre fenomener. De anses som grunnleggende bestanddeler fra naturens side («natural kinds»). De grunnleggende emosjonene aktiveres av distinkte fysiologiske og nevralt aktiveringsmønstre med tilhørende ansiktsuttrykk og atferdstendenser. Disse er igjen spesifikke for hver emosjon og gjenkjennes krysskulturelt (Ekman, 1992; Ekman et al., 1983, Izard, 1994). For eksempel vil den grunnleggende emosjonen «tristhet» alltid utløses av en tristhetsmekanisme. Tristhetsmekanismen genererer unike fysiologiske og nevralt aktiveringsmønstre, en spesifikk følelseskomponent, som også vil vises gjennom et distinkt ansiktsuttrykk.

#### Kritikk av BET

BET er altså dominerende blant psykologer og lekpersoner. I den sammenheng er det interessant å merke seg at forskning på de underliggende antagelsene BET baserer seg på, har fått velbegrunnet metodologisk og konseptuell kritikk. For eksempel har en forskergruppe undersøkt og *ikke* funnet støtte for en krysskulturell gjenkjennelse av emosjonelle ansiktsuttrykk (Gendron et al., 2018). I de opprinnelige studiene til Ekman & Keltner (1970) ble det brukt «bekreftelsesbaserte metoder». I Ekman & Keltners studier ble deltagerne bedt om å koble seks forhåndsdefinerte emosjonskategorier sammen med prototypiske emosjonelle ansiktsuttrykk. Forskningsgruppen til Gendron et al. (2018) brukte derimot det de kalte «utforskende metoder». Her skulle deltagerne beskrive de samme ansiktsuttrykkene uten å få føringer. Resultatene viste stor krysskulturell variasjon i hvordan ansiktsuttrykkene ble beskrevet, og i noen kulturer ble de ikke nødvendigvis tolket som emosjonelle. Dette kan tyde på at metodiske skjevheter bidro til Ekman & Keltners (1970) funn om sterk krysskulturell enighet i kategorisering av ansiktsuttrykk.

En metaanalyse som inkluderte 202 studier, fant heller ikke støtte for antagelsen om fysiologiske signaturer for hver grunnleggende emosjon (Siegel et al., 2018). Den fant i stedet stor variasjon i fysiologiske aktiveringsmønstre innad i emosjonskategoriene, samt lignende aktiveringsmønstre på tvers av kategoriene (Siegel et al., 2018). Det samme gjelder en metaanalyse av hjerneavbildningsstudier som vurderte at forskningslitteraturen *ikke* støttet antagelsen om aktivering av spesifikke hjerneområder per grunnleggende emosjon (Lindquist et al., 2012).

#### Å forstå kroppen på nytt

Vi ser altså at sentrale antagelser som underbygger BET, har blitt utfordret. Det er mulig BET ikke beskriver den menneskelige natur så presist som den gjør hevd på. Vi bør derfor åpne opp for andre måter å forstå og forholde oss til våre kroppslige opplevelser på.



At visse emosjoner er medfødte, var det ingen diskusjon om, det var et grunnleggende faktum





Psykologiske fenomener ansees å være et resultat av prediktive prosesser i hjernen

*Det ble stille mellom oss. Jeg satt der og lurte på hvordan jeg skulle angripe pasientens manglende svar. Jeg begynte å foreslå emosjoner og behov selv.*

*«Føler du kanskje sinne? Har du behov for at noen skal stå opp for deg og si stopp?»*

*«... Kanskje.»*

*«Hvordan hadde det vært for deg hvis du tydeliggjorde at 'Stopp! Her er min grense.'»*

*«... Vet ikke.»*

*Var pasienten min for redd, for utrygg i relasjonen med meg til å sette ord på hva hen følte? Var det ikke én følelse, men mange komplekse følelser hen kjente på én gang, som gjorde det vanskelig å identifisere hva det var? Var det en sekundærfølelse som skjulte den egentlige primærfølelsen? Hadde pasienten en slags fobi mot følelser, som igangsatte en angstreaksjon som sa: «Hit, men ikke lenger.»?*

Alle forslagene ovenfor er plausible forklaringer. Jeg har likevel en alternativ hypotese, som ved første øyekast kan synes merkelig: Hva hvis det ikke var noen grunnleggende emosjoner som ventet på å bli oppdaget? Nyere perspektiver på hjernens struktur og funksjon kan bidra med å belyse.

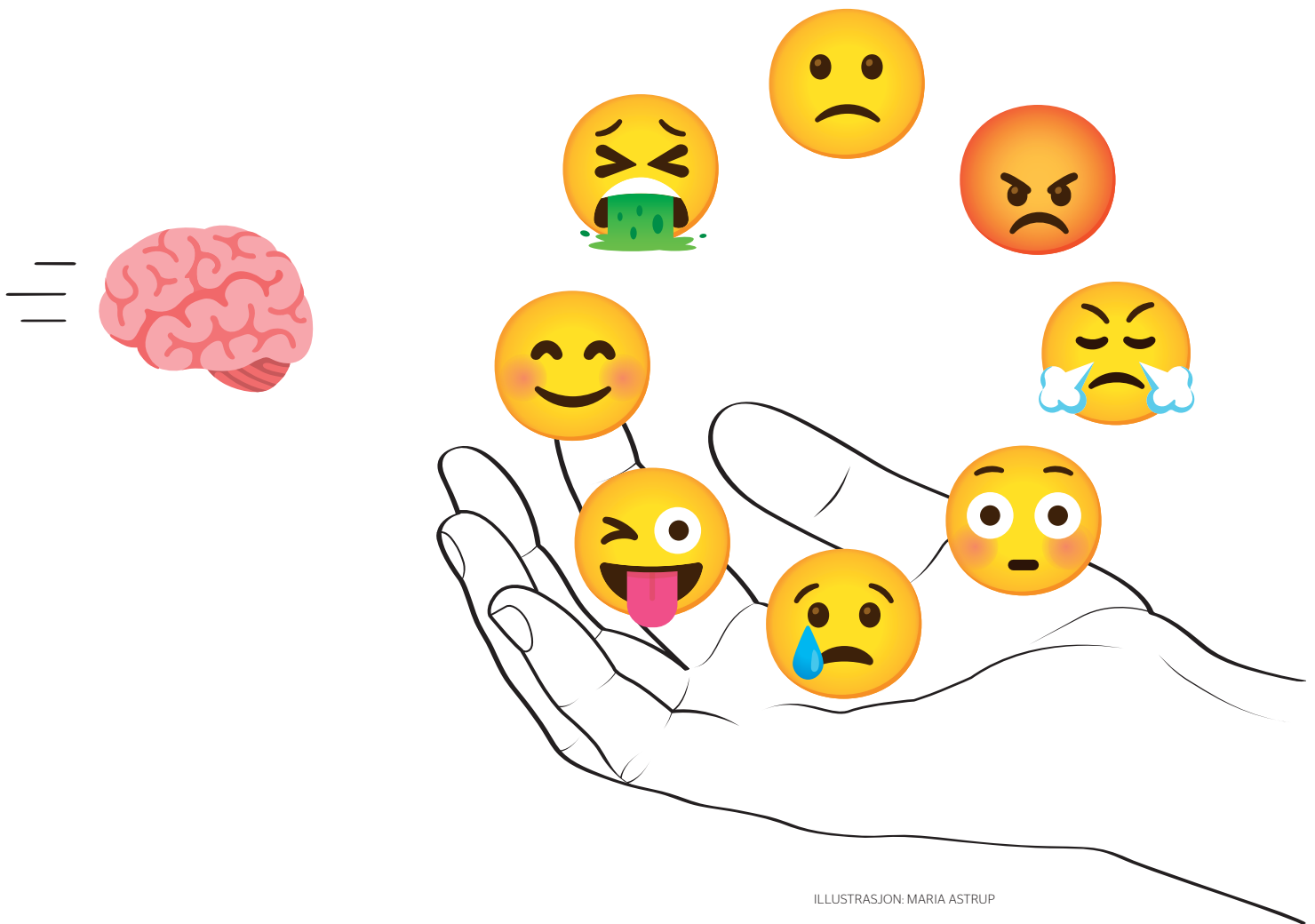
### PREDIKTIV PROSESSERING

De siste tiårene har det innen nevrovitenskapelig forskning vokst frem et syn på hjernen som en aktivt forutseende organisme, hvor mange psykologiske fenomener ansees å være et resultat av prediktive prosesser i hjernen (Hutchinson & Barrett, 2019; Miller & Clark, 2018). Perspektivene, som inkluderer forskning fra kognitiv nevrovitenskap, kognitiv psykologi, kunstig intelligens og filosofi, kalles ofte prediktiv prosesseringrammeverket (PP). Her tenker man at hjernens hovedoppgave er å sikre fysiologisk regulering i møte med en uforutsigbar verden. Hjernens lager «prediktive modeller» av organismens kropp i samhandling med miljøet. Det er også utledet nye perspektiver på emosjoner basert på PP. Den mest omfattende av disse er Lisa Feldman Barrett sin Theory of Constructed Emotion (Barrett, 2017a).

### Den prediktive hjernen

Se for deg en hjerne. Den ligger komfortabelt plassert i en mørk hodeskalle omringet av væske. På en måte isolert: Den har ingen direkte tilgang til hva som skjer «der ute». Den er likevel påkoblet verden, men på en mer indirekte måte: Lys, vibrasjoner, berøring og kjemikalier treffer til enhver tid sanseorganene (Barrett, 2017b). Denne informasjonen er tvetydig, og det er ikke lett å si hvilke hendelser som ligger bak sanseinformasjonen.

Et gitt mønster med sanseinformasjon kan i teorien ha utallige bakenforliggende årsaker (Friston, 2005). I et PP-perspektiv er hjernens oppgave å predikere, eller «gjette», hva som forårsaket sanseinformasjonen den mottar (Parr et al., 2022). Hjernens må altså bedrive en reversert utledningsprosess («reverse inference», Friston, 2005). Dette innebærer å lete etter hva som er den mest sannsynlige forklaringen på innkommende sanseinformasjon, gitt tidligere erfaringer. Derfor bruker hjernen både



ILLUSTRASJON: MARIA ASTRUP

nåværende kontekst og læring for å lage predik-  
tive modeller av verden (Friston, 2005).

Et interessant aspekt ved PP er at sansein-  
formasjon fra kroppens indre verden ansees  
som like utilgjengelig og tvetydig for hjernen  
som sanseinformasjonen fra den ytre verden  
(Fotopoulou & Tsakiris, 2017). Hjernens har  
ikke en medfødt forståelse av egen kropp, og  
må lage predikative modeller av hva som skjer  
inne i denne, også. En vond følelse i magen kan  
ha mange forskjellige årsaker, og det er ikke  
gitt hva som er den riktige forklaringen. Model-  
lering av kroppen kalles interoepsjon, mens  
modellering av den ytre verden kalles ekste-  
roepsjon.

I PP-perspektivet antas det altså at hjernen  
forsøker å predikere kroppens fysiologiske  
behov og tilfredsstillende disse før de oppstår.  
Dette er essensen i fysiologisk regulering. Et  
dyr vil eksempelvis spare energi ved å flytte seg

til et varmere sted *før* det nedkjøles, og bevare  
salt og vann ved å flytte seg til et kaldere sted  
*før* det svetter (Sterling, 2012). Denne regule-  
ringsprosessen kalles allostase og skiller seg fra  
den mer kjente homeostasemekanismen ved å  
være prediktiv heller enn reaktiv. Derfor argu-  
menteres det for at allostase er organismens  
hovedreguleringsmekanisme, da den er mer  
energieffektiv enn homeostase. Bedre å være  
føre var enn etter snar.

#### Teorien om konstruerte emosjoner

Som nevnt innledningsvis har Barretts emo-  
sjonsteori bakgrunn i PP-perspektivet. At hjer-  
nen kontinuerlig bedriver prediktiv fysiologisk  
regulering, allostase, har implikasjoner for  
hvordan Barrett (2017a) konseptualiserer affekt.  
Hjernens må regulere det Barrett (2017b) kaller  
«kroppsbudsjettet», ved å delegere kroppens  
begrensede ressurser til de delene som antas



å ha størst behov for dem. Det er bevegelsen av disse ressursene som oppleves som affekt: Det skjer noe i kroppen. Barrett støtter seg til Russell (1980) sin Circumplex Model of Affect, som innebærer at affekt oppleves på dimensjonene valens (behag/ubehag) og intensitet (høy/lav).

Ifølge Barrett (2017b) er det *kjerneaffekt* (core affect) som er en grunnleggende bestanddel ved mennesket, ikke grunnleggende emosjoner. Affektiv informasjon er alltid til stede – vi er bare mer eller mindre oppmerksom på den. Når vi opplever såkalte grunnleggende emosjoner som sinne eller tristhet, mener Barrett (2017b) at vi egentlig opplever affekt, men gir mening til de affektive opplevelsene ved å bruke kulturelt lærte emosjonskonsepter. Episoder hvor vi beskriver oss som sinte eller triste, er ofte episoder der omgivelsene krever mer av oss enn vanlig. Det blir derfor kraftige bevegelser i kroppsbudsjetet.

Ifølge Barrett konstruerer hjernen konsepter av hva som skjer i de indre og ytre omgivelsene. Konseptene er multimodale, hvilket betyr at de baserer seg på prediksjoner og informasjon fra alle sansene. Både fra den ytre (eksteroceptive) og indre (interoceptive) verden. Det er disse konseptene som skaper, eller konstruerer, våre bevisste opplevelser. Barrett sin teori kan derfor forstås som en teori om hvordan våre bevisste opplevelser skapes. Noen ganger konstruerer hjernen emosjonskonsepter, da den har lært at disse konseptene passer den nåværende situasjonen best. Andre ganger konstruerer den *andre* konsepter for å gi mening til det som skjer. I en situasjon hvor BET sier at den grunnleggende emosjonen tristhet aktiveres, med alt det innebærer av nødvendige nevrologiske, fysiologiske, følelses- og atferdsmessige endringer, vil Barretts teori si at den mest grunnleggende opplevelsen er negativ affekt, som kan gis mening til ved bruk av en rekke konsepter. Som skuffelse, tap, resignasjon og frustrasjon. Poenget her er at tristhet og andre antatt grunnleggende emosjoner ikke nødvendigvis er evolverte, faste biologiske responser som aktiveres i visse situasjoner.

Fleksibiliteten i hjernens evne til å konstruere konsepter gjør at mennesker kan tilpasse sine reaksjoner på en langt mer nyansert og situasjonstilpasset måte enn det BET foreslår. Mens BET legger vekt på standardresponser, kan hjernen ifølge Barretts teori konstruere mer spesifikke og adaptive responser basert

på tidligere erfaringer, kontekst og tilgjengelige ressurser. Dette viser hvor tilpasningsdyktig den menneskelige hjernen er i møte med ulike utfordringer. Når det er sagt: Flere varianter av BET-teorier vektlegger at mer nyanuerte responser etter hvert vil oppstå, men det er først etter den første grunnleggende emosjonen har blitt aktivert.

*Kanskje var altså ingen grunnleggende emosjoner aktivert hos pasienten da vi pratet om episoden. Hen opplevde affekt, men de emosjonene jeg forventet, ble ikke konstruert av hans prediktive hjerne som passende i situasjonen. Hen brukte andre konsepter for å forstå seg selv og egne reaksjoner, som ikke passet med mine antagelser.*

## TO MOTSTRIDENDE EMOSJONSTEORIER

Antagelsen om at vi er født med grunnleggende emosjoner har altså blitt utfordret av forskning som ikke har funnet de påståtte emosjonsensensene (universelle ansiktsuttrykk, samt nevrerale og fysiologiske aktiveringsmønstre). Det finnes likevel mange emosjonsforskere og klinikere som er tilhengere av BET. Hvem som har rett, er vanskelig å si. Det er utfordrende å navigere i et forskningsfelt med mange sterke stemmer som hardnakket hevder de har evidensen på sin side. Barrett sin forskningsgruppe, som har utviklet en egen emosjonsteori, har utført mange av studiene som er ment å tilbakevise BET. Dette perspektivet bør tas med i betraktning når vi vurderer deres funn.

Det finnes også kritikk av PP. Grunnprinsippene i PP er utledet fra komplekse matematiske utledninger som få psykologer har kompetansen til å vurdere riktigheten av. Vi må derfor ta disse påstandene med god tro. I tillegg er PP i stadig utvikling, og det er nylig foreslått en modifisert versjon. Ovenstående utledning av PP vil derfor kunne fremstå som utdatert ved nye funn og hypoteser. PP har også blitt kritisert for å være et for generelt rammeverk som kommer med *få* hypoteser som kan falsifiseres (Milkowski & Litwin, 2022). Barrett sin teori mer spesifikt har fått kritikk for at det hun definerer som et «konsept», er vanskelig å forstå.

I vårt fagfelt er det mulig å tilslutte seg gjen-sidig utelukkende teorier om mennesket, som alle har støtte i forskning. Mitt mål er ikke å påstå at BET er feil, og at Barrett sin teori er den eneste sanne emosjonsteorien. Jeg har heller



som mål å tilby en alternativ måte å forstå emosjoner på, som står i kontrast til BET.

### Pragmatisme i terapirommet

Selv om BET og Barretts teori gjensidig utelukker hverandre, kan man i praksis være pragmatisk. Å fokusere på hva som fungerer i den enkelte saken, er mer nyttig enn å fokusere på hvilken teori som er mest riktig.

Når terapeuten møter en person fra samme kultur, kan hen anta at vedkommende har like emosjonskonsepter, og bruke BET som utgangspunkt. BET gir ofte mening for psykologer, pasienter, lekpersoner innen samme kultur, som en måte å forstå seg selv, sine kroppslige reaksjoner og andre på. Samtidig – selv pasienter som er fra samme kultur, kan ha store variasjoner i emosjonskonsepter. BET, med sitt fokus på et gitt antall grunnleggende emosjoner, kan derfor virke begrensende for hvordan man forstår seg selv og andre. Andre kulturer igjen bruker kanskje flere eller færre emosjonskonsepter, eller rett og slett andre konsepter for å gi mening til kroppslig aktivisering.

Hvis de grunnleggende emosjonene basert på BET ikke passer, kan terapeuten heller møte personen med en utforskende nysgjerrighet – mer i tråd med Barretts emosjonsteori. Å starte med pasientens forståelse av seg selv i relasjon til andre gir muligheten til sammen å skape nye, mer nyttige konsepter som er tilpasset personens unike situasjon. Barretts teori vil derfor være særlig nyttig når vi møter personer fra andre kulturer, med andre konsepter for hvordan man forstår kroppslige opplevelser, relasjoner og passende handlingsalternativer.

### Prediktive psykologer

Mye av det vi allerede gjør i terapi vil nok også gi mening innen et PP-perspektiv, eller Barretts teori mer spesifikt. Samtidig vil Barretts teori kunne ha implikasjoner for klinisk praksis.

Et eksempel på en terapeutisk intervensjon som kan forstås basert på Barretts teori, er emosjonsdifferensiering (Kashdan et al., 2015) og det overlappende konseptet affektbeskrivelse («affect labeling») (Kircanski et al., 2012): det å gjenkjenne og navngi emosjonelle opplevelser. Affekt, opplevd som generelt behag/ubehag, er i sin natur objektløs og uten retning. Når affekt blir konseptualisert og beskrevet med emosjonell informasjon, blir den knyttet til et spesifikt objekt i en gitt kontekst. Dette gir

informasjon om hvordan man best kan handle i den spesifikke situasjonen. På denne måten åpner emosjonsdifferensiering for muligheten til emosjonsregulering (Kashdan et al., 2015).

Emosjonsdifferensiering er en ferdighet som er lett å øve på, men som ofte er oversett som en intervensjon i seg selv (Kashdan et al., 2015). I en studie av Kircanski et al. (2012) ble personer med edderkoppfobi bedt om å beskrive sine følelser under eksponeringsterapi. Eksempelvis: «Foran meg er det en stygg edderkopp, og den er ekkel, nervepirrende og samtidig fascinerende» (Kashdan et al., 2015). Resultatene viste at de som brukte emosjonsdifferensiering, opplevde lavere angstnivåer og viste større vilje til å nærme seg edderkopper sammenlignet med dem som brukte andre strategier som kognitiv omstrukturering eller distraksjon. Disse og andre forskningsfunn indikerer at emosjonsdifferensiering kan være en effektiv teknikk for å redusere angst i ulike kontekster (Kircanski et al., 2012; Lane, 2020; Niles et al., 2015; Torre & Lieberman, 2018). Når det gjelder praksis, peker dette mot nytten av å utforske alternative emosjonskonsepter sammen med en klient som opplever seg fastlåst i nåværende tilstand.

Basert på BET kan man forstå emosjonsdifferensiering som evnen til å gjenkjenne og navngi følelser man tidligere ikke har vært oppmerksom på, men som har vært aktivert i det skjulte hele tiden. Ut ifra Barretts teori kan man forstå emosjonsdifferensiering som å konstruere nye emosjonskonsepter som er mer nyttige enn mer diffuse affektive opplevelser. Det er derfor en misforståelse hvis man tror at Barretts teori innebærer at emosjonskonsepter er lite nyttige. Tvert imot, teorien åpner for et bredere spekter av emosjonskonsepter, som igjen gir flere muligheter for handling og regulering.

### KONKLUSJON

Å stå overfor to gjensidig utelukkende emosjonsteorier tvinger oss som klinikere til å reflektere over vår praksis og teoretiske grunnlag. Basic Emotion Theory har dominert feltet og gitt oss et tydelig svar på hva emosjoner er. Barretts teori utfordrer oss på sin side til å se emosjoner som psykologiske konstruksjoner, formet av kultur, kontekst og tidligere erfaringer. Uavhengig av hvilken teori som er «sann», vil en pragmatisk tilnærming tillate klinikere å kombinere elementer fra begge teoriene. ✕ »



Å fokusere på hva som fungerer i den enkelte saken, er mer nyttig enn å fokusere på hvilken teori som er mest riktig

## REFERANSER

- Barrett L.F. (2017a). The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Barrett, L.F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 28–58. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x>
- Barrett, L.F. (2017b). *How emotions are made: the secret life of the brain*. Macmillan.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2. ed.)*. Guilford Publications.
- Docter, P. (2015). *Inside Out*. Pixar.
- Ekman, P. & Keltner, D. (1970). Universal facial expressions of emotion. *California Mental Health Research Digest*, 8(4), 151–158.
- Ekman, P. (1992). An argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3/4), 169–200. <http://dx.doi.org/10.1080/02699939208411068>
- Ekman, P., Levenson, R.W. & Friesen, W.V. (1983). Autonomic Nervous System Activity Distinguishes among Emotions. *Science*, 221(4616), 1208–1210. <https://doi.org/10.1126/science.6612338>
- Fotopoulou, A. & Tsakiris, M. (2017). Mentalizing homeostasis: the social origins of interoceptive inference - replies to Commentaries. *Neuropsychanalysis*, 19(1), 71–76. <https://doi.org/10.1080/15294145.2017.1307667>
- Friston, K. (2005). A theory of cortical responses. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 360(1456), 815. <https://doi.org/10.1098/rstb.2005.1622>
- Gendron, M., Crivelli, C. & Barrett, L.F. (2018). Universality Reconsidered: Diversity in Making Meaning of Facial Expressions. *Current Directions in Psychological Science*, 27(4), 211–219. <https://doi.org/10.1177/0963721417746794>
- Greenberg, L.S. (2017). *Emotion-focused Therapy*, revised edition. Washington: American Psychological Association.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.
- Hutchinson, J.B. & Barrett, L.F. (2019). The Power of Predictions: An Emerging Paradigm for Psychological Research. *Current Directions in Psychological Science*, 28(3), 280–291. <https://doi.org/10.1177/0963721419831992>
- Izard, C.E. (1994). Innate and universal facial expressions: evidence from developmental and cross-cultural research. *Psychological Bulletin*, 115(2), 288. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.288>
- Izard, C.E. (2010). The many meanings/ aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363–370. <https://doi.org/10.1177/1754073910374661>
- Kashdan, T.B., Barrett, L.F. & McKnight, P.E. (2015). Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 10–16. <https://doi.org/10.1177/0963721414550708>
- Kircanski, K., Lieberman, M.D. & Craske, M.G. (2012). Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. *Psychological science*, 23(10), 1086–1091. <https://doi.org/10.1177/0956797612443830>
- Kogo, N. & Trengove, C. (2015). Is predictive coding theory articulated enough to be testable? *Frontiers in Computational Neuroscience*, 9, 111. <https://doi.org/10.3389/fncom.2015.00111>
- Lane, R.D. (2020). The construction of emotional experience: State-related emotional awareness and its application to psychotherapy research and practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 479–487. <https://doi.org/10.1002/capr.12331>
- Lane, R.D., Ryan, L., Nadel, L. & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- Lindquist, K.A., Wager, T.D., Kober, H., Bliss-Moreau, E. & Barrett, L.F. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *Behavioral and Brain Sciences*, 35(3), 121–143. <https://doi.org/10.1017/S0140525X11000446>
- Miłkowski, M. & Litwin, P. (2022). Testable or bust: Theoretical lessons for predictive processing. *Synthese*, 200(6), 462.
- Miller, M. & Clark, A. (2018). Happily entangled: prediction, emotion, and the embodied mind. *An International Journal for Epistemology, Methodology and Philosophy of Science*, 195(6), 2559–2575. <https://doi.org/10.1007/s11229-017-1399-7>
- Niles, A.N., Craske, M.G., Lieberman, M.D. & Hur, C. (2015). Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety. *Behaviour research and therapy*, 68, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.004>
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14(1), 30–80. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2004.10.004>
- Parr, T., Pezzulo, G. & Friston, K.J. (2022). *Active inference: the free energy principle in mind, brain, and behavior*. MIT Press.
- Rosaldo, R. (2004). Grief and a Headhunter's Rage. *Death, mourning, and burial: A cross-cultural reader*, 167–178.
- Russell, J.A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161.
- Siegel, E.H., Sands, M.K., Van Den Noortgate, W., Condon, P., Chang, Y., Dy, J., Quigley, K.S. & Barrett, L.F. (2018). Emotion Fingerprints or Emotion Populations? A Meta-Analytic Investigation of Autonomic Features of Emotion Categories. *Psychological Bulletin*, 144(4), 343–393. <https://doi.org/10.1037/bul0000128>
- Sterling, P. (2012). Allostasis: A model of predictive regulation. *Physiology & Behavior*, 106(1), 5. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.06.004>
- Torre, J.B. & Lieberman, M.D. (2018). Putting feelings into words: Affect labeling as implicit emotion regulation. *Emotion Review*, 10(2), 116–124. <https://doi.org/10.1177/1754073917742706>

# Kognisjon og utvikling av psykoselidelse blant ungdom

Langsiktig grunnforskning om utvikling av psykoselidelse blant ungdom er viktig for god behandling.

**DU DISPUTERTE NYLIG.** *Hva har du forsket på, og hvorfor?*

– Jeg og kollegaene mine har forsket på sammenhengen mellom kognitive vansker og symptomer som er risikofaktorer for å utvikle psykoselidelse, hos 14–15-åringene. Tidligere forskning tydet på at de henger sammen, men det var mangel på studier blant ungdom.

*Hvordan forsket dere på dette?*

– Vi samarbeidet med forskerne bak den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa), en landsomfattende kohortstudie som feirer 25-årsjubileum i år. Vi rekrutterte ungdommer som hadde deltatt i undersøkelsen og rapportert milde psykosesyntomer – for eksempel visuelle hallusinasjoner og vrangforestillinger – samt en kontrollgruppe med liknende ungdommer som også hadde deltatt i undersøkelsen, men ikke rapporterte slike symptomer. Vi reiste landet rundt og gjennomførte strukturerte kliniske intervjuer og nevropsykologisk testing av over 130 ungdommer.

*Hva viste forskningen?*

– Ungdommene som rapporterte på symptomene, gjorde det generelt dårligere på testene. Funnet er i tråd med tidligere forskning, som styrker teorien om at psykoselidelser er nevroutviklingsforstyrrelser. På noen områder, som arbeidsminne og resonnering, fant vi ikke betydelige forskjeller, noe som er litt overraskende. Det kan hende noen kognitive vansker ikke henger sammen med de milde psykose-symptomene, selv om begge henger sammen med utvikling av psykose. Det kan også hende at vi gjorde målingene for tidlig i forløpet til å avdekke vanskene, eller at forklaringen på de overraskende resultatene er en begrensning ved forskningsmetodene vi brukte.

*Hva var de viktigste begrensningene ved forskningen, og hva har de å si?*

– Vi så kun på et øyeblikksbilde, og kan ikke si noe om årsakssammenhenger, kun korrelasjon, og det endelige utvalget besto av over 90 % jenter. I tillegg var utvalget vårt basert på selvrapporterte data, som kan være misvisende.

*Hvis du fikk frie tøyler til å forske videre, hva ville du gjort?*

– Det hadde vært nyttig å følge disse deltagere over tid, for eksempel om 10 år. Også hadde det vært interessant å sammenstille dataene som ungdom rapporterer, med data som deres foreldre rapporterer om utvikling og kognisjon i barndommen.

*Hva er noe du lærte om forskningsmetode som du tenker er nyttig for psykologer flest å forstå?*

– Som forsker og psykolog ønsker man gjerne å gjøre klinikknær forskning som er direkte relevant for kliniske psykologer, og ikke minst for brukergruppen. Samtidig er grunnforskning om psykiske lidelser helt avgjørende for effektiv behandling, i et langsiktig perspektiv.

*Hvordan var det å være stipendiat?*

– Det var givende å fordype seg i noe man brenner for, men også en krevende intellektuell og kreativ øvelse som man aldri helt har fri fra.

*Har du noen tips til nye stipendiater og kommende disputanter?*

– Det beste arbeidet gjøres i faglig og sosialt fellesskap, sier Mohn-Haugen. ✕

**TEKST** Matt Oxman



FOTO: HANNA MAGNUSSEN KROGVOLD

## DISPUTANT

Caroline Ranem Mohn-Haugen

## INSTITUSJON

Senter for presisjonspsykiatri, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

## AVHANDLING

*Neurocognition in adolescents at risk for psychosis: its nature, timing and relation to anomalous self-experiences. A population-based study*

## DISPUTERTE

03.05.24

## Verdt å vite

Kohortstudier viser sammenhenger, ikke årsakssammenhenger. Ved å gjøre flere målinger over lang nok tid, slik Mohn-Haugen fore-slår, kan vi likevel være sikrere på om det er en årsakssammenheng.

**TEORETISK ARTIKKEL**TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 10 S. 662-677 DOI: <https://doi.org/10.52734/WJKS5460>

# Strategi for et psykisk sunnere folk 2024

Arne Holte

## Sammendrag

Befolkningens psykiske helse er landets viktigste ressurs. Uten god psykisk helse klarer vi ikke å utnytte de øvrige ressursene i landet optimalt. Psykiske lidelser er landets dyreste sykdommer. I Norge som i andre høyinntektsland har 7-8 % av barn og unge og 16-22 % av voksne en psykisk lidelse. Det koster oss minst 340 milliarder kroner i året. I yrkesaktiv alder er helsetapet fra psykiske lidelser større enn fra alle somatiske ikke-smittsomme sykdommer samlet, og tapet av friske leveår er like stort som for alle kreftsykdommene til sammen. Mer behandling kan ikke redusere tapet. Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak er eneste vei ut. Basert på foreliggende teori og evidens, presenterer jeg tretten prinsipper for en effektiv samfunnsrettet strategi for et psykisk sunnere folk. Prinsippene blir så stilt opp mot hovedpunktene i Opptappingsplan for psykisk helse 2023-2033. Fire evidensbaserte prioriteringer anbefales: Allmenn kartlegging av psykisk helse i svangerskap og spedbarnstid, obligatorisk personlig veiledning av alle nye barnehagelærere, psykisk helse som eget fag i skolen og et meningsfylt arbeid for alle.

**Nøkkelord:** samfunnsrettet forebygging, helsefremming, strategi, Opptappingsplan for psykisk helse

Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

**KONTAKT** arne.holte@  
psykologi.uio.no

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**FAGFELLEVDERT**

I 50-årsjubileumsutgaven av Tidsskrift for Norsk psykologforening var redaksjonen så hyggelig å minne om «Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser» (Holte, 2012). Ikke en stor artikkel, men kanskje en prinsipielt viktig liten sak. I denne nye artikkelen presenterer jeg en utvidet og mer helhetlig oppdatering, der de teoretiske synspunktene koples opp mot en ny kontekst: Opptrappingsplan for psykisk helse 2023–2033. Resonnementene kan også finnes igjen i «Promotion of mental health and prevention of mental disorders in a rich welfare state: A Norwegian perspective» (Holte, 2024b), men er der satt inn i en mer internasjonal sammenheng.

### Prolog

Psykisk helse er vår evne til å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre. En slik enkel definisjon dekker de fire viktigste funksjonene vi må ha kontroll på for å fungere optimalt, nemlig følelser, tenkning, atferd og sosiale relasjoner. Den er også mer presis og lettere å måle enn den overinkluderende, utopiske og knapt målbare definisjonen til Verdens helseorganisasjon (WHO, 2022a).

Den nye definisjonen skaper også et klarere kontinuum mellom psykisk helse og psykisk sykdom. Psykisk sykdom blir det som oppstår når vi ikke klarer å håndtere følelsene våre, å tenke fornuftig, styre atferden og/eller opprettholde gode relasjoner til andre. Så må det sies noe om intensitet, varighet, kontekst og annet, men det blir ikke her.

Klarer vi ikke å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre, så klarer vi heller ikke å utnytte landets øvrige ressurser optimalt. Det er derfor psykisk helse er landets viktigste ressurs, psykiske lidelser er landets dyreste sykdommer og sikring av god psykisk helse i befolkningen er landets viktigste innsatsområde. Særlig gjelder det blant barn og unge, fordi det er her utviklingspotensialet er størst, og det er i den perioden av livet de fleste psykiske lidelser debuterer.

### Forekomst

Rundt 7 % av barn i Norge i aldersgruppene 4 år og 8 til 10 år har en psykisk lidelse (Heiervang et al., 2007; Wichstrøm et al., 2012). Ved oppfølging rundt 10–14-årsalderen hadde fortsatt omkring 7 % en psykisk lidelse. I alt 11 % av disse hadde mer enn én samtidig psykisk lidelse (Bøe et al., 2021). Forekomsten i Norge ser ut til å være lavere enn i andre land (Vasileva et al., 2021). I Europa er forekomsten 16 % i alders-

gruppen 5–18 år (Sacco et al., 2022). Internasjonalt er forekomsten 13 % blant dem under 18 år (Barican et al., 2022; Polanczyk et al., 2015). Det viser en oversikt fra Folkehelseinstituttet (FHI) (2023).

Det finnes fortsatt ingen nasjonalt representativ befolkningsundersøkelse av forekomsten blant voksne i Norge. Basert på proxyundersøkelser anslår FHI (2023) en ettårsforekomst på 16–22 %, rundt 15 % angstlidelser og rundt 10 % depressive lidelser, mens 1–3,5 % vil få en psykose i løpet av livet (Perala et al., 2007). I kontrast til dette tyder verdens beste befolkningsundersøkelse, Dunedin-studien, på at bare 17 % av oss vil unngå å ha vært psykisk syk (diagnose) før vi fyller 38 år (Caspi et al., 2020; Schaefer et al., 2017), altså en utbredelse på linje med influensa.

### Helsetjenestebruk

FHI (2023) slår fast at i 2022 ble rundt 6 % av barna i Norge behandlet i spesialisthelsetjenesten for en psykisk lidelse, og at andelen blant jentene steg fra 3,9 % i 2010 til 6,7 % i 2022, særlig i alderen 12–24 år. Jenter har høyere forekomst enn gutter i denne aldersgruppen. Det skyldes at jenter oftere får lidelser som starter etter puberteten, særlig angstlidelser, depressive lidelser og spiseforstyrrelser.

Blant gutter har andelen vært mer stabil. I alderen 0–11 år er det flest gutter. Det skyldes at gutter oftere får lidelser som debuterer før puberteten, som ADHD, autismespekterforstyrrelser og atferdsforstyrrelser.

Andelen barn 0–5 år som er registrert med psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten, er svært lav. Det skyldes at diagnosekoder er lite brukt for denne aldersgruppen (FHI, 2023).

Mange unge som sliter psykisk, søker ikke hjelp. Blant dem med aller høyest symptomnivå søker kun halvparten hjelp (Zachrisson et al., 2006). Slik er det også i andre land (Alonso et al., 2004; Kessler, Demler et al., 2005). Disse andelene kan ha endret seg i dagens situasjon.

Vi vet lite om behandlingsdekningen blant voksne. Det skyldes at vi i Norge fortsatt ikke har representative befolkningsundersøkelser av forekomsten blant voksne. Vi har gode data fra primærhelsetjenesten, men vi vet for lite om hvor mange som mottar andre tjenester, som kommunepsykolog og private og kommunale psykiske helsetjenester (FHI, 2023).

Spesialisthelsetjenesten har årlig kontakt med rundt 5 % av alle menn og 7 % av alle kvinner for psykiske helseproblemer. Denne andelen har vært stabil fra 2010 til 2020. Primærhelsetjenesten har årlig (2020) kontakt med rundt 15 % av alle menn og 22 % av alle kvinner for psykiske helseplager (FHI, 2023).

Mange voksne med psykiske lidelser har ikke kontakt med helsetjenestene for dette, slik tilfellet også er for de unge. Roness et al. (2005) fant for eksempel at kun 13 % av dem med symptomer på depresjon og 25 % av dem med symptomer på angst hadde søkt hjelp for dette. Heller ikke her kan vi utelukke at andelen er endret i dagens situasjon.

## Samfunnsutfordringen

### Samfunnskostnader

Som for mange utviklede land er psykiske helseplager Norges mest kostbare sykdommer. Samfunnskostnadene for psykiske lidelser er estimert til årlig å være på rundt 340 milliarder kroner, basert på tall fra HelseDirektoratet (Hdir) (2019) og oppjustert til dagens kroneverdi. Anslaget er antakelig kraftig underestimert. Det omfatter ikke kostnader knyttet til demens, utviklingshemming, selvmord og selvskading, nedsett produktivitet på jobb (*presenteisme*), fysiske helseproblemer, kriminalomsorg eller boligutfordringer knyttet til dårlig psykisk helse. Og heller ikke privat psykisk helsehjelp, psykiske helseplager, stress og belastninger som ikke er alvorlige nok til å bli klassifisert som psykisk lidelse (subkliniske tilstander) eller økonomiske og andre belastninger for nære pårørende, herunder også barn av foreldre med psykiske lidelser.

### Behandlingskostnader

Bare rundt 12 % av samfunnskostnadene skyldes helsetjenester som diagnose og behandling (Hdir, 2019). Resten er indirekte kostnader, blant annet knyttet til tapt utdanning, tapt arbeid, tapt livskvalitet og trygdekostnader. Hvis vi inkluderer kostnader til pleie og omsorg, er kostnadene for helse- og omsorgstjenester i aldersgruppen 0–69 år noe høyere, rundt 60 milliarder kroner (2019) (Kinge, de Linde et al., 2023). Blant unge og middelaldrende brukes halvparten av det som går til helse- og omsorgstjenester, på psykiske eller rusrelaterte lidelser (Kinge, Dieleman et al., 2023).

### Tap av helse

Under 75 år står psykiske lidelser for 60 % av tapet av helse (Years Lived with Disability, YLD) fra ikke-smittsomme sykdommer (kreft, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og psykiske lidelser). Det er mer enn tapet fra alle kreftformer, hjerte- og karsykdommer, diabetes og KOLS til sammen (FHI, 2016).

### Tap av friske leveår

Under 75 år utgjør psykiske lidelser ett av tre tapte friske leveår (Disability Adjusted Life Years, DALY) fra

ikke-smittsomme sykdommer. Det er like mange tapte friske leveår som fra alle kreftformer til sammen og flere enn fra alle hjerte- og karsykdommer, diabetes og KOLS til sammen (FHI, 2016).

### Type psykisk lidelse

Det er ikke de mest alvorlige lidelsene som schizofreni, bipolar lidelse eller alvorlige personlighets- eller nevroutviklingsforstyrrelser som koster landet mest. Det er de vanlige psykiske lidelsene. Halvparten av tapte friske leveår fra psykiske lidelser er forårsaket av depressive lidelser og angstlidelser (FHI, 2016).

### Livskvalitet

Som i de fleste land i verden, fattige som rike, er det ingen andre sykdommer som reduserer livskvaliteten mer enn det psykiske lidelser gjør (Ormel et al., 1994; Ormel et al., 2008).

## Hvorfor så dyrt?

### Tidlig debutalder

Halvparten av de psykiske lidelsene starter innen midten av tenårene og to av tre innen midten av tjuetårene. Gjennomsnittlig debutalder for depressive lidelser er 15 år og for angstlidelser 11–13 år. Invalidiserende symptomer starter lenge før en diagnose er stilt. I en vanlig skoleklasse på 24 barn vil fire eller fem ha så mye psykiske plager at det forstyrrer den daglige fungeringen, og to eller tre vil oppfylle kriterier for en diagnose (Kessler, Berglund et al., 2005). Dårlig psykisk helse i ung alder øker risiko for negative utslag på en rekke felter i voksen alder, herunder arbeidsledighet, fattigdom, uhåndterlig gjeld, psykiske problemer, rusproblemer, sykehusopphold og kriminalitet (Thapar et al., 2015).

### Høy prevalens

Det er uvanlig å ikke ha vært psykisk syk. Så mye som 80 % av oss vil ha hatt minst én periode med minst én psykisk lidelse før vi fyller førti (Caspi et al., 2020; Schaefer et al., 2017). Av den totale befolkningen i Danmark har 80 % blitt behandlet for en psykisk lidelse i løpet av livet (Kessing et al., 2023). Dette vil sannsynligvis øke etter hvert som behandlingsapparatet bygges ut ytterligere og den nåværende generasjonen av unge mennesker blir eldre.

### Høyt tap av utdanning

Frafall fra videregående skole øker sannsynligheten med 20 % for å ende opp som ung på uføretrygd og stå utenfor arbeidslivet resten av livet (de Ridder et al., 2013). Atferdsproblemer hos tenåringer øker betydelig

risikoen for å droppe ut av videregående skole, reduserer utdanningsnivået og begrenser yrkesmulighetene (Evensen et al., 2016). Å oppleve angst eller depresjon øker sjansen for å ende opp med lavere inntekt som voksen, aller mest for unge med foreldre i den laveste inntektsklassen (Evensen et al., 2017).

Mens de fleste somatiske sykdommer ikke har noen eller kun små effekter på utdanningsnivå, er alle psykiske lidelser forbundet med reduserte skoleprestasjoner. Det største karaktertapet forårsakes av ADHD. ADHD står alene for mer enn en femtedel av utdanningstapet fra psykiske lidelser. Deretter følger depressive lidelser og angstlidelser. Blant gutter er karaktertapet fra psykiske lidelser enda større enn for jenter (25 vs. 20 %) (Nordmo et al., 2022).

### Høye trygdekostnader

Psykisk sykdom forårsaker ett av fem tilfeller av meldt sykefravær, nesten halvparten av tilfellene med arbeidsavklaringspenger – nesten 70 % blant 18- til 22-åringer – og ett av tre tilfeller av uføretrygd (Anderesen, 2021, Riksrevisjonen, 2024). For hver person som mottar uføretrygd på grunn av psykisk lidelse, mister Norge i gjennomsnitt minst 21 aktive arbeidsår. Det tilsvarer tapet fra alle kreftformer og hjerte- og kar-sykdommer til sammen (Knudsen et al., 2012; Mykletun et al., 2006; Mykletun & Knudsen, 2009). Tallet er ikke oppdatert som følge av endringer i trygdesystemet. Blant dem i alderen 20–35 år er to av tre uføretrygdemottakere uføre på grunn av psykisk lidelse, og blant menn er det rundt 70 % (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2023).

### Tap av inntekt

Blant dem som slet med depresjon i ung alder og ikke fullførte videregående opplæring, tjener 60 % mindre enn 200 000 kroner i året. Blant dem som fullførte videregående opplæring, er andelen 35 % (Hetlevik et al., 2023). Å overleve i Norge på 200 000 kroner per år er svært vanskelig (Poppe et al., 2023). En britisk studie viser at familieinntekten til en person som hadde psykiske helseproblemer i barndommen, vil når personen er 50 år, ligge 28 prosent under inntekten til dem som ikke hadde slike problemer, og inntektskløften øker med stigende alder (Goodman et al., 2011).

## Behandling

Når behandlingen kun utgjør rundt 12 % av kostnadene ved psykiske lidelser og resten skyldes indirekte kostnader, hvorfor ikke investere i mer behandling for å redusere de indirekte kostnadene? Gode kurative helsetjenester kan være bra for oss når vi er syke, og

vi skal selvfølgelig så langt som mulig ha samme tilgang og kvalitet på behandling når vi er psykisk syke som når vi er fysisk syke (Kjerkol, 2024).

Men i rike land med velutviklede helsetjenester har videre utbygging av behandlingstilbudet knapt noen virkning på helsen til befolkningen (Marks et al., 2000). Den enorme økningen i volum, tilgjengelighet og kvalitet på behandling av psykiske lidelser som har funnet sted i flere rike land de siste 30 årene, har ikke hatt noen virkning på forekomsten av psykiske lidelser i befolkningen (Holte, 2022; Ormel & Emmelkamp, 2023).

Ta Norges dyreste sykdom, depresjon: Mer enn halvparten av de som får behandling, blir ikke nevneverdig bedre, kun en tredjedel blir friske, selv på kort sikt, og andelen personer som får tilbakefall, er betydelig (Cuijpers, Karyotaki et al., 2021). Etter én episode med depresjon er tilbakefallsrisikoen 50 %, etter to episoder 75 % og etter tre 85–90 % (Bircusa & Iacono, 2007; Judd et al., 1998). Blant barn er tilbakefallsraten spesielt høy og nedslående (Brent et al., 2015; Fergusson et al., 2007).

Om vi likevel skulle tilby behandling til alle med en psykisk lidelse, noe som er totalt urealistisk, ville vi bare kunnet redusere sykdomsbyrden fra psykiske lidelser med opptil en tredjedel, antakelig ikke engang det (Andrews et al., 2004).

## Forebygging

Den eneste måten å redusere forekomst, sykdomsbyrde og samfunnskostnader fra psykiske lidelser på, er ved vitenskapelig informert, bredt anlagt, systematisk iverksatt forebygging. Til tross for at psykiske helseproblemer er den største helseutfordringen i de rike landene, har dette aldri vært prøvd før. Med forebygging menes her tiltak som settes i verk før folk blir syke, og som reduserer andelen nye tilfeller (insidensen) av sykdom. Tiltakene kan være både psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende (Gillham et al., 2000; Mrazek & Haggerty, 1994; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM] et al., 2019).

Ved fysiske sykdommer har forebygging vært svært vellykket. De fleste store infeksjonssykdommene er utryddet, forventet levealder har økt, dødeligheten av koronar hjertesykdom, hjerneslag, flere kreftformer og dødsfall i veitrafikken har gått kraftig ned. Til og med tennene til ungene våre blir stadig sunnere (Hdir, 2010).

Dette har vi oppnådd først og fremst med universelle, helsefremmende strategier rettet mot kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol og miljø. Virkemidler

har vært lovverk, økonomiske tiltak og kunnskapsformidling. Men ikke minst har det vært vilje. Her er det mye å lære (Hdir, 2010; Mackenbach et al., 2013).

Innsats på alle disse områdene kan ha fra små til store positive effekter også på psykisk helse, særlig gjelder det fysisk aktivitet (Pearce et al., 2022). Flere strategiske prinsipper for forebygging er også felles for de to domene. Men det finnes en rekke forhold ved måten vi lever livet vårt på som er særlig betydningsfulle for god psykisk helse. Derfor må det psykiske helsefeltet utvikle sine egne strategiske prinsipper for prioritering og tiltak.

### Strategi

Nedenfor lanserer jeg tretten slike prinsipper som kan legges til grunn for en effektiv plan for å styrke psykisk helse og forebygge psykiske helseplager i kommuner, regioner eller land. Disse er en oppdatering av prinsippene jeg presenterte i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 2012 (Holte, 2012).

#### Bedre psykisk helse fremfor mer behandling

De overordnede målene må være å styrke befolkningens psykiske helse og redusere forekomst av psykiske helseproblemer, selvmordsforsøk og selvmord fremfor å bygge ut enda mer behandling av dårlig psykisk helse. Felles for disse målene er at de retter seg inn mot det totale volumet av lidelse, samfunnskostnadene og sykdomsbyrden fremfor individuelle tilfredshetsmål.

#### Kunnskapsinformert fremfor brukerinformert

I tidligere psykiske helseplaner og strategier har vitenskapelig forebyggingskunnskap blitt ignorert, som i Opptappingsplan for psykisk helse 1998–2008 (St.prp. nr. 63 (1997–1998)), regjeringens strategiplan for psykisk helse: «Mestre hele livet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) og Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (Prop. 121 S (2018–2019)). Gode befolkningsrettede strategier må være basert på flerfaglig vitenskapelig forskning, og tiltak må dokumenteres. Slik kunnskap om effektive intervensjoner på befolkningsnivå er det først og fremst forskere som har. På behandlingsområdet skal vi selvsagt lytte til brukere av tjenestene. Implementering av god praksis vil alltid være avhengig av aksept fra sluttbrukerne. Men innen samfunnsorientert forebygging må vi se oss om etter en annen type brukere enn det som er vanlig i psykisk helsevern.

#### Barn og unge fremfor voksne

Våre evner til å håndtere følelser, tenke fornuftig, styre atferden vår og opprettholde gode relasjoner til andre er hovedsakelig etablert i barndom, ungdomsår og tidlig voksen alder. De fleste psykiske lidelser starter også i disse livsfasene. Jo tidligere vi investerer i psykisk helse, desto mer får vi igjen for pengene i form av god psykisk helse (Heckman, 2006). Derfor bør ufødte babyer, spedbarn, småbarn, førskolebarn og skolebarn prioriteres.

#### Utenfor fremfor innenfor helsevesenet

Behandlingstjenester produserer ikke helse. De reparerer den. Helse og uhelse produseres der folk lever livet sitt – i livmoren, familien, barnehagen, skolen, vennskapskretsen, kultur, idrett og på arbeidsplassen. Derfor må hovedinnsatsen skje utenfor helsetjenestene.

#### Universelle tiltak fremfor målrettede

Når noe er svært utbredt i befolkningen, som psykiske helseproblemer, vil de mange med middels og lav risiko produsere flere sykdomstilfeller enn det de få med høyest risiko vil gjøre (Rose, 1992). Derfor må det forebyggende arbeidet rettes inn mot de mange med lav og middels risiko fremfor bare de få med høyest risiko. Innen fysisk helse er det de universelle intervensjonene som har vist seg å gi størst uttelling (Mackenbach et al., 2013). Klarer vi å flytte hele befolkningen bare 0,3 standardavvik til venstre, altså at hele befolkningen blir bare litt psykisk sunnere, kan vi kanskje halvere forekomsten i den høyeste risikogruppen (se figur 1).

#### Helsefremmende fremfor forebyggende

Det er lettere og mer effektivt å styrke helsen enn å forebygge sykdom (WHO, 2004). Derfor anbefaler WHO og andre å integrere psykisk helsefremmende tiltak med tiltak for å forebygge sykdom (Kalra et al., 2012; McDaid, Hewlett & Park, 2017; Singh et al., 2022; WHO, 2022c).

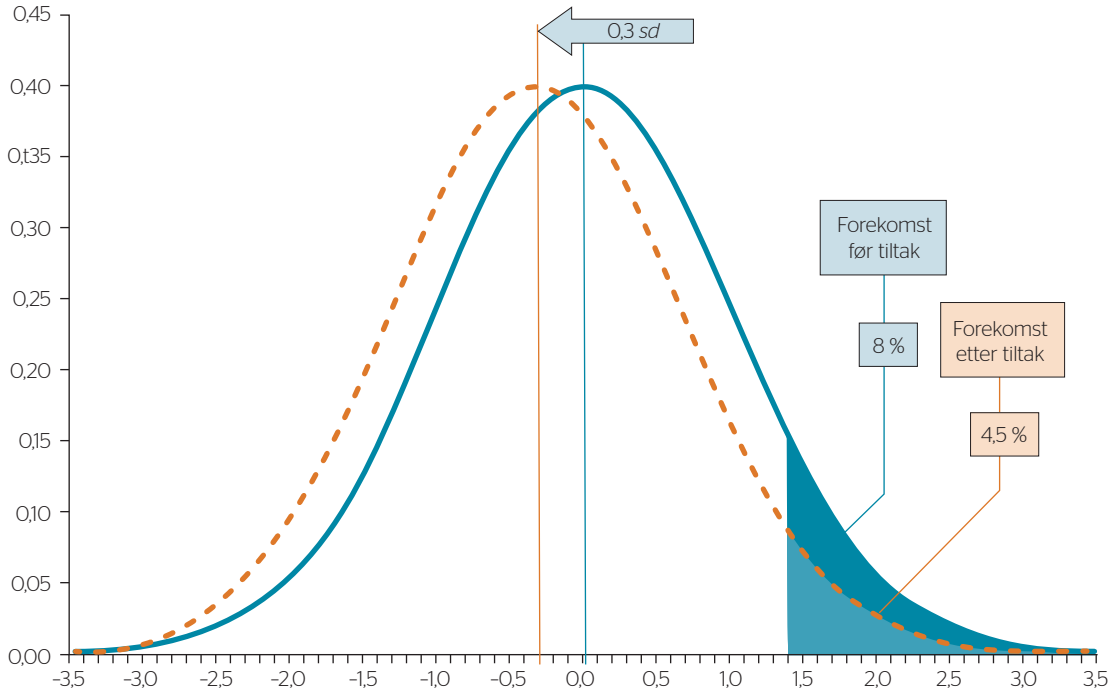
#### Det vi kan gjøre noe med

Tidlig intervensjon kan påvirke forløpet og forhindre unødvendige negative konsekvenser av å leve med psykose, bipolar lidelse, ADHD eller alvorlig personlighets- eller nevroutviklingsforstyrrelse. Men vi kan ikke hindre at disse tilstandene oppstår. Derfor bør vi prioritere dem i behandling. De vanligste lidelsene, depresjon, angst og alkoholrelaterte lidelser, kan vi til en viss grad forebygge. Innen forebygging må vi derfor prioritere annerledes enn i klinikken. Vi må prioritere de vanlige tilstandene som også koster landet mest



Figur 1

Illustrasjon av effekten i universelle tiltak for psykisk helse



**Merknad.** En liten effekt i hele befolkningen kan gi stor effekt blant de mest sårbare. Statistiske forutsetninger: Sårbarhet for vanlige psykiske lidelser normalfordelt. Standardisert fordeling. Kuttpunkt 8 % (jf. prevalens av psykiske lidelser blant barn og unge). Standardavvik (SD) = 1,4 (tabell). Forskyvning av fordelingen med 0,3 SD = anslått samlet gjennomsnittlig effektstørrelse i empiriske studier av universelle forebyggende tiltak på tvers av sektorer. Z-score transformering. Figur utarbeidet med professor Espen Røysamb, ved Promenta, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

(Cuijpers, Pineda et al., 2021; Fusar-Poli et al., 2021; Kirkbride et al., 2024; Muñoz et al., 2012).

### Redusert nivå av plager fremfor diagnoser

Et høyt nivå av psykiske plager er en risikofaktor for psykiske lidelser. Høye nivåer av symptomer på depresjon og angst bidrar like mye eller mer til de økonomiske samfunnskostnadene fra psykiske helseplager enn det diagnostiserbare lidelser gjør (Cuijpers et al., 2007; Knudsen et al., 2010). Å redusere subkliniske nivåer av symptomer på vanlige psykiske lidelser i en befolkning kan derfor være like viktig, om ikke viktigere, enn å forebygge kliniske tilfeller (diagnoser).

Andelen *tilfeller* av alkoholrelaterte sykdommer (diagnoser) og dødsfall i en befolkning er en direkte funksjon av befolkningens samlede *nivå* av alkoholinntak. Reduksjon i *nivået* av befolkningens inntak av alkohol er den mest effektive måten å redusere andelen *tilfeller* av alkoholrelaterte sykdommer og døds-

fall på (Skog, 2001). Tilsvarende kan *nivået* i befolkningen av psykiske plager bestemme hvor stor andel *tilfeller* av psykisk lidelser (diagnoser) vi får. Da vil den beste måten å redusere andelen *tilfeller* av psykiske lidelser på være å redusere befolkningens *nivå* av psykiske plager.

### Økonomi fremfor effektstørrelser

Vi må velge de tiltakene som gir best økonomisk avkastning på investeringen, ikke bare de med de største effektstørrelsene. Dessverre rapporterer de fleste intervensjonsstudier bare effektstørrelser, ikke kostnad-nytte-data. Opptrappingsplan for psykisk helse (1998–2008) brukte 47 milliarder kroner (oppdatert til 2023-verdi) uten å gjøre noen analyse, verken før, under eller etter, av hvilke tiltak som ville gi best avkastning på investeringene. Alle større investeringer bør ha med beregninger av forholdet mellom økonomisk kostnad og nytte. Dette gjelder også helsepo-

litikk, slik at evidensgrunnlaget styrkes. Når offentlig sektor, for eksempel Norges forskningsråd, eller private stiftelser finansierer effektstudier, bør de kreve at beregning av økonomisk forsvarlighet, som kostnadsnytte, inkluderes (Knapp et al., 2011; McDaid, Park et al., 2017; Singh et al., 2022).

### **Alle utfall som kan tallfestes, bør tallfestes**

Uten tall kan vi ikke vite om vi når målene våre. Det kan friste politikere og fagfolk til å holde frem innsatsen og dekke over manglende resultater. En suksessfaktor i Opptrappingsplan for psykisk helse (1998–2008) var en lang rekke tallfestede mål – som stort sett ble nådd. De fleste av målene var imidlertid knyttet til innsats snarere enn helseutfall. Tallfesting av resultatmål kan også brukes til å vurdere nye tiltak for mål som ikke blir nådd. Et eksempel på dette er planene for styrket kapasitet til utdanning av psykologer som fulgte etter at målene for 1998–2008 ikke ble nådd.

### **Inkluder alltid en evalueringsplan**

Skal vi lære av våre erfaringer, må vi evaluere. En plan for evaluering bør ideelt sett inkludere implementering (Er tiltaket iverksatt som det skal?), effekt (Virker det?), økonomisk forsvarlighet (Svarer nytten til kostnadene?), brukertilfredshet (Vil folk ha tiltaket?) og etisk forsvarlighet (Er tiltaket etisk forsvarlig?). Disse fem suksesskriteriene er relativt uavhengige av hverandre. Alle bør derfor ideelt sett måles. God evaluering krever at det legges til rette for evalueringen *før* tiltaket settes i verk. Vi kan ikke fortsette som vi gjorde under den forrige opptrappingsplanen. Vi brukte altså 47 milliarder kroner i opptrappingsplanen (1998–2008) på å bygge ut behandlingstilbudet, men «glemte» å undersøke om behandlingen ble bedre, eller om befolkningen ble friskere (Norges forskningsråd, 2008/2015).

### **Få på plass et forebyggingsregnskap**

I 2022 brukte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) 453 milliarder kroner på helse og omsorg. Nasjonalregnskapet føres av SSB. SSB hevder at HOD bruker 2–3 % av budsjettet på helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (se Holte, 2020). Det er ikke sant. I henhold til SSBs tolkning av det internasjonale kodesamarbeidet (Sletten, 2020) koder SSB som «forebygging» hele regnskapet til FHI (som driver forskning og rådgivning til myndighetene), HODs støtte til forskning, hele tannhelsetjenesten og regnskapet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (nå del av FHI og som vurderer behandlingsmetoder, mest for fysiske helseproblemer i spesialisthelsetjenesten). Inntil nylig har SSB også kodet hele budsjettet til Hdir

som «forebygging». Etter offentlig kritikk, kodes nå Hdir korrekt som «administrasjon». Med få unntak er ingen av disse aktivitetene forebygging. Forebyggingsdelen av helseregnskapet fremstår slik som juks og fanteri (Holte, 2020; Sletten, 2020).

Hvis vi tar ut de ovennevnte aktivitetene som ikke direkte er forebygging, står vi igjen med helsestasjoner for mor og barn og for ungdom, skolehelsetjenesten og forebyggende tiltak i kommunene (som i hovedsak gis som rammebevilgning uten garanti for at det brukes på forebygging). Går vi så til statsbudsjettet og henter ut tallene for disse postene, så ender man opp med anslagsvis 0,3 prosent av HODs budsjett til forebyggende tiltak blant barn og unge. Ikke på psykisk helse, men totalt på både fysisk og psykisk helse. Selvfølgelig bruker det offentlige samlet sett mer enn dette på forebyggende tiltak, for eksempel i barnehagen, skolen, arbeidsplassen, kultur og idrett, men dette er HODs bidrag.

De fleste rike land vet ganske nøyaktig hva de bruker på behandling, men ikke hva de bruker på forebygging. Uten et forebyggingsregnskap kan man ikke ha styring med den forebyggende helsepolitikken. Det er selvfølgelig ikke lett å opprette et slikt regnskap. For eksempel er det ikke enkelt å tallfeste hvor stor andel av fastlegens, barnehagens eller skolens aktiviteter som skal telle som forebygging. Men hvis bare en liten andel av de ressursene som helseøkonomer i rike land bruker på å regne ut hvordan de skal drive sykehus lønnsomt, ble brukt på å lage et forebyggingsregnskap, ville vi nok klare å løse utfordringen.

### **Nok penger**

Det må være nok penger til å finansiere planen. Når de faglige premissene er på plass, er dette kanskje det viktigste kriteriet vi må vurdere opptrappingsplaner for psykisk helse ut fra. Investering i psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak er trolig noen av de mest lønnsomme investeringene et samfunn kan gjøre (Cressey et al., 2014; Holte, 2023; Knapp et al., 2011; McDaid, Park et al., 2017). Investerer vi ikke nok, kan vi heller ikke forvente å få mye tilbake.

### **Fire prioriteringer**

Ut fra en samlet vurdering og litt ulik vektning av de tretten strategiske prinsippene, som det ikke er plass til å gå inn på her, vil jeg trekke frem fire prioriterte tiltak:

#### **Kartlegging av psykisk helse hos mødre**

Depresjon og angstproblemer blant mødre er de hyppigste alvorlige komplikasjonene ved graviditet

og fødsel, og det er en risikofaktor for flere psykiske lidelser hos barnet både i spedbarnsalderen og senere. Allmenn, rutinemessig vurdering av psykisk helse – spesielt depresjon – hos alle gravide og spedbarnsmødre med oppfølging av trent helseesykepleier kan redusere disse risikoene. Allmenn kartlegging, ikke bare for dem med kjent risiko, er berettiget fordi rundt én av åtte nybakte mødre blir deprimerte innen to år etter fødselen, og vi kan ikke forutsi hvem de er. Det er omtrent samme risiko blant de som har vært deprimerte før svangerskapet, og de som ikke har vært det, og helsepersonell er ikke spesielt flinke til å oppdage depresjon i denne perioden. Som WHO (2022b) har anbefalt Norge og andre land, kan innføring av generell vurdering med standardiserte instrumenter forebygge psykiske problemer både for mor og barn. God behandling for mor er tilgjengelig og er forebyggende for barnet. Universelle kostnadseffektive forebyggende tiltak for mødre finnes også og viser svært gode effekter, med en tredjedel færre tilfeller av depresjon sammenlignet med tradisjonell helsestasjons-tjeneste (for en gjennomgang av disse punktene med referanser, se Holte & Eberhard-Gran, 2022).

### Veiledning for nye barnehagelærere

Alle barn i Norge har rett til å gå i barnehage i sin bostedskommune fra de har fylt ett år til de begynner på skolen (Barnehageloven, 2005). Nå bruker 88 % av 1–2-åringene og 97 % av alle barn i Norge denne rettigheten (SSB, 2021). For å redusere sosial ulikhet i helse har regjeringen som mål å oppnå full dekning og universell tilgang til høykvalitetsbarnehager for alle barn i Norge (St.meld. nr. 20 (2006–2007). Barnehagene er forpliktet til å følge det nasjonale regelverket for kvalitetsstandarder (Barnehageloven, 2005). For eksempel skal det være minst én voksen per tre barn under tre år og minst én voksen per seks barn over tre år, og det er standarder for utdanningsnivå blant barnehagelærerne. I tillegg til slike strukturelle standarder kommer rammeplan for barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017; St.meld. nr. 16 (2006–2007)), som inneholder retningslinjer for personalets roller, ansvar, arbeidsmåter og læreplan, og overordnede mål for det daglige arbeidet. Dette regelverket tar sikte på å sikre relativt ensartet tilbud mellom barnehagene i Norge.

Dette har gitt resultater. Det er nå solid dokumentert at barnehager av høy kvalitet kan beskytte barn mot psykiske plager. I Norge virker barnehager av høy kvalitet både sosialt utjevne og beskyttende mot fattigdomsutløste psykiske plager (Ekspertgruppe om Barn i fattige familier, 2023; Zachrisson & Dearing, 2015). Barnehager av høy kvalitet reduserer også sannsynligheten for at barn i risikozonen utvikler psy-

kiske helseproblemer, mens barnehager med lav kvalitet øker risikoen. Den klart viktigste kvalitetsindikatoren her ser ut til å være kvaliteten på samspillet mellom barn og voksen. Gode barn–voksen-relasjoner bufrer mot tidligere risiko for psykiske helseplager, og dårlige relasjoner forverrer risikoen (Wilhelmsen et al., 2023). Frankrike har en liknende ordning som Norge med subsidierte barnehager for alle. Der fant de at barn som hadde gått i barnehage i minst ett år før de fylte tre, hadde best beskyttelse mot psykiske problemer (Gomajee et al., 2018).

Men hvorfor innføre utprøving av systematisk, personlig veiledning for alle nye barnehagelærere med vekt på samhandlingen deres med barna? Svaret er enkelt: Psykologer, leger og sykepleiere får i dag det meste av sin praktiske kompetanse gjennom slik systematisk veiledning. Barnehagelærere, som ser barna hver dag, hele dagen, i flere år i barnas mest formende år, har ingen slik ordning. Som for andre profesjoner bør veiledningen av barnehagelærere være obligatorisk.

### Psykisk helse som eget fag i skolen

Regjeringen Solberg lovet elevene at nå skulle de få psykisk helse på timeplanen. Dette sa de:

«På skolen vil mestring av livet bli et tilbakevendende tema i ulike fag. Trygge barn som trives og mestrer lærer også mer på skolen. [...] Kanskje snakker vi for lite om følelser? Kanskje mangler vi rett og slett ord når vi føler at vi ikke mestrer?» Statsminister Erna Solberg i sin nyttårstale i 2019.

«Vi tar psykiske problemer hos ungdom på største alvor. [...] Vi sørger også for at psykisk helse står på timeplanen i skolene fra 2020.» Helseminister i åtte år, Bent Høie, til Dagsavisen 19. september 2018.

«Selvfølgelig skal skolen også være et sted der elevene lærer seg å mestre sosiale og følelsesmessige utfordringer i livet. [...] 'Fordi følelsene og tankene våre avgjør hvordan vi samhandler med andre og navigerer i verden, er dette nødvendig livskunnskap for barn og unge', mener de. Det er jeg enig i!» Kunnskapsminister Jan Tore Sanner, ansvarlig for å gjennomføre løftene, i Aftenposten, 19. mai 2019.

«Skolen skal lære elevene om psykisk helse. Skolen skal også gi elevene mulighet til å gjøre noe selv med psykisk helse.» Oppfølgingsansvarlig kunnskapsminister Guri Melby til Utrop 29. oktober 2020.

«Skolen kan systematisk gi ungdom kunnskap, verktøy og innsikt i hva som påvirker psykisk helse.» Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen, som tok initiativet, til Fædrelandsvennen 2. mai 2017.

Men i stedet for å innføre psykisk helse som fag i skolen, gjorde regjeringen det til del av et nytt «tverrfaglig tema»: Folkehelse og livsmestring. I fagene

som psykisk helse skulle finnes igjen i, nemlig norsk, engelsk, matematikk, naturfag, samfunnsfag, KRLE og kroppsøving, har de nye læreplanene til sammen 516 kompetansemål. Med ekstrem velvillighet kan femten av disse sies å ha en, oftest vag, tilknytning til psykisk helse. Disse femten er tilsynelatende tilfeldig plassert over de tolv årene fra 2. trinn til 3. videregående uten aldersrelevans, system eller kontinuitet. Det er ingen krav til kunnskaper, holdninger, ferdigheter eller kjennskap til verktøy. Det er ingen kompetansemål på følelser, tanker, atferd eller sammenhengene mellom dem. Det er ingen tverrfaglighet og de fleste lærerutdanningene bryr seg heller ikke om å utdanne lærerstudenter i psykisk helse (Regjeringen.no, 2020).

Flere store metaanalyser de siste ti årene viser at skolebaserte programmer kan redusere angst og depresjon blant elever (Feiss et al., 2019; Salazar de Pablo et al., 2021; Stockings et al., 2016; Werner-Seidler et al., 2017, 2021) og styrke positiv psykisk helse (Andermo et al., 2020; O'Reilly et al., 2018; Pinto et al., 2021; van Agteren et al., 2021). Spesielt lovende er de universelle sosiale og emosjonelle læringsprogrammene (SEL) (Cipriano et al., 2023; Durlak et al., 2022). De viser positive effekter på flere indikatorer på positiv psykisk helse. Men de sterkeste utslagene finnes på akademiske prestasjoner. En metaanalyse viser at effektene varer i gjennomsnitt  $3\frac{3}{4}$  år og er uavhengige av etnisitet, sosioøkonomisk status og skolested. Sosiale og emosjonelle ferdigheter etter intervensjoner var også den sterkeste determinanten for senere velvære. Så hvis vi vil at elevene skal bli bedre i matematikk, naturfag, norsk, engelsk og samfunnsfag og få bedre trivsel, bør vi styrke de sosiale og emosjonelle ferdighetene deres (Taylor et al., 2017). Som i barnehagen, ser altså relasjonelle ferdigheter ut til å være effektivt i skolen.

### Meningsfullt arbeid for alle

En av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot vanlige psykiske lidelser er høy sysselsetting. Å ha en jobb er forbundet med økt følelse av selvstendighet, trivsel, ressurser til å mestre utfordringer, økt sosial status og muligheter for personlig utvikling (Modini et al., 2016; van der Noordt et al., 2014). Arbeidsplasser med godt psykososialt miljø der det er god balanse mellom krav og egen kontroll over arbeidet, mellom innsats og belønning, og der jobben er trygg, styrker arbeidstakernes psykiske helse og lønner seg økonomisk (McTernan et al., 2013). Arbeidsplasser med dårlig psykososialt miljø med negativ balanse mellom krav og egen kontroll over arbeidet og innsats og belønning, og der jobben er utrygg, svekker psykisk helse og kan være mer skadelig enn å gå arbeidsledig

(Butterworth et al., 2011; Harvey et al., 2017, 2018; van der Molen et al., 2020). Så lenge arbeidsplassen er av god psykososial kvalitet, er det å hjelpe folk med å få jobb, beholde en jobb og trives med jobben blant de mest effektive måtene å opprettholde god psykisk helse i en befolkning på (Duchaine et al., 2020; Harvey et al., 2018).

### Opptrappingsplan 2023–2033

Sommeren 2023 lanserte regjeringen en ny opptrappingsplan for psykisk helse. Planen vil gå over ti år (2023–2033) og gjelde på tvers av sektorer. Målet med planen er bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen, redusert forekomst av psykiske plager og lidelser, og å gi god og lett tilgjengelig hjelp til mennesker med psykiske helseutfordringer (Meld. St. 23 (2022–2023)).

Planen har tre innsatsområder: helsefremmende og forebyggende tiltak, høykvalitetstjenester og tilgjengelige tjenester der folk bor (kommunen), og tjenester til personer med langvarige og sammensatte tilstander (spesialisthelsetjenester). Ved å ta tak i alle de tre områdene samtidig ønsker regjeringen å unngå bruk av ressurser til behandling av plager og lidelser som kunne vært forebygget eller utbedret tidligere. Planen legger særlig vekt på helse-, utdannings- og arbeidslivssektorene og samarbeidet mellom dem og har åtte resultatmål. Flere av dem er tallfestede:

- Forekomsten av barn og unges selvrapporterte psykiske plager reduseres med 25 prosent.
- Andelen unge som blir uføre på grunn av psykiske plager eller lidelser, reduseres.
- Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbasert lavterskel psykisk helse- og rustilbud.
- Barn og unge henvist til spesialisthelsetjenesten får en utredningssamtale for å avklare om det skal følges opp i spesialist- eller kommunehelsetjenesten.
- Gjennomsnittlig ventetid for spesialisert psykisk helsevern er redusert og lavere enn 40 dager for voksne, 35 dager for barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser.
- Hindre nedlegging av sengeplasser og sørge for at døgnkapasiteten i psykisk helsevern møter behovene til barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser som trenger døgnbehandling.
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer har økt levealder, og forskjellen i forventet levealder mellom disse pasientene og resten av befolkningen reduseres.
- Helsepersonell får mer tid til pasienter, brukere og faglig utvikling.

Under innsatsområdet «Helsefremmende og forebyggende tiltak» vil innsatsen særlig rettes mot følgende tematiske områder:

### **Livsløp**

Styrke befolkningens psykiske helse gjennom hele livsløpet ved å redusere psykiske plager blant barn og unge ved å vurdere forebyggende tiltak basert på resultater fra Ungdata – en regelmessig gjentatt nasjonal tverrsnittsundersøkelse av barn og unges levekår, livskvalitet og psykisk helse – og SHoT (Studentenes helse- og trivselsundersøkelse) – også en regelmessig gjentatt tverrsnittsundersøkelse (Sivertsen, 2021; Sivertsen et al., 2022).

### **Svangerskap og foreldreskap**

Mer systematisk og kunnskapsbasert foreldrestøtte gjennom tiltak under og etter svangerskapet, og utredning av behov for tiltak for å forebygge og behandle perinatal depresjon.

### **Barnehager**

Vurdering av tiltak som styrker barnehagene slik at de blir psykisk helsefremmende arenaer, basert på et bredt kunnskapsgrunnlag om kvalitet i barnehager.

### **Skole**

Styrke psykisk helseopplæring i skolen ved å legge om dagens tilskuddsordning «Psykisk helse i skolen». I stedet vil de støtte skolenes arbeid med det tverrfaglige temaet folkehelse og livsmestring. Det vil de gjøre ved å utvikle en kompetansepakke på folkehelse og livsmestring som omfatter psykisk helse. Videre skal man gi tilskudd til undervisningsressurser, forskning og evaluering av psykiske helsetiltak i skolen, gjennomgå eksisterende nasjonale programmer og vurdere skolens kompetansebehov for å bygge inkluderende, trygge og gode skolemiljøer.

### **Fritids- og kulturarenaer**

Støtte psykisk helsefremmende arenaer og øke bevisstheten om sammenhenger mellom bruk av sosiale medier og psykisk helse. Dette inkluderer å sette ned et utvalg som skal se på barn og unges skjermbruk og å legge frem en stortingsmelding om trygg digital oppvekst.

### **Studenter**

Forbedre studentenes helse og livskvalitet ved å gjennomføre analyser basert på tilgjengelige data, inkludert SHoT-undersøkelsen, for å avdekke årsaker til psykiske helseplager, ensomhet og selvmords-

tanker, og videreføre og målrette tilskuddsordningen «Studenter – psykisk helse og rusmiddelbruk».

### **Arbeid og utdanning**

Innføre ungdomsgaranti slik at ungdom under 30 år som trenger hjelp fra Arbeids- og velferdsetaten (NAV) for å komme i arbeid, skal ha en fast kontaktperson, og få tidlig, tett og individuelt tilpasset oppfølging så lenge det er nødvendig. Videre skal man utvikle samarbeidet mellom NAV, helsetjenesten og utdanningssektoren, og styrke kunnskapsgrunnlaget om hvilke programmer og verktøy som er effektive for å få til overgang til arbeid for ulike grupper, samt om samhandling og bruk av verktøy på tvers av sektorer.

### **Psykisk helsekunnskap**

Øke kunnskapen om psykisk helse i befolkningen ved å vurdere hvordan en nasjonal folkehelsekampanje basert på ABC kan gjennomføres på befolkningsnivå og for ulike grupper i samfunnet (jf. Jorm, 2012).

### **Ensomhet**

Forebygge og redusere ensomhet i befolkningen ved å vurdere å ta det inn i folkehelseloven ved revidering av loven, utarbeide en veileder for reduksjon av ensomhet og vurdere en handlingsplan mot ensomhet.

### **Samfunnspsykologisk kunnskap**

Sørge for at samfunnspsykologisk kunnskap tas i bruk i kommunene, for eksempel ved å vurdere hvordan kommunene best kan fremme helse og livskvalitet i hele befolkningen gjennom tiltak i lokalsamfunnet og psykologiske tiltak på samfunnsnivå. Dette vil bli vurdert ved revidering av folkehelseloven.

Planen har også tiltak rettet mot eldre og på boligpolitikk med mer.

### **Evaluering**

Planen vil være dynamisk. Det betyr at den skal tilpasses og utvikles videre etter hvert som man vinner erfaring. Flere av de foreslåtte tiltakene krever nærmere utredning, vil ta tid å gjennomføre, og man må komme tilbake til dem senere i planperioden. For å følge opp gjennomføring og utvikling av planen vil regjeringen sette ned et evalueringsutvalg med forskere og tjenestebrukere, som i hovedsak skal benytte eksisterende datakilder (registre, løpende undersøkelser). For noen av målene vil det bli utviklet nye indikatorer.

### **Penger**

Mens den forrige opptrappingsplanen (1998–2008) kostet rundt 47 milliarder kroner over ti år, er budsjettet for den nye planen tre milliarder kroner over ti år.

Dette skal dekke all opptrapping av investeringer på alle de tre innsatsområdene.

### Vurdering

Dagens volum, tilgjengelighet og kvalitet på de psykiske helsetjenestene er langt bedre enn det var i 1998 da den første opptrappingsplanen ble lansert. Den gang konkluderte regjeringen med at helsetilbudet til psykisk lidende hadde «sviktet i alle ledd» (St.prp. nr. 63 (1997–1998). Når det gjelder utbredelse og forekomst av psykiske lidelser, er det imidlertid svært liten forskjell fra den gang (FHI, 2023; Kringlen et al., 2001).

Det er derfor banebrytende og ytterst adekvat at ett av de tre tiltaksområdene i den nye planen fullt og helt er viet psykisk helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. På det området er den nye planen i tråd med flere av de 13 strategiske prinsippene som er foreslått ovenfor, og med de fire anbefalingene om prioriterte tiltak. Men den beskjedne finansieringen i de stramme økonomiske tidene vi er inne i, står i grell kontrast til de ambisiøse resultatmålene. Investerer vi ikke nok, kan vi heller ikke forvente å få mye tilbake.



### Referanser

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demeyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., . . . Vollebergh, W.A. (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *Suppl.* (420), 47–54.
- Andermo, S., Hallgren, M., Nguyen, T.T., Jonsson, S., Petersen, S., Friberg, M., Romqvist, A., Stubbs, B. & Elinder, L.S. (2020). School-related physical activity interventions and mental health among children: a systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine – Open*, *6*(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40798-020-00254-x>
- Andersen, U. (2021). Personlighetsforstyrrelser i arbeidslivet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/rapport/2021/07/personlighetsforstyrrelser-i-arbeidslivet>
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J. & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *184*(6), 526–533. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.526>
- Barican, J.L., Yung, D., Schwartz, C., Zheng, Y., Georgiades, K. & Waddell, C. (2022). Prevalence of childhood mental disorders in high-income countries: A systematic review and meta-analysis to inform policymaking. *Evidence-Based Mental Health*, *25*(1), 36–44. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300277>
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager* (LOV-2005-06-17-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Brent, D.A., Brunwasser, S.M., Hollon, S.D., Weersing, V.R., Clarke, G.N., Dickerson, J.F., Beardslee, W.R., Gladstone, T.R. G., Porta, G., Lynch, F.L., Iyengar, S. & Garber, J. (2015). Effect of a Cognitive-Behavioral Prevention Program on Depression 6 Years After Implementation Among At-Risk Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *72*(11), 1110–1118. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1559>
- Burcusa, S.L. & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 959–985. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Butterworth, P., Leach, L.S., Strazdins, L., Olesen, S.C., Rodgers, B. & Broom, D.H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational & Environmental Medicine*, *68*, 806–812. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Bøe, T., Heiervang, E.R., Stormark, K.M., Lundervold, A.J. & Hysing, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders in Norwegian 10-14-year-olds: Results from a cross-sectional study. *PLOS ONE*, *16*(3), e0248864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248864>
- Caspi, A., Houts, R.M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M.L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L.J. H., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B.S. & Moffitt, T.E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, *3*(4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Cipriano, C., Strambler, M.J., Naples, L.H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A.K., Eveleigh, A., McCarthy, M., Funaro, M., Ponnock, A., Chow, J.C., & Durlak, J. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, *94*, 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Cressey, P., Milner, S., Farr, M., Abercrombie, N. & Jaynes, B. (2014). *IPR Policy Brief – Proving the value of advice: a study of the impact of Citizens' Advice Bureau services*. University of Bath. <https://researchportal.bath.ac.uk/en/publications/ipr-policy-brief-proving-the-value-of-advice-a-study-of-the-impac>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T.A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *144*(3), 288–299. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Pineda, B.S., Quero, S., Karyotaki, E., Struijs, S.Y., Figueroa, C.A., Llamas, J.A., Furukawa, T.A. & Muñoz, R.F. (2021). Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, *83*, 101955. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101955>

- Cuijpers, P., Smit, F., Oostenbrink, J., de Graaf, R., ten Have, M. & Beekman, A. (2007). Economic costs of minor depression: A population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 229–236. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00851.x>
- De Ridder KAA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Bjørngaard JH (2013) Adolescent Health and High School Dropout: A Prospective Cohort Study of 9000 Norwegian Adolescents (The Young-HUNT). *PLoS ONE* 8(9): e74954. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074954>
- Duchaine, C.S., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Ndjaboué, R., Massamba, V., Talbot, D., Lavigne-Robichaud, M., Trudel, X., Pena-Gralle, A.B., Lesage, A., Moore, L., Milot, A., Laurin, D. & Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), 842–851. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322>
- Durlak, J.A., Mahoney, J.L., & Boyle, A.E. (2022). What we know, and what we need to find out about universal, school-based social and emotional learning programs for children and adolescents: A review of meta-analyses and directions for future research. *Psychological Bulletin*, 148(11-12), 765–782. <https://doi.org/10.1037/bul0000383>
- Ekspertrgruppe om Barn i fattige familier. (2023). *En barndom for livet. Økt tilhørighet, mestring og læring for barn i fattige familier* (Rapport). Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/df568c8ea68f48d6b03f2cca6149cf77/no/pdfs/barn-i-fattige-familier.pdf>
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O. & Mykletun, A. (2016). The Role of Internalizing and Externalizing Problems in Adolescence for Adult Educational Attainment: Evidence from Sibling Comparisons using Data from the Young HUNT Study. *European Sociological Review*, 32(5), 552–566. <https://doi.org/10.1093/esr/jcw001>
- Evensen, M., Lyngstad, T.H., Melkevik, O., Reneflot, A. & Mykletun, A. (2017). Adolescent mental health and earnings inequalities in adulthood: evidence from the Young-HUNT Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(2), 201–206. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206939>
- Feiss, R., Dolinger, S.B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J.A., Thomas, C.M. & Pangelinan, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668–1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, L.J. (2007). Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 191, 335–342. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036079>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2016). *Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013)* (Rapport 2016: 1). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). *Folkehelse rapporten. Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=og>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2023). *Folkehelse rapporten. Psykiske plager og lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Fusar-Poli, P., Correll, C.U., Arango, C., Berk, M., Patel, V. & Ioannidis, J.P. A. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*, 20, 200–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Gillham, J.E., Shatté, A.J. & Freres, D.R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 9(2), 63–88. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(00\)80007-4](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(00)80007-4)
- Gomajee, R., El-Khoury, F., Côté, S., van der Waerden, J., Pryor, L., Melchior, M. & EDEN mother-child Cohort Study Group. (2018). Early childcare type predicts children's emotional and behavioural trajectories into middle childhood. Data from the EDEN mother-child cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(11), 1033–1043. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-210393>
- Goodman, A., Joyce, R. & Smith, J.P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 108(15), 6032–6037. <https://doi.org/10.1073/pnas.101697010>
- Harvey, S.B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J.S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant R.A., Christensen, H. & Mitchell, P.B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational & Environmental Medicine*, 74, 301310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- Harvey, S.B., Sellahewa, D.A., Wang, M.-J., Milligan-Saville, J., Bryan, B.T., Henderson, M., Hatch, S.L. & Mykletun, A. (2018). The role of job strain in understanding midlife common mental disorder: a national birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 498–506. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30137-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30137-8)
- Heckman, J.J. (2006). Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science*, 312(5782), 1900–1902. <https://doi.org/10.1126/science.1128898>
- Heiervang, E., Stormark, K.M., Lundervold, A.J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.B., Ullebo, A.K., Plesken, K.J., Bjelland, I., Lie, S.A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/andre-dokumenter/hod/2017/mestre-hele-livet/id2568354/>

- Helsedirektoratet (Hdir). (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (Rapport IS-1846). <https://img1.custompublish.com/getfile.php/3801471.2331.qfacaafep/Folkehelsearbeidet+-+veien+til+god+helse+for+alle.pdf?return=fritidforalle.custompublish.com>
- Helsedirektoratet (Hdir). (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper* (Rapport IS-2839). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/\\_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf)
- Hetlevik, Ø., Smith-Sivertsen, T., Haukenes, I., Ruths, S. & Baste, V. (2023). Young adults with depression: A registry-based longitudinal study of work-life marginalisation. The Norwegian GP-DEP study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(5). <https://doi.org/10.1177/14034948231165089>
- Holte, A. (2012). Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 693–695. <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummer/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>
- Holte, A. (2020, 17. september). Psykiske helseplager og selvmord: Regnskapet fremstår som «fake news». *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/izgLMoK/psykiske-helseplager-og-selvmord-regnskapet-fremstaar-som-fake-news>
- Holte, A. (2022, 28. januar). Mer behandling, men ikke mindre depresjon. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/mer-behandling-men-ikke-mindre-depresjon/272319>
- Holte, A. (2023). *Psykisk helse – vår største ressurs. Psykiske lidelser – vår største utfordring* (Grunnlagsdokument for Headspace Norge. Comprehensive Report for Headspace Norway).
- Holte, A. (2024b). Promotion of mental health and prevention of mental disorders in a rich welfare state: A Norwegian perspective. *Mental Health and Prevention*, 33. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200321>
- Holte, A. & Eberhard-Gran, M. (2022, 8. april). Innfør nasjonal screening for depresjon i svangerskap og småbarnstid nå! *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2022/04/innfor-nasjonal-sceening-for-depresjon-i-svangerskap-og-spedbarnstid-na/>
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M.P., Kunovac, J.L., Leon, A.C., Mueller, T.I., Rice, J.A. & Keller, M.B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 694–700. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.694>
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsiapas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., Mezzich, J., Bhugra, D. & European Psychiatry Association. (2012). Mental health promotion: guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.10.001>
- Kessing, L.V., Ziersen, S.C., Caspi, A., Moffitt, T.E. & Andersen, P.K. (2023). Lifetime Incidence of Treated Mental Health Disorders and Psychotropic Drug Prescriptions and Associated Socioeconomic Functioning. *JAMA Psychiatry*, 80(10), 1000–1008. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.2206>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B. & Zaslavsky, A.M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515–2523. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa043266>
- Kinge, J.M., de Linde, A., Dieleman, J.L., Vollset, S.E., Knudsen, A.K. & Aas, E. (2023). Production losses from morbidity and mortality by disease, age and sex in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(6), 779–783. <https://doi.org/10.1177/14034948231188237>
- Kinge, J.M., Dieleman, J.L., Karlstad, Ø., Knudsen, A.K., Klitkou, S.T., Hay, S.I., Vos, T., Murray, C.J. L. & Vollset, S.E. (2023). Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. *BMC Medicine*, 21, 201. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-02896-6>
- Kirkbride, J.B., Anglin, D.M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P.B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T. & Griffiths, S.L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kjerkol, I. (2024). *Sykehustalen 2024*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2024/id3021968/>
- Knapp, M., McDaid, D. & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case*. Department of Health, London, UK. [https://eprints.lse.ac.uk/32311/1/Knapp\\_et\\_al\\_MHPP\\_The\\_Economic\\_Case.pdf](https://eprints.lse.ac.uk/32311/1/Knapp_et_al_MHPP_The_Economic_Case.pdf)
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Aakvaag, H.F., Harvey, S.B., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 59–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.03.007>
- Knudsen, A.K., Øverland, S., Hotopf, M. & Mykletun, A. (2012). Lost Working Years Due to Mental Disorders: An Analysis of the Norwegian Disability Pension Registry. *PLoS ONE* 7(8), e42567. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0042567>
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.



- Kunnskapsdepartementet. (2017). *Rammeplan for barnehagen. Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Utdanningsdirektoratet. <https://www.udir.no/contentassets/7c4387bb50314f33b828789ed767329e/rammeplan-for-barnehagen---bokmal-pdf.pdf>
- Mackenbach, J.P., Lingsma, H.F., van Ravesteijn, N.T. & Kamphuis, C.B. (2013). The population and high-risk approaches to prevention: quantitative estimates of their contribution to population health in the Netherlands, 1970–2010. *European Journal of Public Health*, 23(6), 909–915. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks106>
- Marks, D.F., Murray, M.P., Evans, B. & Estacio, E.V. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. Sage.
- McDaid, D., Hewlett, E. & Park, A. (2017). *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness* (OECD Health Working Papers, nr. 97). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/bc364fb2-en>
- McDaid, D., Park, A.-L. & Knapp, M. (2017). *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*. Public Health England. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health>
- McTernan, W.P., Dollard, M.F. & LaMontagne, A.D. (2013). Depression in the workplace: An economic cost analysis of depression-related productivity loss attributable to job strain and bullying. *Work & Stress*, 27(4), 321–338. <https://doi.org/10.1080/02678373.2013.846948>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., Bryant, R.A., Mitchell, P.B. & Harvey, S.B. (2016). The mental health benefits of employment: results of a systematic meta-review. *Australasian Psychiatry*, 24(4), 331–336. <https://doi.org/10.1177/1039856215618523>
- Mrazek, E.J. & Haggerty, R.J. (Red.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press.
- Muñoz, R.F., Beardslee, W.R. & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285–295. <https://doi.org/10.1037/a0027666>
- Mykletun, A. & Knudsen, A.K. (2009). *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser. En analyse basert på FD-trygd* (Rapport 2009: 4). Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/220561>
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A.A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., Aarø, L.E. & Prince, M. (2006). A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1412–1418. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1412>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (NASEM); Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Applying Lessons of Optimal Adolescent Health to Improve Behavioral Outcomes for Youth, Kahn, N.F. & Graham, R. (Red.). (2019). *Promoting Positive Adolescent Health Behaviors and Outcomes: Thriving in the 21st Century*. National Academies Press (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182004/>
- Nordmo, M., Kinge, J.M., Reme, B.-A., Flatø, M., Surén, P., Wörn, J., Magnus, P., Stoltenberg, C. & Torvik, F.A. (2022). The educational burden of disease: a cohort study. *Lancet Public Health*, 7(6), E549–E556. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00059-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00059-7)
- Norges forskningsråd. (2008/2015). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse*. [http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering\\_av\\_Opptappingsplanen\\_for\\_psykisk\\_helse/1219128517836](http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836)
- O'Reilly, M., Svirydzienka, N., Adams, S. & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Ormel, J. & Emmelkamp, P.M. G. (2023). More Treatment, but Not Less Anxiety and Mood Disorders: Why? Seven Hypotheses and Their Evaluation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 92(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000528544>
- Ormel, J., Petukhova, M., Chatterji, S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bromet, E.J., Burger, H., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Hwang, I., Karam, E., Kawakami, N., Lépine, J.P., Medina-Mora, M.E., Posada-Villa, J., Sampson, N., Scott, K., Ustün, T.B., ... Kessler, R.C. (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *British Journal of Psychiatry*, 192(5), 368–375. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.039107>
- Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T.B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272(22), 1741–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.272.22.1741>
- Pearce M, Garcia L, Abbas A, et al. Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(6):550–559. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.0609>
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S.I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppä, T., Härkänen, T., Koskinen, S. & Lönnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 64(1), 19–28. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.19>
- Pinto, T.M., Guirro, L.P., Rufino, M.C. & Coutinho, M.E. (2021). Resilience Programs for Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.754115>

- Polanczyk, G.V., Salum, G.A., Sugaya, L.S., Caye, A. & Rohde, L.A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Poppe, C. & Kempson, E. (2023). *Dyrtdid 4: Det er ikke over ennå. Husholdenes økonomiske trygghet i august 2023* (SIFO Rapport). <https://hdl.handle.net/11250/3091870>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917?ch=1>
- Regjeringen.no. (2020). Fag og læreplaner. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/grunnopplaring/artikler/innhold-vurdering-og-struktur/id2356931/>
- Riksrevisjonen (2024). Arbeidsretta bistand frå styresmakterne til unge utanfor arbeidslivet. Dokument 3:17 (2023-2024). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/ungeutenforarbeidslivet.pdf>
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A.A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51–58.
- Rose, G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford Medical Publications). Oxford University Press.
- Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K. & Newbury-Birch, D. (2022). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
- Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Solmi, M., Oliver, D., Catalan, A., Verdino, V., Di Maggio, L., Bonoldi, I., Radua, J., Baccaredda Boy, O., Provenzani, U., Ruzzi, F., Calorio, F., Nosari, G., Di Marco, B., Famularo, I., Montealegre, I., Signorini, L., Molteni, S., Filosi, E., ... Fusar-Poli, P. (2021). Universal and Selective Interventions to Prevent Poor Mental Health Outcomes in Young People: Systematic Review and Meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 29(3), 196–215. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000294>
- Schaefer, J.D., Caspi, A., Belsky, D.W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L.J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R. & Moffitt, T.E. (2017). Enduring mental health: Prevalence and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 212–224. <https://doi.org/10.1037/abn0000232>
- Singh, V., Kumar, A. & Gupta, S. (2022). Mental Health Prevention and Promotion – A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 898009. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.898009>
- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT): Tilleggsundersøkelse*. <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>
- Sivertsen, B., Knapstad, M., Petrie, K., O'Connor, R., Lønning, K.J. & Hysing, M. (2022). Changes in mental health problems and suicidal behaviour in students and their associations with COVID-19-related restrictions in Norway: A national repeated cross-sectional analysis. *BMJ Open*, 12(2), e057492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057492>
- Skog, O.J. (2001). Alcohol consumption and overall accident mortality in 14 European countries. *Addiction*, 96(Suppl. 1), 35–47. <https://doi.org/10.1080/09652140020021161>
- Sletten, P. (2020, 21. september). SSB vil på det sterkeste avvise at våre tall er «fake news». *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/OKE0pg/ssb-vil-paa-det-sterkeste-avvise-at-vaare-tall-er-fake-news>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2021). *Barnehager*. <https://www.ssb.no/en/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>
- Statistisk sentralbyrå (SSB). (2023). *Statistikkbanken*. <https://www.ssb.no/statbank>
- St.meld. nr. 16 (2006–2007). ... *ingen sto igjen. Tidlig intervensjon for livslang læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007/-id441395/>
- St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Stmeld-nr-20-2006-2007/-id449531/?ch=3>
- Stockings, E.A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y.Y., Erskine, H.E., Whiteford, H.A. & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11–26. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001725>
- St.prp. nr. 63 (1997–1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98/-id201915/>
- Taylor, R.D., Oberle, E., Durlak, J.A. & Weissberg, R.P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Thapar, A., Pine, D.S., Leckman, J.F., Scott, S., Snowling, M. & Taylor, E. (2015). *Rutter's child and adolescent psychiatry* (6. utg.). Wiley Blackwell.
- van Agteren, J., Iasiello, M., Lo, L., Bartholomaeus, J., Kopsaftis, Z., Carey, M. & Kyrios, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature Human Behaviour*, 5(5), 631–652. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01093-w>
- van der Molen, H.F., Nieuwenhuijsen, K., Frings-Dresen, M.H.W. & Groene, G. (2020). Work-related psychosocial risk factors for stress-related mental disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10(7), e034849. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034849>
- van der Noordt, M., Ijzelenberg, H., Droomers, M. & Proper, K.I. (2014). Health effects of employment: A systematic review of prospective studies. *Occupational & Environmental Medicine*, 71, 730–736. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101891>
- Vasileva, M., Graf, R.K., Reinelt, T., Petermann, U. & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372–381. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>

- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A.L., Newby, J.M. & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30–47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- Werner-Seidler, A., Spanos, S., Calear, A.L., Perry, Y., Torok, M., O’Dea, B., Christensen, H. & Newby, J.M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E. & Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695–705. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02514.x>
- Wilhelmsen, T., Røysamb, E., Lekhal, R., Brandlistuen, R.E., Alexandersen, N. & Wang, M.V. (2023). Children’s mental health: The role of multiple risks and child care quality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 86, 101546. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2023.101546>
- World Health Organization (WHO). (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2022a). *Mental Health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization (WHO). (2022b). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/item/9789240045989>
- World Health Organization (WHO). (2022c). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
- Zachrisson, H.D. & Dearing, E. (2015). Family income dynamics, early childhood education and care, and early child behavior problems in Norway. *Child Development*, 86(2), 425–440. <https://doi.org/10.1111/cdev.12306>
- Zachrisson, H.D., Rødje, K. & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, 6(34). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-34>

## ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 10 S. 678-687 DOI: <https://doi.org/10.52734/RCAI7291>

# Sakkyndige psykologers refleksjoner om Barnesakkyndig kommisjons kvalitetssikrende funksjon

Dag Ø. Nordanger<sup>1</sup>, Magne Mæhle<sup>2</sup>, Øivin Christiansen<sup>3</sup>,  
Tone Jørgensen<sup>2</sup>, Vibeke Samsonsens<sup>2</sup> og Hanne C. Braarud<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Helse Bergen HF,  
RVTS vest  
<sup>2</sup> Høgskulen på  
Vestlandet, Institutt for  
velferd og deltaking  
<sup>3</sup> NORCE Norwegian  
Research Centre AS,  
RKBU Vest

**KONTAKT** dago@  
helse-bergen.no

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**FAGFELLEVDERT**

## Sammendrag

Mange sårbare barns fremtid avhenger av kvaliteten på barnevernfaglige beslutninger, der rapporter fra barnesakkyndige psykologer ofte veier tungt. Før disse rapportene kan anvendes i beslutningsprosessene, kvalitetssikres de av Barnesakkyndig kommisjon (BSK). I den nåværende studien ble tolv barnesakkyndige psykologer intervjuet om sin opplevelse av BSKs kvalitetssikrende funksjon. Ut fra en kvalitativ tematisk analyse ble informantenes utsagn sortert under to hovedtemaer. Det ene omhandlet opplevelser av at BSK kan fremme kvalitet i sakkyndighetsarbeidet ved å ha «skjerpene støttefunksjon» som bidrar til en mer samlet og ensartet praksis. Under det andre hovedtemaet, «Hva slags kvalitet?», ble det fremmet betenknninger rundt BSKs manglende tilgang til rapportenes faktagrunnlag, og stilt spørsmål ved kommisjonens mulighet til å vurdere faglig eller substansiell kvalitet på en god nok måte. Informantene foreslo alternative tilnærminger til kvalitetssikring, som tilbakemeldingssløyer mellom BSK og de sakkyndige og at kommisjonen heller «loddet i dybden» på et mindre utvalg rapporter. Funnene blir drøftet i lys av den bredere diskusjonen rundt kvalitetsindikatorer for barnevernfaglig arbeid.

*Nøkkelord:* barnesakkyndig, utredning, barnevern, kvalitetssikring, barnesakkyndig kommisjon

Konsekvensene av å vokse opp under sviktende omsorg er identifisert som en av våre største folkehelseutfordringer. Barn med omsorgserfaringer av vold og overgrep er overrepresentert innen psykisk helsevern, rus- og kriminalomsorg (Felitti et al., 1998; Aakvaag & Strøm, 2019). Offentlige rapporter slår fast at mange av disse barna fremdeles sviktes på grunn av manglende kvalitet i barnevernfaglige beslutningsprosesser (NOU 2017: 12; NOU 2023: 7). I disse prosessene, særlig knyttet til de mest krevende sakene, spiller barnesakkyndige psykologer en viktig rolle. Når det er usikkerhet om hvorvidt omsorgssituasjonen til et barn er god nok, kan barnevernstjenesten (BVT), barneverns- og helsenemnda (tidligere fylkesnemnda), tingretten, høyesterett og private parter engasjere barnesakkyndige til å gjøre en uavhengig faglig undersøkelse og vurdering. Vurderingen presenteres i en barnesakkyndig rapport, som ofte tillegges stor vekt når beslutningene skal tas (Agenda Kaupang, 2015). Før rapporten kan inngå i beslutningsprosessen, må den imidlertid kvalitetssikres av Barnesakkyndig kommisjon (BSK). I denne kvalitative studien utforsker vi barnesakkyndige psykologers opplevelse av BSKs kvalitetssikrende funksjon.

Behovet for kvalitet i vurderingsgrunnlaget for beslutninger i barnevernssaker står høyt på den politiske dagsordenen og har blitt aktualisert av dommene mot Norge i Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [Bufdir], 2023). BSK ble opprettet i 2010 etter forslag fra Øvreeide-utvalget (NOU 2006: 9), og har som hovedoppgave å kvalitetssikre de barnesakkyndige rapportene. Kommisjonen består av en leder og 13 medlemmer som oppnevnes av Barne- og familiedepartementet for inntil fire år (Sivilrettsforvaltningen, 2024a). Hver rapport vurderes av to kommisjonsmedlemmer, som først gjør en selvstendig vurdering, før de kommer sammen og enes om en felles konklusjon. Kommisjonens vurderinger faller vanligvis i én av kategoriene 'Ingen vesentlige bemerkninger', 'Formelle bemerkninger' (struktur, sideantall og lignende), 'Bemerkninger' (faglig innhold) eller 'Alvorlige mangler'. Kommisjonen kan også anbefale at oppdragsgiver innhenter en tilleggsrapport.

BSK har ikke tilgang til andre dokumenter i saken og anser det ikke som sin oppgave å godkjenne rapportene som sådan, men å vurdere kvaliteten (Sivilrettsforvaltningen, 2024a). Kommisjonen oppgir at kvaliteten vurderes med hensyn til om:

- rapporten er utarbeidet i samsvar med forskriften om krav til helsepersonells attester, erklæringer, og lignende.
- mandatet er besvart

- det er en sammenheng mellom presenterte premiser og den sakkyndiges vurderinger
- relevant fagkunnskap er benyttet i gjennomføringen av arbeidet og vurderingene
- metoder er beskrevet og brukt tilfredsstillende
- fagetiske retningslinjer er fulgt
- rapporten er klar og lett forståelig for leseren
- veiledningen for sakkyndig arbeid er fulgt så langt det er mulig og hensiktsmessig for saken

Retningslinjene for sakkyndigarbeid utgitt av Bufdir (2022) angir en struktur for rapportene og visse temaer som bør belyses. Det gis noen konkrete oppfordringer, som å gjennomføre samtaler med barna selv og å innta en kultursensitiv forståelsesramme for utredningsarbeidet. Retningslinjene fraråder også bruk av verktøy som er ment for diagnostikk. Utover noen slike overordnede føringer er den metodiske tilnærmingen for undersøkelsene i stor grad opp til den sakkyndige.

I 2023 vurderte BSK 559 sakkyndigrapporter etter barnevernloven (Sivilrettsforvaltningen, 2024b). Dette er en gradvis nedgang siden 2013 da kommisjonen vurderte 985 rapporter. Nedgangen kan skyldes økt intern kompetanse i barnevernet (NOU 2023: 7). Det har også skjedd en endring i den relative fordelingen mellom oppdragsgivere, med gradvis færre bestillinger fra BVT. I 2023 ble 40 % av rapportene bestilt av BVT, 21 % av barneverns- og helsenemnder, 33 % av tingretter og 6 % av lagmannsretter. De tilsvarende prosentandelene i 2013 var respektive 64, 6, 28 og 1.

BSK konkluderer sjelden at rapportene har 'Betydelige mangler'. I 2023 gjaldt dette 0,2 % av rapportene (én rapport), og ingen ble anbefalt å tilføye en tilleggsrapport. BSK hadde 'Ingen bemerkninger' til 64 %, 'Formelle bemerkninger' til 6 % og 'Bemerkninger' til 36 % av rapportene (Sivilrettsforvaltningen, 2024b).

En evaluering gjennomført av Agenda Kaupang (2015; se også Augusti et al., 2017), konkluderer at BSK kjennetegnes av gode og etterprøvbare kvalitetsprosesser, og at kommisjonen trolig har løftet rettssikkerheten på sakkyndigområdet. Det vises blant annet til at «BSK har tjent som en god instans for å luke ut rapporter av spesielt dårlig kvalitet» (Agenda Kaupang, 2015, s. 34). Evalueringen indikerer også at BSKs bemerkninger blir tatt på alvor og fulgt opp i de videre beslutningsprosessene, og at etableringen av kommisjonen har økt tilliten til de sakkyndige vurderingene. Samtidig uttrykkes det usikkerhet rundt om BSK har bidratt til å heve kvaliteten på utredningene eller rapportene i seg selv: «Dette er et empirisk spørsmål som er vanskelig å besvare uten at det gjennomføres svært omfattende analyser, og selv etter slike analyser vil

det være vanskelig å konkludere med i hvor stor grad eventuelle kvalitetsendringer kan tilskrives BSKs tilbakemeldinger» (Agenda Kaupang, 2015, s. 34).

I slike analyser kunne man nok også støtt på utfordringer knyttet til hvordan faglig kvalitet i undersøkelser skal måles. Det fins et godt tilfang av faglitteratur og anbefalinger som viser vei for en praksis av høy faglig kvalitet (f.eks. Christiansen & Kojan, 2023; Kvello, 2015; Van der Weele & Karlsen, 2022; Vis et al., 2020; Aadnesen & Hærem, 2014). Det kan likevel være krevende å finne allmenne kriterier for om god faglighet faktisk utøves som kan brukes i målstyring av kvalitetsforbedrende tiltak. Overordnede kvalitetskriterier for styring og tilsyn med tjenestene retter seg gjerne mest mot struktur og prosessmål (Donabedian, 1980), som saksgang, medvirkning og ressursutnyttelse (se f.eks. Helsetilsynet, 2020; Prop. 73 L (2016–2017)). Flere etterlyser bedre resultatindikatorer, altså kvalitetsmål som mer direkte fanger opp om arbeidet fører til det man ønsker for brukerne (Kalstad, 2023; Kornør, 2012).

Hva angår barnesakkyndiges arbeid har forslag til kvalitetsforbedringer dels omhandlet utredningene i seg selv, hvor blant andre Barnevernsutvalget foreslår en større grad av normering og standardisering av hva som bør inngå i vurderingsgrunnlaget (NOU 2023:7). Andre forslag adresserer BSKs arbeidsform og mandat. Ifølge Agenda Kaupang (2015) kunne sakkyndiges læring og praksisutvikling blitt fremmet ytterligere hvis BSK fikk et mer utadrettet og veiledende mandat. Et frittstående nettverk for kvalitet i barnevernet går lenger og foreslår at BSK bør erstattes med et veilednings-system for sakkyndige psykologer (Helmikstøl, 2017).

### Fokus og forskningsspørsmål

Fokus og problemstilling for den aktuelle studien er: *Hvilke erfaringer og betraktninger har barnesakkyndige psykologer rundt BSKs kvalitetssikrende funksjon?* Studien inngår i det større forskningsprosjektet «Expert reports» (Høgskulen på Vestlandet [HVL], 2023), finansiert av Norges forskningsråd. Som del av prosjektet ble tolv barnesakkyndige psykologer intervjuet om sin praksis, rolleforståelse og opplevelse av arbeidet. En del av intervjuet omhandlet deres erfaringer med og opplevelse av BSK sin rolle og funksjon. Studien vi her presenterer er en kvalitativ tematisk analyse av denne delen av intervjumaterialet.

### Metode

#### Rekruttering og utvalg

Utvalget besto av tolv barnesakkyndige psykologer med erfaring fra oppdrag for barnevernstjenesten. Disse ble strategisk rekruttert ut fra et ønske om infor-

manter med mye erfaring fra slikt arbeid. Et inklusjonskriterium var at de skulle ha levert en rapport til barnesakkyndig kommisjon i løpet av de siste to årene. Vi etterstrebet også en geografisk spredning over de ulike barneverns- og helsenemndsembetene. Elleve av informantene ble rekruttert fra Norsk psykologforening (NPF) sin liste over godkjente sakkyndige psykologer (NPF, 2023). Én informant ble rekruttert gjennom anbefaling og kontakteablering fra en av de øvrige informantene. Informantene ble kontaktet per e-post, og rekrutteringen foregikk fra februar til mai i 2021.

Som det går frem av tabell 1, hadde ti av informantene vært engasjert i sakkyndighetsarbeid i mer enn 20 år. Ni hadde gjennomført NPF sitt utdanningsløp i sakkyndigarbeid. Fem av informantene jobbet som sakkyndige på fulltid, fem i rundt 50 % stilling og to i 20–25 % stilling. Flertallet hadde erfaring med å være oppnevnt av både barnevernstjenesten og av retten.

#### Gjennomføring av intervjuer

Datainnsamlingen foregikk under koronapandemien, og alle intervjuene ble derfor gjennomført over Zoom. Varigheten var i gjennomsnitt på rundt to timer, med en variasjon fra minimum 1,45 time til maksimum 2,15 time. Ti intervjuer ble foretatt av ØC og TJ sammen, to av TJ alene. Alle informantene ble intervjuet én gang. Det ble gjort lydopptak av intervjuene ved hjelp av opptaksfunksjonen i Zoom. Alle intervjuene ble transkribert ord for ord. Elleve ble transkribert av byrået Totaltekst, og ett av en privataktør som tar slike oppdrag.

#### Trinn i dataanalysene

Først gikk DØN gjennom hele intervjumaterialet og skilte ut de delene av teksten som berørte informantenes forhold til BSK. Disse ble samlet i et eget dokument, som ble behandlet i seks trinn i samsvar med Braun og Clarkes (2006, 2021) prinsipper for refleksiv tematisk analyse. Første trinn er selve transkriberingen. I andre trinn leste DØN gjennom transkripsjonene og lagde en kodeliste. Listen besto av utsagn og aspekter i de enkelte intervjuene som opplevdes sentrale og meningsbærende. I tredje trinn gikk DØN og MM gjennom kodelisten i fellesskap og drøftet hvordan de kunne sortere under alternative hoved- og undertemaer. I fjerde trinn ble DØN og MM sine forslag til hoved- og undertemaer forelagt hele forfattergruppen for en kritisk gjennomgang. Her drøftet vi temainndelingen og temaenes samsvar med kodene, og gjorde flere revisjoner. I femte trinn, basert på innspill fra hele forfattergruppen, utviklet DØN og MM representative titler for de ulike hoved- og undertemaene. I sjette trinn utformet DØN et utkast til en resul-

Tabell 1

Nøkkelopplysninger om informantene i studien

ID	År (ca.) med erfaring som sakkyndig	Videreutdanning i sakkyndigarbeid	Prosentandel (ca.) av stilling brukt til sakkyndigarbeid
1	30	Nei	30–40
2	20	Ja	100
3	20	Ja	20
4	8	Ja	50
5	20	Ja	50
6	35	Nei	100
7	40	Ja	40
8	47	Nei	100
9	31	Ikke kjent	100
10	19	Ja	20–25
11	23	Ja	50
12	2	Ja	100

tatrapport, med oppsummeringer av kjennetegn ved hvert enkelt hoved- og undertema og forslag til illustrerende sitater. Resultatrapporten ble videreforedlet av forfattergruppen i fellesskap.

### Refleksivitet

Det refleksive ved prosessen innebar en anerkjennelse av og bevissthet rundt hvordan våre egne for forståelser, antagelser og verdier uvegerlig vil påvirke en slik analyse (Braun & Clarke, 2019, 2023). Slike forhold påvirkes igjen av våre respektive fagbakgrunner, erfaringer og teoretiske preferanser. Forfattergruppen besto av barnevernspedagog, sosionom, antropolog og tre psykologer. Under arbeidet satt vi fysisk sammen to hele dager, i tillegg til digitale møter og kontakt. Vi utnyttet flerfagligheten ved å aktivt utfordre hverandre med hensyn til alternative tolkninger og benevnelser av temaer. Med det identifiserte vi eksempler på hvordan tilhørighet til ulike faggrupper og -miljøer kunne lede oss mot ulike fokus. Den refleksive prosessen førte med seg flere revisjoner av både inndeling og benevnelser av temaer. Slik vi ser det, styrket dette funnenes troverdighet og overførbarhet (Malterud, 2002).

### Etikk og personvern

Deltakelse i studien var samtykkebasert. Informantene fikk tilsendt et samtykkeskriv for signering sammen med et informasjonsskriv om formålet med studien, hvordan data ville bli behandlet, og hva det ville innebære å delta (inkludert deres rett til når som helst å trekke seg). Ved kontaktetablering ble det gitt utfyllende muntlig informasjon. Datamateriale og per-

sonopplysninger ble sikret gjennom flerfaktor-autorisasjonstilgang på HVL sin forskningsserver. Navn og kontaktopplysninger ble erstattet av koder som ble lagret adskilt fra øvrige data. Medforfattere som ikke var involvert i gjennomføringen av intervjuene, behandlet kun anonymiserte data. Studien ble forelagt Sikt (ref. nr. 82129) og gjennomført i samsvar med personvernregelverket.

### Resultater

Basert på de analytiske trinnene presentert over, ble informantenes refleksjoner rundt BSKs kvalitetssikrende funksjon sortert under to hovedtemaer. 1) «Skjerpene støttefunksjon» omhandler beskrivelser av hvordan BSKs vurderinger og rammeverk kan heve rapportkvaliteten. 2) «Hva slags kvalitet?» omhandler informantenes spørsmål rundt og problematisering av hvilken type kvalitet BSK har mulighet for å sikre. Undertemaer under de respektive hovedtemaene fremgår av tabell 2 og utdypes i den videre teksten.

### Skjerpene støttefunksjon

De fleste informantene uttrykte at BSK, gjennom føringer for og vurdering av rapportene, kan heve kvaliteten på sakkyndigarbeidet gjennom å ha en skjerpene støttefunksjon.

### Støttende og samlende rammer

Flere informanter beskrev en opplevelse av at BSK bidrar med rammer og en struktur som er en støtte i arbeidet. Informant 12 (heretter I-12) var klar på at «(...) rammene for rapporten – og hjelp fra Barnesak-

Tabell 2

Hoved- og undertemaer etter refleksive tematiske analyser

Hovedtema	Undertema
Skjerpene støttefunksjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Støttende og samlende rammer</li> <li>• Påminner og korrektiv</li> <li>• «Bli kikket i kortene»</li> <li>• Ryggdekning og legitimitet</li> </ul>
Hva slags kvalitet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Alt går gjennom»</li> <li>• Formalia versus substans</li> <li>• «Å skrive for BSK»</li> <li>• «Lodde i dybden»</li> </ul>

kyndig kommisjon på innhold, rammer og utforming – er noe jeg støtter meg på». Én påpekte omfanget i en del av sakene, og hvor tidkrevende det kan være å tolke mandater og avgjøre hvordan oppgaven best skal løses. Hen opplevde i den forbindelse at BSK fungerer som en «(...) hjelp (...) til å finne ut hvordan vi skal jobbe» (I-4).

Flere var opptatt av at BSKs rammer og struktur hever kvaliteten på arbeidet ved å bidra til en mer samlet og ensartet praksis. Én viste til at sakkyndige ellers ofte jobber adskilt:

«Det strammer opp litt, for det er jo fri flyt her i Norge. Vi holder på hver for oss. Så det er godt at det er noe som samler litt.» (I-5)

I-7, som hadde lang erfaring fra sakkyndigarbeid, understreket det samlende ved BSKs rammer og føringer ved å sammenligne dagens situasjon med slik det var før opprettelsen av BSK: «(...) det var veldig mye blandet drops når det gjaldt sakkyndighetsarbeid for 25 år siden. Og derfor var jeg veldig sterkt i favør av opprettelsen av den sakkyndige kommisjonen.» Som et annet aspekt ved BSKs samlende og støttende funksjon fremhevet I-1 at «(...) det er også et system for de som er nye».

#### **Påminner og korrektiv**

Flere informanter viste til egne erfaringer av at BSK bidrar til kvalitet ved å fungere som en påminner for ting som burde vært vurdert eller mer omtalt i rapporter. I-1 illustrerte dette med en rapport hvor hen ble bedt om å skrive mer om hvordan det flerkulturelle ble tatt hensyn til:

«Og dette her med hvis du har flerkulturelle, at du bare må skrive at du har tatt hensyn til det, og at du kanskje sier litt om hvordan du har gjort det. Jeg tenker at jeg

tar ikke (...) sånt negativt, jeg tenker at det kan også være en påminnelse.»

I-12 viste til en rapport hen hadde blitt bedt om å ferdigstille under stort tidspress, og hvor hen derfor forventet at det ville komme kommentarer: «Men da så de kanskje litt andre ting enn det jeg mente var mest åpenbart. Jeg tenker at de har en god funksjon som kontrollinstans.»

Innspillene og kommentarene fra BSK ble av flere omtalt som å være «fornuftige» (I-7), «relevante», og at; «Det er veldig sjelden de påpeker ting jeg er uenig i eller ikke godt tenker at kan utdypes» (I-9).

I-12 uttrykte at «(...) jeg har lært av det». Bakgrunnen var en sak hvor kommentarene fra BSK gjorde hen oppmerksom på at hen i for stor grad hadde forholdt seg til situasjonen i en familie her og nå, og i for liten grad hadde tatt med i vurderingen kunnskap om en forelders omsorg for tidligere barn. Dette fremmet kvaliteten i hens bidrag i den videre saksgangen: «Da jeg fikk kommentaren på det, fikk jeg mulighet til å innhente det i forkant av behandlingen i fylkesnemnda.»

#### **«Bli kikket i kortene»**

Flere av informantene trakk frem det kvalitetsfremmende ved «å bli kikket i kortene» – det at noen utenforstående skal lese og vurdere arbeidet deres. I-1 relaterte dette blant annet til den ensomme posisjonen det kan være å jobbe som sakkyndig:

«Nei, jeg må si det at jeg synes det er veldig bra, for du står så alene her. Det her er så viktig og krevende arbeid så jeg tenker at det er greit at det er flere (...). Så det at noen kikker en i kortene, få tilbakemeldinger, det må vi tåle. Og jeg synes det er veldig greit at vi har sånne system. Det er en positiv utvikling. Dette her er krevende arbeid, vi kan alltid bli bedre. Du ser



nye ting dukker opp, nye måter å se ting på, jeg har jo sett utviklingene.»

Flere formidlet at de opplevde det at BSK skal vurdere rapportene, som skjerpende og disiplinierende. En sa at «Jeg skjerpet meg i hvert fall på å være mer tydelig på hvorfor jeg mener som jeg gjør» (I-8), og en annen at «Jeg opplever at det er disiplinierende overfor meg selv» (I-9).

I-11 var tydelig på at å bli kikket i kortene – å bli evaluert av BSK – motiverte hen til å levere et arbeid av høyest mulig kvalitet. Hen sammenlignet det med å være oppe til eksamen:

«Jo, jeg tenker på at jeg må skrive slik at jeg ikke får bemerkninger, og at jeg leverer et arbeid som er av god kvalitet (...). Men det å vente på vurdering fra Barnesakkyndig kommisjon og sjekke postkassen og åpne med en gang og se, det er fortsatt som å ha vært oppe til eksamen og vente på sensur. Det er akkurat slik det føles, selv etter mange år i gamet.»

### **Ryddekning og legitimitet**

Dette undertemaet handler om hvordan BSK kan ha en støttende funksjon også i den videre saksgangen, for eksempel når saken skal opp i barneverns- og helsenemnda, eller hvis arbeidet deres blir klaget på. Det at rapporter som legges frem, er vurdert av BSK, opplevde I-2 å bidra til større grad av tillit til arbeidet utad:

«Det er nok noe som har falt litt mer til ro etter at Barnesakkyndig kommisjon kom opp og stå også, for nå kan du vise til et papir der det står ingen bemerkninger, eller at det og det og det ble påpekt som svakheter i rapporten, (...) så det var nok noen som hadde faglig skepsis som er mindre skeptiske nå, og som har falt mer til ro nå med sånn som ting er, det tror jeg.»

I-8 viste til en erfaring av å ha blitt innklaget av en klient. Hen uttrykte en opplevelse av at den autoritet BSK bidrar til gjennom sine føringer og vurderinger, kan gi en trygghet og ryddekning i slike situasjoner: «Og det var jo nettopp da at jeg så det at jeg hadde vært så grundig i min dokumentasjon, som gjorde at hun ikke fikk medhold, for å si det sånn.»

### **Hva slags kvalitet?**

Det andre hovedtemaet som gikk igjen i informantere beskrivelser, gjaldt spørsmål rundt og problematisering av hvilken type kvalitet BSK har mulighet for å sikre. Uavhengig av om informantene også fremhevet kvalitetsfremmende sider ved BSKs rolle, viste flere til utfordringer knyttet til BSKs begrensede muligheter

for å vurdere rapportenes innhold og faglige grunnlag. Disse utsagnene var oftest relatert til egne erfaringer, men reflekterte også i noen grad deres synspunkter i den offentlige diskusjonen rundt BSKs rolle og funksjon.

### **«Alt går gjennom»**

Som en indikasjon på at det faglige innholdet ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret, løftet flere frem det lave antallet rapporter som blir vurdert å ha betydelige mangler av BSK. I-2 uttrykte det slik:

«(...) hvis man ser på statistikken til Barnesakkyndig kommisjon om alle de rapportene de har fått inn, og hvor mange rapporter som har fått så mange anmerkninger at de ikke har kunnet brukes som fagrapporter, så er det et skremmende lite antall som er helt ubrukelige, det er et par i året. De fleste rapporter går jo gjennom uten bemerkninger.»

Bekymring for at rapporter for lett slipper gjennom uten bemerkninger, ble gjerne relatert til egne erfaringer med rapporter skrevet av andre. I-8 viste til erfaring med saker hvor advokater til ulike parter hadde skrevet til BSK og uttrykt at det var «uforståelig at Barnesakkyndig kommisjon har godkjent rapportene». Hen sa:

«Jeg har jo vært til stede selv hvor det var en annen sakkyndig som hadde gjort en forferdelig dårlig jobb (...), det var overraskende at Barnesakkyndig kommisjon ikke reagerte på den rapporten.»

Med henvisning til hvor få rapporter som blir vurdert å ha betydelige mangler, formidlet I-3 at: «De må jo ta ut det som er helt rævva. Men ut over det tror jeg det er en ordning som i veldig liten grad differensierer kvalitet.»

### **Formalia versus substans**

Når BSKs kvalitetssikrende funksjon ble problematisert, var det gjerne knyttet til en opplevelse av at BSK vurderer formalia og «ytre» kjennetegn ved rapportene fremfor deres egentlige faglige kvalitet. I-4 sa at: «(...) det er jo en kvalitetssikring, men jeg lurar på om det av og til ikke er nok. For de har ikke muligheten til å etterprøve noe av det vi har av grunnlag.» I-7 uttrykte det slik:

«De ser på: Har man gått frem og bevart sin rolle, og gjort metodiske riktige valg og sånne ting, det er det de er på jakt etter, virker det som. Selve konklusjonen i den faglige biten blir sekundær, har jeg inntrykk av.»

Flere formidlet også et inntrykk av at BSKs mest substansielle vurdering avgrenses til hvorvidt den sakkyndige har svart på mandatet eller ikke. I-6 formulerte det slik:

«Og jeg har lest rapporter som jeg synes virkelig er (...) dårlige, som går igjennom der bare fordi at vedkommende har svart på mandatet sitt. (...) Jeg tror at nøkkelen til å ikke få noen kommentarer fra Barnesakkyndig kommisjon er at du har svart på det mandatet du har fått.»

Knyttet til refleksjoner rundt hvorvidt BSK utgjør en reell kvalitetssikring, viste noen informanter til egne erfaringer med å kun ha fått kommentarer om formalia, som «Den tilbakemeldingen jeg som oftest får fra BSK, er at min rapport er for lang» (I-3). I-7 formidlet også at kommentarene oftest gjaldt rapportenes lengde, og uttrykte mot den bakgrunn en opplevelse av at BSK «over tid har blitt litt vel skjematisk».

I-10 uttrykte bekymring for at det kan gi et falskt inntrykk av god kvalitet når BSK vurderer rapporter på grunnlag av formalia. Hen fremhevet at dette i verste fall kan utgjøre en rettssikkerhetstrussel:

«Det store problemet med de rapportene som blir godkjent, er at BSK ikke vet hvilket informasjonsgrunnlag sakkyndig ikke har forholdt seg til. De kan ta for gitt at denne rapporten isolert sett har laget et snitt av verden. (...) Og så blir det da dessverre sånn, tror jeg, at forvaltningen og rettssystemet tillegger da den rapporten større vekt, at de blir for lite kritiske til den sakkyndige rapporten fordi den er godkjent.»

#### «Å skrive for BSK»

Mens noen fremhevet det positive ved å bli kikket i kortene, opplevde andre (I-1) at «(...) å skrive slik at det passer inn i det systemet der» kunne gå på bekostning av den egentlige kvaliteten i arbeidet. I-10 sa: «Jeg blir mer opptatt av det formelle, formalia, og litt mer opptatt av å dekke inn.» Også I-9 opplevde at behovet for å tilfredsstille BSK kunne trekke oppmerksomheten bort fra det faglige innholdet:

«Det er mulig at det er noe greier hos meg som gjør at jeg blir mer opphengt i det, men jeg hører fra andre kollegaer at de blir opptatt av det. Selv om jeg kan fortelle meg selv at BSK ikke er så viktig, så blir det en slags målsetting å ikke få merknader. Det er veldig dumt. Det er litt som at du vil ha A på eksamen.»

Merarbeid knyttet til å skrive ting som ikke trengtes for å opplyse saken, men som kun handlet om

BSKs behov, ble også tematisert. I-2 redegjorde for tidsbruk knyttet til å gjenta informasjon som er kjent for oppdragsgiver, ut fra et krav om at den sakkyndige rapporten skal være et selvstendig dokument. Hen utdypet:

«Jeg synes det er litt tulle, og det medfører ganske mye mer arbeid for oss sakkyndige. Og det medfører mer utgifter for våre oppdragsgivere at vi må gjøre det sånn, men det er bare egentlig Barnesakkyndig kommisjon som har behovet.»

Noen uttrykte at det å skulle imøtekomme BSKs formelle krav til rapportene kan stå i direkte motsetning til det de anser som god kvalitet. Dette gjaldt blant annet BSKs ønske om kortere rapporter. I-7 hadde fått mange påpekninger fra BSK om at rapportene var for lange, men mente at å skrive langt kunne være viktig fordi «(...) de det gjelder, familiene, skal kunne kjenne igjen situasjonene, og at andre lesere av dette – barnevernsfolk eller f.eks. fylkesnemnda, skal kunne skjønne (...) mest mulig av selve situasjonen som beskrives».

I-8 hadde tilsvarende erfaringer med kritiske kommentarer til lengden på rapportene. Hen argumenterte for hvordan lengde kan fremme kvalitet i den videre saksgangen:

«Så det har skjedd flere ganger at advokater under rettsmøter har kommet bort og sagt: 'Vi ser at Barnesakkyndig kommisjon har [kritisert deg] for lange rapporter, og for at du burde summert opp fra side sånn til side sånn.' Men så har de stått og sitert hva det egentlig er jeg har skrevet, nettopp for å dokumentere på et ordentlig vis at her ligger det noen grunn til bekymring.»

#### «Lodde i dybden»

Flere av informantene formidlet tanker om hvordan man i større grad enn i dag kan få til en vurdering av rapportenes faglige substans. I-6 refererte til dette i termer av et ønske om at BSK kunne «(...) loddet litt dybden i begrunnelsene våre». Hen begrunnet det med at en slik arbeidsform ville være mer i overensstemmelse med det store arbeidet en rapport utgjør, og all tiden som brukes på begrunnelsene. Motivert av det samme ønsket om en mer dyptgående faglig vurdering av rapportene foreslo flere informanter mer dialog eller tilbakemeldingssløyer mellom BSK og sakkyndige. I-11 mente at dersom slik dialog ble opprettet for kun et utvalg av rapportene, ville det samlet sett kunne frigjøre ressurser og styrke kvaliteten:

«(...) la oss si at den nederste femti prosenten, hvis man der kunne sagt at denne rapporten er god nok, men kanskje du burde jobbe litt mer med hvordan du bygger relasjon til de du skal utrede. For eksempel. Tydeliggjøre rollen din. Og hvilke faglige temaer du drøfter i rapporten. Det kunne vært tre hovedfokus som man kunne hatt i en sånn tilbakemeldingsloop.»

I-10 fremmet et tilsvarende synspunkt på at man burde vurdere enkelte rapporter grundig fremfor å vurdere alle basert på formalia. Hens forslag var imidlertid å la vurderingen være basert på forespørsel, noe hen mente potensielt kunne frigjøre ressurser for flere millioner kroner:

«Antakeligvis ville det vært bedre å ha en ordning hvor oppdragsgiver kunne få en rapport og si: 'Vet du hva, denne her skjønner vi ikke helt. Kan dere kontrollere den?' (...) bruke litt sånn 'on demand'.»

## Diskusjon

Studien utforsket barnesakkyndige psykologers erfaringer og betraktninger rundt BSKs kvalitetssikrende funksjon. Oppsummert formidlet informantene på den ene siden opplevelser av at BSK kan fremme kvalitet i sakkyndighetsarbeidet ved å ha «skjerpene støttefunksjon». Flere erfarte at BSKs rammer og føringer kan bidra til en mer samlet og ensartet praksis, og at BSKs vurderinger kan fungere som en påminner og et nyttig korrektiv slik at viktige aspekter i vurderingsgrunnlaget blir belyst og ikke uteglemt. Informantene reflekterte også rundt at BSKs eksistens kan bidra med trygghet gjennom å gi arbeidet legitimitet utad.

På den andre siden var mange av informantenes utsagn knyttet til temaet «Hva slags kvalitet?». Flere påpekte at få rapporter blir vurdert å ha betydelige mangler. De problematiserte også at BSKs kvalitetskriterier i for stor grad rettes mot rapportenes ytre kjenetegn fremfor den substansielle kvaliteten. Noen formidlet også en opplevelse av at det å skulle tilfredsstille BSKs formalkrav kunne gå på bekostning av hva de anså som faglig kvalitet i arbeidet.

Visse aspekter ved funnene samsvarer med Agenda Kaupangs (2015) inntrykk av at BSK kan ha løftet rettsikkerheten på sakkyndigområdet. Våre informanter koplet den kvalitetsfremmende funksjonen mest til de disiplinerte og strukturerte rammene BSK skaper, samt kommisjonens mulighet for å identifisere særlig svake rapporter. Også i tråd med Agenda Kaupangs rapport, formidlet flere en opplevelse av at BSKs eksistens og funksjon kan øke samarbeidspart-

neres og beslutningstageres tillit til de barnesakkyndige vurderingene.

Data fra en annen delstudie i prosjektet Expert reports indikerer imidlertid at en slik tillit ikke kan tas for gitt (Greve, Chistiansen et al., 2023). I studien stilte flere saksbehandlere fra barnevernstjenestene seg kritiske til kvaliteten i rapporter de hadde bestilt. De opplevde også at retten tilla rapporter av dårlig kvalitet uforholdsmessig stor vekt. Funnet samsvarer med bekymringen noen av våre informanter uttrykte om at BSK ikke kjenner rapportenes vurderingsgrunnlag og at deres vurdering dermed kan gi en falsk trygghet. Tilsvarende betenknninger er fremmet av blant andre sakkyndig psykolog Asmervik (2015) og psykologspesialist Rudi (2018). De hevder begge å kjenne til alvorlig svikt i forholdet mellom faktagrunnlag og konklusjon i rapporter som *ikke* fikk bemerkninger fra BSK. Sistnevnte påpeker i samsvar med flere av våre informanter at BSK «(...) går gjennom formen og mandatet på sakkyndige rapporter, men har ikke anledning til å kvalitetssikre at innhentet informasjon, innhold og konklusjoner er gyldige opp mot informantens faktisk gitte opplysninger» (Rudi, 2018, s. 1). Også Agenda Kaupang adresserer forholdet mellom formelle og substansielle kvalitetskriterier. De mener å se en utvikling over tid hvor BSK «(...) i økende grad har bemerket de delene av sakkyndigrapporten som omhandler stilistiske feil og mangler generelt, samt sakens bakgrunn og aktuell situasjon» (Agenda Kaupang, 2015, s. 25).

Intervjumaterialet vårt kan synes å fange opp et mulig misforhold mellom hvordan BSKs kvalitetssikrende funksjon omtales, og slik BSK selv definerer og rammer inn sitt mandat. BSK har ikke mandat til å stoppe en rapport fra å anvendes i den videre beslutningsprosessen, og er selv tydelige på at de ikke godkjenner eller underkjenner rapporter (Sivilrettsforvaltningen, 2024a). Likevel hender det som vi har sett, at kommisjonens rolle omtales som om de «godkjenner» eller «tar ut» rapporter. Siden dette er informanter som er informert om BSKs funksjon, må nok slike uttrykk forstås som talemåter for den kategoriseringen av rapporter kommisjonen faktisk gjør. Samtidig kan det tenkes at slike talemåter ligger nær fordi de representerer den mer intuitive idéen om hva en kvalitetssikrende funksjon bør innebære. Det må her bemerkes at også Agenda Kaupang omtaler kommisjonens funksjon i termer av å «luke ut» rapporter (Agenda Kaupang, 2015).

BSK selv er tydelige på at de ikke har tilgang på øvrige saksdokumenter (Sivilrettsforvaltningen, 2024a). Instansen kan følgelig ikke etterprøve om det er hold i den sakkyndiges vurderinger. BSK er hen-

vist til å vurdere rapportene isolert sett, som da fort avgrenser seg til å gjelde rapportenes struktur, indre logikk og om sentrale temaer er med eller ikke. I henhold til en inndeling av kvalitetsindikatorer i struktur-, prosess- eller resultatmål (Rygh & Mørland, 2023) kan det hevdes at BSKs kvalitetsvurderingsmulighet begrenses til mål på struktur- eller prosessnivå. En slik begrensning er imidlertid en allmenn utfordring innen barnevernfaglig arbeid og ikke noe BSK er alene om (Helsetilsynet, 2020; Regjeringen, 2016). Også barneverns- og helsenemndene meddeler at fokuset tradisjonelt har ligget på målbare kvalitetsindikatorer som saksbehandlingstid og om barnet er hørt eller ikke (NOU 2023: 7). En scoping review viser at man også internasjonalt strever med å finne gode kvalitetsmål for barnevernfaglige ekspertvurderinger (Greve, Jørgensen et al., 2023). Utfordringen er også velkjent innen psykisk helsevern, hvor kvalitetskriterier (som epikrisetid) har blitt kritisert for å være valgt fordi de kan telles, ikke fordi de representerer reell kvalitet (Halvorsen, 2021). Det gjennomgående er altså at *resultatene* fra prosessene ikke måles og rapporteres.

Informantene kommer selv med innspill til hvordan BSKs funksjon kan utvikles til å innbefatte en mer faglig eller substansiell kvalitetssikring. Et forslag var at BSK i stedet for å vurdere alle rapporter «lodder i dybden» på et selektert utvalg. Dette sammenfaller med Barnevernsutvalgets anbefaling om å styrke BSKs kontroll gjennom «stikkprøver» av et utvalg rapporter (NOU 2023: 7). Barnevernsutvalget legger her til grunn at BSK da skal kunne innhente informasjon fra oppdragsgiver, familien eller fra den sakkyndige selv. Dette ville altså vært et bredere vurderingsgrunnlag enn hva kommisjonen per i dag har tilgang til. Informantenes forslag om mer dialog mellom BSK og den sakkyndige samsvarer på sin side med Agenda Kaupangs (2015) anbefaling om en mer utadrettet og veiledende praksis fra BSK. En slik praksis ville kunne gitt BSK en ekstra kontaktflate for å fremme kompetanseutvikling hos sakkyndige, som jo er et ønsket resultat av instansens arbeid. En mer direkte resultatorientert kvalitetssikring (jf. Donabedian, 1980; Kalstad, 2023; Kornør, 2012) kunne vært å følge rapportene videre og kartlegge deres betydning for beslutninger i barneverns- og helsenemnda eller retten, slik Agenda Kaupang (2015) gjorde i sin evaluering.

### Styrker og begrensninger

Det unike bidraget fra denne kvalitative studien ligger i den dybdeforståelsen den tilbyr, formidlet av en gruppe med svært rik erfaring fra sakkyndigarbeid. Funn fra et så lite utvalg kan ikke generaliseres i statis-

tisk forstand. Gitt at studien samsvarer med kriterier for «troverdighet» i kvalitativ forskning, kan den likevel hevdes å ha «overførbarhet» (Malterud, 2002) til sammenhenger ut over det studerte utvalget. Andelen psykologer i forskergruppen kunne potensielt ha trukket tolkningene i visse retninger, og dermed utgjort en trussel mot studiens troverdighet. Etter vårt syn veide vi opp for dette gjennom bredden av relevant fag- og forskerkompetanse i gruppen, og hvordan vi aktivt brukte denne i analysearbeidet. Overførbarheten styrkes også ved at funnene synes å speile allerede kjente problemstillinger og fagutviklingsprosesser på det barnesakkyndige feltet, både nasjonalt og internasjonalt (Greve, Jørgensen et al., 2023). De utdyper tidligere uttrykte synspunkter og idéer (Agenda Kaupang, 2015; NOU 2023: 7) om hvordan BSKs kvalitetssikrende funksjon kan styrkes og videreutvikles.

### Konklusjon

Ifølge informantene fremmer BSK kvaliteten på det barnesakkyndige arbeidet gjennom å ha en skjerpene støttefunksjon. Samtidig savnes det kvalitetssikring av rapportenes substans og faglige grunnlag. Funnene gjenspeiler problemstillinger som er tatt opp av flere forskere og fagpersoner innen feltet. Studien belyser viktige aspekter ved BSKs rolle og funksjon, og kan informere videreutvikling av kommisjonens arbeid. ✘

### Referanser

- Aadnesen, B.N. & Hærem, E. (2014). *Barnevernets undersøkelse*. Universitetsforlaget.
- Aakvaag, H.F. & Strøm, I.F. (2019). *Vold i oppveksten: Varige spor? En longitudinell undersøkelse av reviktimisering, helse, rus og sosiale relasjoner hos unge utsatt for vold i barndommen*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Agenda Kaupang. (2015). *Evaluering av Barnesakkyndig kommisjon og vurdering av utvidet ansvarsområde*. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. [https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport\\_BLD\\_Evaluering-av-Barnesakkyndig-kommisjon\\_AK.pdf](https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/10/Rapport_BLD_Evaluering-av-Barnesakkyndig-kommisjon_AK.pdf)
- Asmervik, S. (2015). Hva er det med (noen) sakkyndige? *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 13(3), 262-272. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9553-2015-03-06>
- Augusti, E.-M., Bernt, C. & Melinder, A. (2017). Kvalitetssikring av sakkyndighetsarbeid – en gjennomgang av vurderingsprosesser i Barnesakkyndig kommisjon, fylkesnemnder og domstoler. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 15(4), 265-289. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2017-04-02>

- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2022). *Veileder for sakkyndig utredningsarbeid i saker etter barnevernloven*. [https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/veileder\\_for\\_sakkyndig\\_utredningsarbeid\\_i\\_saker\\_etter\\_barnevernloven.pdf](https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/veileder_for_sakkyndig_utredningsarbeid_i_saker_etter_barnevernloven.pdf)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2023). *Den europeiske menneskerettsdomstolen*. <https://www.bufdir.no/fagstotte/barnevern-oppvekst/emd>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: a practical guide*. Sage.
- Braun, V. & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Christiansen, Ø. & Kojan, B.H. (2023). *Beslutninger i barnevernet* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P. & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Greve, R.A., Christiansen, Ø. & Jørgensen, T. (2023). Social workers' perspectives on the role and function of independent experts in care proceedings in Norway: Contributions and devaluation. *Child & Family Social Work*, 29, 102–111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.13054>
- Greve, R.A., Jørgensen, T., Christiansen, Ø., Samsonsen, V. & Braarud, H.C. (2023). Independent experts in care order proceedings: a scoping review. *European Journal of Social Work*, 26(6), 1045–1058. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2155800>
- Halvorsen, P. (2021). 12 utfordringer på psykisk helse- og rusfeltet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/2021/06/12-utfordringer-pa-psykisk-helse-og-rusfeltet>
- Helmikstøl, Ø. (2017). Barnevernskritikere mobiliserer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(5), 442–443.
- Helsetilsynet. (2020). *Veileder for landsomfattende tilsyn 2020–2021 med barnevernets arbeid med undersøkelser*. [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/barnevernets\\_arbeid\\_undersokelser\\_internserien10\\_2019.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/internserien/barnevernets_arbeid_undersokelser_internserien10_2019.pdf)
- Høgskulen på Vestlandet. (2023). *Expert reports as basis for decisions in Norwegian child welfare services*. <https://www.hvl.no/en/project/2188414/>
- Kalstad, J.K. (2023). Kvalitet – kva er det i barnevernet? *Fontene*. <https://fontene.no/fagartikler/kvalitet--kva-er-det-i-barnevernet-6.47.927415.17c0a16101>
- Kornør, H. (2012). *Kvalitetsindikatorer for barnevernet*. RBUP Øst og Sør.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122, 2468–2472.
- Norsk psykologforening. (2023). *Sakkyndiglisten*. <https://www.psykologforeningen.no/publikum/sakkyndiglisten>
- NOU 2006: 9. (2006). *Kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i barnevernsaker*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2023: 7. (2023). *Trygg barndom, sikker fremtid. Gjennomgang av rettsikkerheten for barn og foreldre i barnevernet*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Prop. 73 L (2016–2017). *Endringer i barnevernloven (barnevernsreform)*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-73-l-20162017/id2546056/?ch=3>
- Rudi, E. (2018). Et kvalitetsstempel uten nødvendig faglig standard. *Advokatbladet*. <https://www.advokatbladet.no/barnesakkyndig-kommisjon-barnevern-foreldretvist/psykolog--et-kvalitetsstempel-uten-nodvendig-faglig-standard/113875>
- Rygh, L.H. & Mørland, B. (2023). Hvordan velge de beste kvalitetsindikatorer? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2006/11/hvordan-velge-de-beste-kvalitetsindikatorer>
- Sivilrettsforvaltningen. (2024a). *Barnesakkyndig kommisjon*. <https://www.sivilrett.no/bsk>
- Sivilrettsforvaltningen. (2024b). *Barnesakkyndig kommisjon: Årsrapport 2023*. <https://www.sivilrett.no/arsrapport-barnesakkyndig-kommisjon-2023>
- Van der Weele, J. & Karlsen, K. (2022). *Analyse i komplekse barnevernsaker: fra magesfølelse til kritisk tenkning*. Gyldendal.
- Vis, S.A., Christiansen, Ø., Havnen, K.J. S., Lauritzen, C., Iversen, A.C. & Tjelflaat, T. (2020). *Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning. Samlede resultater og anbefalinger*. UiT Norges arktiske universitet.



ILLUSTRASJON: MARIA ASTRUP

# Taushetspliktens begrensninger

Er det helt trygt å si alt til psykologen?

**TEKST** Tomas Formo Langkaas, Eirin Hope Broch, Mari Borgen  
Godtfredsen og Lisbeth Xin-Yi Yang, Drammen DPS

**KONTAKT** [tomas.langkaas@gmail.com](mailto:tomas.langkaas@gmail.com)

**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter



«**H**ei, jeg heter Tomas og jobber som psykolog her. Før vi snakker om hva du ønsker hjelp med, har jeg litt praktisk informasjon. Er det noe du vil ta opp før vi går gjennom den?»

«Nei, det kan vi ta etterpå.»

«Fint. Som psykolog har jeg taushetsplikt. Det vi snakker om, forblir mellom oss, med noen unntak. Unntakene er i hovedsak ved fare for liv og helse eller når barn er i fare. Har du spørsmål om taushetsplikt før vi går videre?»

«Hvorfor har du taushetsplikt?»

«Helseinformasjon er personlig, kan ofte være sensitiv og kan i verste fall misbrukes om den kommer på avveie. For å få riktig hjelp i helsetjenesten må det være trygt å kunne fortelle om alt som er av betydning uten å måtte bekymre seg for at det du forteller om, skal brukes til noe annet enn å få hjelp.»

«Og hva med unntakene du nevnte?»

«Ved umiddelbar og alvorlig fare for liv og helse vil det være viktigere å redde liv enn å overholde taushetsplikten.»

«Hva vil det si i praksis?»

«Om du for eksempel hadde fortalt at du planla å skade deg selv eller andre, kunne jeg kontaktet politi eller andre for å forsøke å hindre det.»

«Så – rent hypotetisk – om jeg skulle ha tanker om å ta livet av meg selv eller andre, burde jeg la være å snakke om det her?»

«Ikke nødvendigvis. Tanker om å skade seg selv eller andre skal man kunne snakke om her. Det er i de få tilfellene der noen ønsker å omsette slike tanker til umiddelbar handling at taushetsplikten ikke gjelder lenger.»

«Hva var det andre unntaket?»

«Om jeg får vite at barns liv eller helse er i fare, er jeg pålagt å melde fra til barnevernet. Hensyn til barn vil under visse omstendigheter være viktigere enn taushetsplikt.»

«Var det alle unntakene?»

«Nei, det er flere. Om du har helseplager som gjør at helsekrav for førerkort ikke er oppfylt og du derfor ikke bør kjøre, er jeg under visse omstendigheter pålagt å melde fra til statsforvalteren. Da gjelder ikke taushetsplikten.»

«Var det flere unntak?»

«Ja. Om du eier våpen og har en helsetilstand som gjør det farlig å ha våpen, kan jeg være pålagt å melde fra til politiet. Da gjelder heller ikke taushetsplikten.»

«Forstått. Er det enda mer?»

«Det er mer. Barnevernet kan under visse omstendigheter pålegge meg å gi informasjon. Da gjelder heller ikke taushetsplikten.»

«Var det alt?»

«Nei. Om du mottar hjelp fra NAV, er jeg pålagt å gi NAV helseinformasjon om deg dersom jeg blir bedt om det. Da gjelder heller ikke taushetsplikten.»

«Det er tydelig at taushetsplikten kommer med flere forbehold. Hva om jeg – rent hypotetisk – hadde fortalt deg at jeg har gjort noe ulovlig, ville politiet fått vite det da?»

«Nei. Der er taushetsplikten veldig streng. Politiet har ikke mulighet til å innhente informasjon fra meg om deg om lovbrudd som har skjedd. Men hvis jeg får vite om alvorlige lovbrudd som kommer til å skje, er jeg derimot pålagt å melde fra til politiet.»

Taushetsplikt er regulert av helsepersonelloven (hpl.) § 21.

Plikt til å varsle nødetater for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom er regulert av hpl. § 31. Hpl. § 23 nr. 4 gir opplysningsrett til å varsle andre for å avverge alvorlig skade, og § 23 nr. 5 gir opplysningsrett for å avverge alvorlig skade på dyr.

Helsedirektoratet (2018) uttaler at både plikt og rett til å varsle andre for å avverge skade er en presisering av bestemmelsene om nødrett og nødverge i straffeloven § 17 og § 18.

Meldeplikt til barnevernet og vilkår for meldeplikt er regulert av hpl. § 33.

Plikt og rett til å melde når helsekrav for å føre kjøretøy, luftfartøy, båt eller å gjøre tjeneste som flygeleder eller los ikke er oppfylt, er regulert av hpl. § 34, § 34 a, førerkortforskriften og meldeforskriften.

Politiet kan ikke innhente helseinformasjon direkte for å inndra våpenløyve eller våpen, men hpl. § 23 nr. 4 gir helsepersonell rett til å melde fra når ikke meldeplikten i § 31 inntreffer.

Barnevernet kan innhente taushetsbelagt informasjon etter barnevernsloven § 13-4.

NAV kan innhente taushetsbelagt informasjon etter folketrygdloven § 21-4. Dette er nærmere regulert av eget rundskriv (NAV, 1997).

Straffeloven § 196 gjør det straffbart å ikke melde fra til politi for å avverge en lang rekke bestemte straffbare forhold utover umiddelbar fare for liv og helse, slik som vold i nære relasjoner eller kjønnslemlestelse, og fritar fra taushetsplikt for å melde fra.

Tvisteloven § 22-5 og straffeprosessloven § 119 hindrer psykologer i å vitne om informasjon de mottar i rollen som psykolog, med mindre den som informasjonen gjelder, har gitt samtykke. Taushetsplikt gjelder likevel ikke dersom vitnemål i en straffesak kan hindre en uskyldig person i å bli straffet.

Hpl. § 25, § 32 og § 45 gir fritak fra taushetsplikt når helsepersonell eller helsetjenester samarbeider om å gi helsehjelp. Hpl. § 23 nr. 3 fritar fra taushetsplikt ved deling av anonymisert informasjon.

Helsedirektoratet (2020) uttaler at hpl. § 25 a kan gi fritak fra taushetsplikt i veiledning i enkelte saker når det ikke er mulig å gi tilstrekkelig veiledning med anonymisert informasjon. Det presiseres samtidig at veilederrollen ikke gir mulighet for at veileder skal ha direkte tilgang til pasientjournaler.

Unntakene som nevnes, er beskrevet i hpl. kapittel 5 og 6, pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 3-3 og psykisk helsevernloven.

Dokumentasjonsplikt er regulert av hpl. kapittel 8 og pasientjournalforskriften. Pbrl. § 5-3 gir pasienten rett til å sperre tilgang til hele eller deler av journal.

NAVs mulighet for å innhente kopi av journalutdrag eller hele journaler er regulert av folketrygdloven § 21-4 c og eget rundskriv (NAV, 1997). Pårørendes innsynsrett i journal etter en pasients død er regulert av hpl. § 24 og pbrl. § 5-1.

Lagring av pasientjournal er regulert av pasientjournalloven § 25.

«Hva med rettssaker? Jeg har hørt at alle må fortelle hva de vet, om de blir innkalt som vitne.»

«Ikke psykologer. Ingen andre enn pasienten kan frita en psykolog fra taushetsplikten i en rettssak. Men det finnes et eget unntak i straffesaker hvis psykologen vet noe som kan hindre at en uskyldig person blir dømt.»

«Hva med andre psykologer eller ansatte i helsevesenet? Kan du dele informasjon med dem?»

«Taushetsplikt gjelder også mellom helsepersonell, så vi kan ikke dele informasjon om pasienter med hverandre. Men her er det unntak dersom det å dele informasjon er en nødvendig del av helsehjelpen, om informasjonen er anonymisert, eller om pasienter har gitt oss klar tillatelse.»

«Hva vil det si i praksis?»

«I praksis vil det si at om jeg samarbeider med andre om å gi deg helsehjelp, vil det ofte være nødvendig å kunne snakke sammen, og vi er da fritatt fra taushetsplikten for å kunne gjøre det. Jeg kan også ha behov for å drøfte saker med kolleger for å søke råd eller for at vi skal kunne lære. Da er det mulig å drøfte saker anonymt.»

«Hva om psykologer selv går i terapi eller mottar veiledning, har de fortsatt taushetsplikt om pasientene sine da?»

«Ja. Men det er som sagt mulig å snakke om pasientsaker anonymt, og det finnes regler som gjør at helsepersonell i veiledning unntaksvis fritas fra taushetsplikt dersom det er helt nødvendig for å motta veiledning i en konkret sak. Da har veilederen også taushetsplikt. Har du enda flere spørsmål om taushetsplikt før vi går videre?»

«Er det enda flere unntak jeg bør vite om?»

«Om du ønsker å vite mer, kan du finne god informasjon på offentlige nettsider. Vi har ikke snakket om unntak ved tilsyn, ved kvalitets sikring og administrasjon, om du skulle være ute av stand til å ivareta egne interesser, ved tvungen behandling, ved forskning eller ved rollen som sakkyndig. Vil du høre om noen av disse også?»

«Nei. Vi kan gå videre.»

«Fint. Som psykolog har jeg også dokumentasjonsplikt. Jeg er lovpålagt å skrive notater om helsehjelp du mottar, og disse notatene samles i en journal som oppbevares her. Det er strengt begrenset hvem som har tilgang til journalen din, og du har mulighet til å begrense det enda mer. Har du spørsmål om journal før vi går videre?»

«Om du skriver ned informasjon om meg, blir vel det også et unntak fra taushetsplikt?»

«Ja. Men de som har tilgang til journalen din, er de som har en rolle i behandlingen din, og de er også underlagt taushetsplikt.»

«Finnes det unntak der noen andre kan få tilgang til journalen min?»

«Unntakene er omtrent de samme som ved taushetsplikt. NAV kan under helt spesielle omstendigheter kreve kopi av journalutdrag eller hele journalen, men barnevernet kan ikke det. Etter at man er død, har nærmeste pårørende vanligvis rett til innsyn i journal. For alle andre trengs det derimot tillatelse fra deg for å få tilgang. Om du for eksempel har helseforsikring, har du kanskje allerede gitt forsikringsselskapet tillatelse til å få tilgang til journalen din.»

«Når behandling er slutt, hva skjer med journalen da?»

«Den skal lagres så lenge det kan være bruk for den.»

«Du er da kanskje litt forsiktig med hvor mye informasjon du registrerer om meg siden du ikke har full oversikt over hvordan den kan brukes senere, eller hvem andre som får se det som står der?»

»



«Det er kun nødvendig og relevant informasjon som skal registreres. Men vi psykologer har nok dessverre en tendens til å skrive for mye.»

«Siden taushetsplikten kommer med så mange forbehold, burde du ikke da opplyse om alle disse i forkant, slik at jeg vet hva som er trygt og hva som ikke er trygt å snakke om?»

«Da burde jeg kanskje sagt noe slikt som: 'Som psykolog har jeg taushetsplikt. Det vi snakker om, forblir mellom oss, med enkelte unntak. Unntakene dreier seg om fare for liv, helse, dyr eller eiendom; når barn er i fare; når helsekrav for å føre kjøretøy, luftfartøy, båt eller å være flygeleder eller los ikke er oppfylt; om du har en helsetilstand som gjør det farlig å eie våpen; om barnevern eller NAV pålegger meg å gi informasjon; om jeg får vite om lovbrudd som vil komme til å skje; om jeg som vitne kan hindre en uskyldig person i å bli dømt; om jeg samarbeider med annet helsepersonell; om jeg mottar veiledning; ved tilsyn; ved kvalitetssikring og administrasjon; om du skulle være ute av stand til å ivareta egne interesser; ved tvungen behandling; ved forskning eller ved rollen som sakkyndig. Dessuten lagres informasjon om deg i en journal for mulig bruk i fremtiden.'»

«Det ble kanskje litt i overkant mye.»

«Det er litt utfordrende å gi akkurat nok informasjon til at det ikke tar fokuset vekk fra hensikten med samtalen vår – å undersøke hva du ønsker hjelp med. Når vi nå har avklart at det er trygt å snakke fritt her, sett bort fra et titalls unntak, kan vi kanskje gå over til å snakke om nettopp hva du ønsker hjelp med?»



Pbrl. § 3-2 gir pasienter rett til å motta informasjon for å kunne gjøre opplyste valg om egen helsehjelp, og hpl. § 10 gir helsepersonell plikt til å gi informasjon.

## REFERANSER

- Barnevernsloven. (2021). § 13-4. Pålegg om å gi opplysninger. *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97/§13-4>
- Folketrygdloven. (1997). § 21-4. Innhenting av opplysninger og uttalelser. *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19/§21-4>
- Fører kortforskriften. (2004). *Forskrift om fører kort m.m.* (FOR-2004-01-19-298). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2004-01-19-298>
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer* [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer>
- Helsedirektoratet. (2020). *Veiledning og supervisjon. Allmennmedisin* [nettdokument]. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/veiledning-og-supervisjon>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Meldeforskriften. (2022). *Forskrift om melding fra lege, psykolog eller optiker ved helsevekkelse av betydning for trafikkikkerheten* (FOR-2022-03-04-325). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2022-03-04-325>
- NAV. (1997). *Rundskriv til ftrl kap 21 – Saksbehandlingsrundskriv*. <https://lovdata.no/nav/rundskriv/r21-00>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1997). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasientjournalloven. (2014). § 25. Plikt til bevaring eller sletting. *Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp* (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42/§25>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Straffeprosessloven. (1981). § 119. *Lov om rettergangsmåten i straffesaker* (LOV-1981-05-22-25). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1981-05-22-25/§119>
- Twisteloven. (2005). § 22-5. Bevisforbud og bevisfritak for betroelser til særlige yrkesutøvere. *Lov om meklings og rettergang i sivile tvister* (LOV-2005-06-17-90). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-90/§22-5>

# Psykologtidsskriftet lanserer temanummer



TEMAKVELD KLINISK HELSEPSYKOLOGI

4. DESEMBER

## Et helhetlig syn på det sammensatte mennesket

Møt de fem kapasitetene **Borrik Schjødt, Arnstein Finset, Torkil Berge, Ane Wilhelmsen-Langeland og Trine Helen Hunhammer**

Somatisk sykdom og fysiske skader rammer hele mennesket, dets psyke og alle rollene som spilles i familielivet og på arbeidsplassen.

Psykologer møter pasienter som må mestre smerter, søvnvansker, utmattelse og kroniske sykdommer, og trenger kunnskap som bygger bro mellom somatikk og psykologi.

Klinisk helsepsykologi kan bidra til en helhetlig behandlingstilnærming.

### Du vil få høre om

- helsepsykologens arbeidshverdag
- ny forskning om placeboeffekter
- sammenhenger mellom nevropsykologi og mekanismer for endring
- tiltak for å styrke pasientens evne til å følge opp psykologens helseråd
- psykologens rolle når pasienten må ta en aktiv rolle som egen behandler

Vel møtt til faglig inspirasjon og hyggelig mingling på **Litteraturhuset i Bergen 4. desember kl 17.30-19.30**. Fagdel starter 18.00.



Skann QR-koden for å lese om temakvelden på Facebook

**Påmelding** etter først til mølla-prinsippet: [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
Arrangementet er gratis og vil strømmes.



**JOSEPH FIRTH** fikk norsk strikk av Egeland som kvitterte med forslag om bruk av votter mot skjermbruk. Foto: Knut Dalen



**EDVARD MOSER** holdt åpningsforedraget.



**ALEXANDER OLSEN**, leder av Norsk Nevropsykologisk forening. Foto: Knut Dalen

## Covid-19, hvit sensorisk støy og unges skjermbruk

I slutten av august ble det *15th Nordic Meeting in Neuropsychology - Brain Health Interventions and Technology* avholdt i Trondheim. Konferansen, som ble arrangert av Norsk Nevropsykologisk Forening, samlet ledende eksperter, forskere og klinikere - hovedsakelig fra Norden, men også andre land var representert blant deltakerne.

Nevropsykologi utgjorde rammen for konferansen, men programmet omfattet flere temaområder som har interesse for psykologer i de andre spesialitetene. Forskning som har sett nærmere på hvordan nevropsykologisk kunnskap og ny teknologi kan bidra til klinisk innovasjon, tok synlig plass. Blant temaene som ble dekket var nyere forskning på kognitiv remediering (*cognitive remediation therapy*) for pasienter med schizofreni, bruk av virtuell virkelighet i behandlingsøymed, depresjon etter traumatisk hjerneskade, samt fatigue, kognitiv funksjon og sykdomspersepsjon hos personer som har hatt Covid-19.

Nobelprisvinner Edvard Moser holdt konferansens åpningsforedrag *Neural computation of space and time*. I tiden som har gått etter tildelingen av prisen, har Moser og forskergruppen gjort omfattende og imponerende arbeid. Mosers overbevisende presentasjon av verdien av grunnforskning inkluderte også en gjennom-

gang av hvordan funn fra nevrovitenskapelig forskning har virket inn på det kliniske feltet.

Et aktuelt eksempel på det siste, kan være bruk av hvit sensorisk støy-stimulering som et behandlingsalternativ til unge personer med ADHD. Göran Söderlund presenterte data fra denne forskningen, som blant annet Jens Egeland har vårt med å publisere (se f.eks. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38144987/>)

Regulering av skjermbruk blant unge er et svært aktuelt tema, som også ble behandlet under konferansen. Forsker Joseph Firth fra Universitetet i Manchester presenterte arbeid han og kolleger har gjort i forbindelse med å utarbeide råd og retningslinjer i Storbritannia. En tverrfaglig sammensatt ekspertgruppe har analysert eksisterende retningslinjer, veiledninger og rapporter fra ulike land når det gjelder ungdom og skjermbruk. På grunnlag av forskningsinnsatsen har gruppen utarbeidet oppdaterte anbefalinger til unge og foreldre. Den interesserte leser kan finne anbefalingene når arbeidet publiseres like på nyåret 2025 (Firth, J., Solmi, M., Löchner, J., Cortese, S., López-Gil, J.F., Machaczek, K., Lambert, J., Fabian, H., Fabiano, N. & Torous, J. (in press). Promoting healthy digital device usage: recommendations for youth and parents. *World Psychiatry*.)

### TEKST

Katharine Cecilia Williams, sjefredaktør



**TEKST** Thomas Silfving, psykolog

**KONTAKT** thomas.silfving@gmail.com

**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter

## Problemet med kognitiv terapi

Bruken av strukturerte metoder kan få terapeuten til å miste nærværet i det menneskelige møtet.

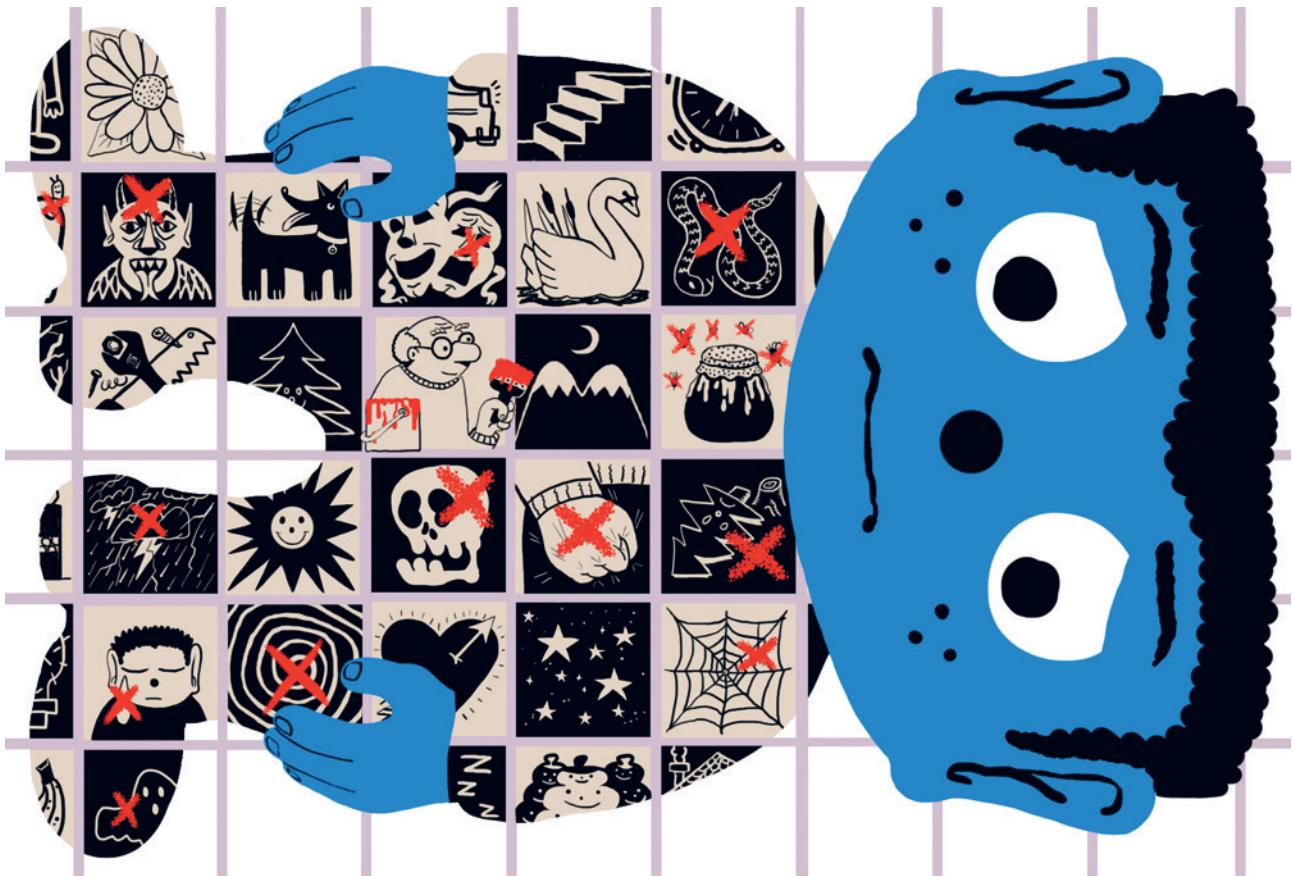
**A**ldrig tidligere har tilgangen til psykologiske hjelpinsatser varit så stor som den er idag. Och aldrig tidligere har det psykiska lidandet varit så utbredt i befolkningen. Eventuell anledning till denna paradox är en för svår och vanskelig oppgift att ta sig an.

I takt med att ångest, oro och stress blivit vanligare har också efterfrågan på terapimetoder som ger konkrete verktøy for å hantera dessa tilstand økat. Vilket medført att kognitive beteendeterapier (KBT) alltsedan 1970-talet blivit den alltmest dominerande behandlingsformen inom psykoterapi. KBT fokuserar på å identifisere og forandre negative tankemønster og beteenden gjennom strukturerte øvninger og skattninger. Men samtidig som dessa metoder har fått en framträdande plats i behandlingen har alltså det psykiska lidandet i samhället fortsatt å øka. Detta väcker frågor om de potentiella negativa effekterna av å ständigt försöka han-

tera, kontrollere og anpassa tanker og känslor som är helt naturliga og något som tillhör livet. Egentligen kan helt normala förlopp här komma å betraktas som psykiatriske tilstand som genast behöver dokumenteras av legitimerade eksperter for å klara av. Så, det som tidigare sade sig självt säger nog fortfarande sig självt. Uppmärksammar man alltså inte det självklara i behandlingen, finns risk att man förmedlar till patienten att hon eller han inte längre är kompetent att ta hand om sig själv.

### SKATTNINGARNAS POTENTIELLA NEGATIVA EFFEKTER

Skattningsformulär og strukturerte øvninger har blivit vanlige inslag i modern psykoterapi. De anvendes for å kartlegge patientens tilstand og måte framsteg under behandlingens gång. Även om dessa verktøy kan ge användbar information finns det en risk att de trivialiserer og fragmenterer den terapeutiske opplevelsen. När patientens känslor og tanker reduceras till siffror og diagram kan det leda till en känsla av att det som är djupt personligt og komplext förlorar sitt värde. Patientens unika opplevelser risikerer å förminskas till en oppsättning data, vilket kan skapa en distans mellom terapeut og patient. Den ädla konsten å på ett värdigt sätt avstå från å gripa in og besvare det som oroar människan tycks här inte existera. Smärta og sorg får inte göra ont, sår får inte läkas i sin egen takt og livet kan inte bara uthärdas. Livet är med



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

andra ord inte alltid ett problem som ska lösas, utan en verklighet som ska levas. Hur uppmärksammas det inom KBT:n?

Vidare kan den ständiga uppmaningen att skatta och hantera sina tankar och känslor skapa en överdriven medvetenhet om det egna psyket, jaget. Istället för att tillåta känslor och tankar flöda naturligt och fritt uppmanas patienten att ständigt skatta och reglera sitt inre liv. Låter man det alltså bara vara kan det väl, som kroppsliga rodnar och svullnader, även tänkas självläka vid stress, oro och ångest. Kan därför inte antagandet att kontrollera och reglera sitt inre liv leda till att patienten börjar uppfatta sina naturliga känsloreaktioner som problem som måste lösas, snarare än som en del av det mänskliga tillståndet? Ett sådant mekanistiskt angreppssätt kan paradoxalt nog alltså öka känslan av att något är ”fel”, vilket i sin tur snarare förstärker än försvagar de tanke- och beteendestörningar det utger sig för att lindra och råda bot på. Så, på samma sätt som krig är alltför allvarligt för att lämnas åt militären, är den kognitiva beteendeterapi alltför viktig för att lämnas i händerna på de kognitiva beteendeterapeuterna.

#### PSYKISKA BESVÄR OCH DET KOGNITIVA

I rättvisans namn måste man säga att med det kognitiva har psykoterapi förändrats i grunden. Genom att fokusera på hur vi tänker, och hur våra tankar påverkar våra känslor och beteenden har KBT blivit ett kraftfullt »

”

Livet är med andra ord inte alltid ett problem som ska lösas



Terapeuten kan bli mer upptagen av att följa en manual än att verkligen lyssna på patienten

verktyg för att hjälpa människor att förändra negativa tanke-, känslö- och handlingsmönster. Men trots dessa ”framsteg” har den psykiska ohälsan inte minskat – snarare har den ökat. Hur förklarar man det?

En möjlig förklaring är att den kognitiva revolutionen, med sitt fokus på att förändra tankar och beteenden, också har bidragit till en ökad fixering vid självet. Genom att ständigt uppmärksamma och försöka förändra sitt inre liv kan individen fastna i en loop av självanalys och självförbättring. Varje negativ tanke eller känsla betraktas som ett problem som måste åtgärdas. Vilket kan leda till en ökad självmedvetenhet och en känsla av otillräcklighet som i sin tur kan förvärra den psykiska ohälsan. Freud menade att människan inte alls bör sträva efter att eliminera sina komplex, utan att i stället komma i överensstämmelse med dem; de är legitimt det som styr hennes beteende i världen. Alltså en något mer försonlig attityd till att uthärda det, enligt honom, mer ”vardagliga helvetet”, utan att fördenskull behöva söka metoder och verktyg för att balansera, kontrollera och hantera det. Freud gav ju uttryck för att ett bevis på psykisk hälsa var just människans förmåga att kunna omvandla (sublimera) sitt neurotiska lidande till ett mer ”vardagligt helvete”. Han såg nog människans behov att eliminera känslomässig smärta och söka lyckan med hjälp av diverse metoder mer som ett ouppnåeligt mål. Så, ju fler verktyg i verktygslådan med hopp om ett lyckligt och mer balanserat liv kan nog ibland förknippas med ett tillstånd som snarare kan liknas vid ett individuellt förvirringsexperiment i jakt efter det så kallade ”normala”.

Genom att försöka eliminera allt som upplevs som obehagligt riskerar vi att också skapa oss en orealistisk bild av vad det innebär att vara psykiskt frisk. Människor kan komma att känna sig misslyckade om de inte lyckas uppnå en ständig känsla av ett hälsosamt välbefinnande, vilket alltså kan öka det psykiska och existentiella lidandet.

#### EN MOTVIKT TILL METODFIXERING

I takt med att skattningar och kognitiva metoder har blivit mer centrala i terapin finns det en risk att det genuina samtalet mellan terapeut och patient försvagas. Det goda samtalet, där patientens unika upplevelser och känslor får utrymme är en viktig del av den terapeutiska processen. Det är genom detta samtal som terapeut och patient tillsammans kan utforska och förstå de underliggande orsakerna till patientens lidande.

När terapin blir för fokuserad på att ändra beteenden och uppnå mätbara resultat kan det skapa en ytlighet i behandlingen som bör uppmärksammas. Terapeuten kan bli mer upptagen av att följa en manual än att verkligen lyssna på patienten. Som om en möjlig bruksanvisning finns att tillgå för människans inre psykiska liv. Ett slags demonmanual. Detta kan leda till att viktiga aspekter av patientens upplevelser förbises och att den läkande kraften i det genuina samtalet går förlorad. Mycket av det som utspelar sig i mänskliga möten sker ju så att säga i marginalen. Hur skattar man det mellan noll till tio utifrån alla evidensbaserade och kvalitetssäkra terapiformer med olika inriktningar som finns idag, och som utvecklats ur kognitiv beteendeterapi, KBT?

#### ÅTERVÄNDA TILL DET MÄNSKLIGA MÖTET

För att motverka dessa negativa effekter behöver terapeuter återigen betona värdet av det mänskliga mötet i terapin. Det innebär att balansera användningen av strukturerade metoder med en öppen och lyhörd inställning till patientens genuina behov. Det är viktigt att komma ihåg

att skattningsverktyg och övningar bara är en del av terapin, och att de inte får ersätta det personliga samtalet – mötet.

Terapeuten måste vara medveten om när det är lämpligt att använda strukturerade metoder och när det är viktigare att låta samtalet genljuda i sin ogripbara originalitet i den kontext som patienten befinner sig i. I vissa fall kan det kanske vara mer hjälpsamt för patienten att få uttrycka sina tankar och känslor utan att de genast ska metदानpassas, regleras och dokumenteras. Då kan patienten få möjlighet att registrera sina tankar och känslor samt vidare reflektera kring dem - introspektion. Patient och terapeut undersöker och löser upp inre psykiska knutar och besvär utan att avgränsa sig till att förändra beteenden. Vilket även skapar förusättningar som främjar ett inre meningssammanhang hos patienten som bidrar till en djupare och mer varaktig förståelse för det patienten lider av. Sällan hör man orden *i vardande*, som håller på att bli till, i samband med det kognitiva beteendeterapeutiska angreppssättet. Är således även själva angreppssättet fixt och färdigt?

### BALANSERA METOD OCH MÄNSKLIGHET

Samtidigt som beteendeterapeutiska metoder blivit allt vanligare har också det psykiska lidandet alltså ökat. Eventuell orsak till det vill jag, som tidigare nämnts, inte spekulera kring. Frågan man dock kan ställa sig är huruvida den ökade fixeringen vid att hantera och förändra tankar, känslor och beteenden verkligen alltid är till fördel. Missar man inte här att människans psykiska lidande även har en naturlig strävan och ambition att läka sig självt? Att psyket har en egen spänst och motståndskraft som gör att det återhämtar sig av egen kraft, utan yttre påverkan.

För att verkligen hjälpa patienten att läka måste alltså terapeuten hitta en balans mellan att använda strukturerade metoder och samtidigt vara fullt närvarande i det mänskliga mötet. I det genuina samtalet, där patientens tankar och upplevelser får vara som de är, finns ju också den verkliga läkekraften. Orden som patienten själv får uttala är alltså de ord som också befriar patienten från sitt lidande. Så krav på åtgärd, dokumentation och snabba resultat är nog bra, men främjar det verkligen psykisk hälsa och förebygger psykisk ohälsa? Vilken plats har då det goda samtalet i dagens psykoterapeutiska praktik? Samtalet som får oss att växa, bli kreativa och se sidor som vi annars kanske inte skulle se. ✖

# Meninger

## DEBATT

# En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær finnes allerede

Oppfølgingstjenesten har jobbet med å forebygge utenforskap i hele 30 år.



**TEKST** Kari Eiring

FOTO: PAULINE KURSETH



### KONTAKT

karieir@afk.no

### MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS** juliutgave etter spør psykolog Andrine Bruland (2024) et system som er skreddersydd for ungdom som strever med ufrivillig skolefravær etter ungdomsskolen. Dette er viktig problematikk. Det er også derfor det siden 1994 har eksistert en landsdekkende, offentlig tjeneste som jobber spesifikt med nettopp denne gruppa.

Jeg snakker da selvfølgelig om Oppfølgings-tjenesten (OT), som jobber med ungdommer i aldersgruppen 15–24. Hovedmålet er å veilede inn i meningsfull og kompetansehevende aktivitet. At en privatpraktiserende psykolog med erfaring fra multisystemisk terapi (MST) ikke har hørt om oss, er kanskje et signal om at vi er for lite synlige. Jeg vil derfor fortelle om OT og hvordan vi jobber for å forebygge utenforskap.

### OVERSIKTEN FINNES

Bruland savner en helhetlig statistikk over ufrivillig skolefravær. Å føre statistikk på denne typen fravær spesifikt kan nok være utfordrende. Andel ungdommer utenfor videregående opplæring, derimot, finnes det oversikt over. Ifølge Utdanningsdirektoratet (Udir) skrev rundt 6800 ungdommer seg ut av vide-

regående skole i 2023 (Utdanningsdirektoratet, u.å. a). Dette utgjorde snaut 3,6 % av den totale elevmassen som for skoleåret 2022–2023 var rundt 188 000 elever. Antall ungdommer registrert hos OT var per juni 2024 nærmere 15 500. Tallene gjenspeiler både de helt uten tilknytning til skoleverket, og de vi jobber forebyggende med på de forskjellige skolene (Utdanningsdirektoratet, u.å. b).

Kronikkforfatter undrer seg om økningen hun opplever av ungdom som syns det er vanskelig å gå på skolen, gjenspeiler en reell økning i samfunnet. Om Bruland her refererer til elever som sliter med å møte til timen, eller ungdom som har droppet ut eller aldri begynt på videregående, er vanskelig å vite. Dersom det gjelder sistnevnte gruppe, viser Utdanningsspeilet fra 2022 tvert imot at stadig færre unge står på utsiden av videregående opplæring (Utdanningsdirektoratet, 2022). Det har heller aldri vært flere som fullfører og består videregående enn nå (Utdanningsdirektoratet, 2023).

### OPPFØLGING AV UNGDOMMENE

Økning eller ei: Å fullføre videregående skole med studiekompetanse eller fagbrev er et godt





**UNGDOM** får veiledning for å hindre utenforskap. Foto: Egoitz Bengoetxea Iguaran

utgangspunkt for å lykkes videre i livet. Det åpner dører inn til arbeid eller videre studier, i tillegg til å være en viktig del av den sosiale og uformelle opplæringen man bør ha med i ryggsekken som ung voksen. Derfor utgjør ungdom utenfor videregående opplæring OTs hovedmålgruppe. For å forhindre utenforskap jobber vi med å veilede denne gruppa til alternative skoleløp, læra, arbeid eller andre kompetansehevende tiltak.

Ettersom overganger kan være utfordrende, har vi OT-koordinatorer som jobber spesifikt med sårbare barn i overgangen mellom grunnskole og videregående. I tillegg er vi fysisk til stede på videregående skoler. Her jobber vi sammen med et tverrfaglig team, ofte bestående av blant annet rådgivere, helsesykepleiere, miljøarbeidere, PP-tjenesten og NAV-representanter som jobber med å finne løsninger for elever som risikerer å falle fra. Målet er å sikre en god skolehverdag, samt påse at elevene har faglig utbytte. Oppfølgingen kan innebære faste samtaler, følge til og fra timer, sikre en fast plass i klasserommet, eller søknad om helsehjelp eller økonomisk støtte. Det inviteres også ofte til samtaler med elev og foreldre for å sammen drøfte hvordan skolen kan bli et sted for mestring.

#### **SKOLEN ER IKKE FOR ALLE**

Av og til nytter det ikke med tilrettelegging innenfor ordinær videregående opplæring. I tilfeller hvor det kan bli aktuelt for eleven å skrive seg ut av skolen, inviteres OT-koordinatoren til et avklaringsmøte med ungdommen for å presentere tjenesten og alternativene som er tilgjengelige utenfor skolen.

Noe av årsaken til at det ikke finnes en helhetlig oversikt over alternativer til skole, er nok den store variasjonen av tilbud i de forskjellige



Av og til nytter det ikke med tilrettelegging innenfor ordinær videregående opplæring



regionene. OT-koordinatorene har unik kjennskap til lokale tilbud og de fleste alternativer som kan lede til formell kompetanse. Vi er i tett dialog med tiltaksarrangører og forskjellige opplæringsarenaer, og har derfor mulighet til å veilede ungdom til alternativer som kanskje passer dem bedre enn ordinær skolegang.

Når det er sagt: Selv om vi verdsetter tilbudene vi allerede har, ser vi behovet for flere og mer systematiske alternativer. Flere praksisrettede tiltak som kan speile de mangfoldige behovene og interessene denne gruppen har, ville styrket tilbudet til ungdommen.

### BRANNSLUKKING

For de elevene som ville ha trengt den tydelige ledelsen Bruland etterspør, kan noe av utfordringen ligge i rammene skolens ansatte jobber innenfor, samt utgangspunktet ungdommene starter i videregående opplæring med. Uønsket utvikling er sjelden noe som oppstår akutt, på samme måte som risikoen for frafall sjelden inntreffer dagen eleven begynner på videregående. Det er en kompleks og variert problematikk som kan innebære alt fra lese- og skrivevansker, motivasjonsmangel, feilvalg, mental uhelse og ulike livsbelastninger. Min erfaring er at en del av arbeidet OT og skolens tverrfaglige team møter i sin hverdag, bærer preg av brannslukking heller enn veiledning som skal bidra

til robust utvikling. Jeg mistenker at den gode intensjonen kommer for sent, og at kjernen til problemet ofte ligger lenger bak i tid.

### INGEN KOORDINATOR-PSYKOLOG

Bruland poengterer at systemet drukner i byråkrati, ventelister og utilgjengelig hjelp. Det er vanskelig å være uenig i dette. Men svaret ligger ikke i koordinator-psykologen hun ønsker seg. Det trengs tilgjengelige tiltak og tidlig innsats for ungdommene som står i fare for å falle fra. De solide og mer holistiske tilbudene (som MST) utgjør en stor og viktig forskjell, og tydeliggjør effekten av å være tett på. Politikerne har makt til å endre strukturene i blant annet helsevesenet, slik at flere får tilgang til tett og riktig helseoppfølging på et tidligere tidspunkt. De kan også få på plass flere robuste alternativ til ordinær skole som muliggjør at alle ungdommene våre kan spilles gode.

Men systemet og koordinatoren Bruland ønsker seg, eksisterer i beste velgående allerede. Vi, og de utallige tjenestene vi samarbeider med, holder skuta på så stø kurs som sjøen tillater, samtidig som vi ønsker alt av engasjement og forslag til forbedring velkommen. Jeg håper Bruland får anledning til å samarbeide med sin lokale OT i nær fremtid, slik at hun kan oppleve tjenesten som utgjør nettopp det systemet hun savner. ❌

## REFERANSER

- Bruland, A. (2024). En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(7), 473–475. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/07/en-multisystemisk-tilnaerming-til-ufrivillig-skolefravaer>
- Utdanningsdirektoratet (u.å. a). *Elever som har sluttet i videregående opplæring*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/sluttet/>
- Utdanningsdirektoratet (u.å. b). *Ungdom i oppfølgingstjenesten – statistikk*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/ungdom-utenfor-opplaring-og-arbeid/>
- Utdanningsdirektoratet. (2023, 31. august). *Gjennomføring av videregående opplæring*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/statistikk/statistikk-videregaende-skole/analyser/2023/gjennomforing-av-videregaende-opplaring/>
- Utdanningsdirektoratet (2022). *Utdanningsspeilet 2022*. <https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningsspeilet/utdanningsspeilet-2022/videregaende-opplaring/ungdommer-utenfor-opplaring-og-arbeid/>



**FAGUTVALGET** kjenner igjen deler av kritikken. Foto: Privat

# Fagutvalget imøtekommer teoritørste samfunnspsykologer

Spesialiseringen er i utvikling, men trenger at deltakerne beriker kursene.

**I PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MARSUTGAVE** kunne vi lese at Helén Ingrid Andreassen (2024) mente at spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi trenger en omlegging. Hun pekte blant annet på at «sosialpsykologi, kritisk psykologi og 'community psychology' var fraværende». Fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi (2024) kom med et tilsvaret i tidskriftet i mai, men vi ser av innlegget til Simen Marenius Ekelund (2024) i august at vi fremdeles har en jobb å gjøre for å avklare hvordan vi forsøker å imøtekomme teoritørste samfunnspsykologer.

## ENDRINGER PÅ GANG

For å sette rammene: Fagutvalgene i Norsk psykologforening (NPF) består av et utvalg psykologer og psykologspesialister som påtar seg et

dugnadsarbeid som blant annet innebærer å utarbeide utfyllende bestemmelser, målbeskrivelser med læringsmål og innhold i de obligatoriske programmene for spesialiteten (Norsk psykologforening, u.å. a). Som vi skrev i vårt forrige tilsvaret, har utvalget i forrige landsmøteperiode brukt mye tid på å revidere gjeldende målbeskrivelse. Ny målbeskrivelse trer i kraft i februar 2025 (Norsk psykologforening, u.å. b).

Det vi ikke konkretiserte i vårt forrige svar, var at fagutvalget kjente seg igjen i elementer av kritikken fra Andreassen. Dette har ført til flere endringer, og helt konkret kan man blant annet i den nye målbeskrivelsen se at forventet læringsutbytte til første samling i obligatorisk program er «kjennskap til samfunnspsykologien nasjonalt og internasjonalt (community psychology)». Det er også lagt til en egen sam-



**TEKST** Fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi: Thea Kongsrud Skard, Lene Sommerseth Hansen, Kjersti Hildonen, Fredrik Hansen, Ingvild Rasmussen, Håkon Emil Coucheron Fredhammer, Andrea Kanavin Grythe og Kristin Andreassen

## KONTAKT

ingvild.rasmussen@haugesund.kommune.no



ling med tema menneskerettigheter, brukerinvolvering og recovery.

Når det er sagt, så er det store tema som skal gjennomgå over et begrenset antall kurssamlinger. Vi forventer derfor, som vi skrev i forrige tilsvar, at psykologer som ønsker å fordype seg grundigere i teori på samfunnskritiske temaer, vil måtte bruke tid også utenfor samlingene. Det vil berike kursene dersom deltakerne kan supplere drøftingene eller selv bringe inn kritiske tema til diskusjon. Vi er i gang med å revidere anbefalt litteraturliste hvor psykologene i spesialisering kan få innspill til relevant fordypningslitteratur. Vi vil etter innspill fra Ekelund legge til sentrale verk innen kritisk teori på listen, men vi har ikke anledning til å legge dette temaet inn i den nylig reviderte og vedtatte målbeskrivelsen. Kanskje vil en engasjert samfunnspsykolog foreslå å legge dette inn i målbeskrivelsen neste gang den skal revideres av et nytt sammensatt fagutvalg.

#### LYDHØRE FOR INNSPILL

Vi ønsker med innføringen av ny målbeskrivelse også å knytte sammen temaene fra undervisningen bedre gjennom en omlegging av organiseringen av utdanningsaktivitetene, og vi prøver å få til at hver samling består av to kursdager med en påfølgende dag med veiledning i gruppe knyttet til kurset. Vi håper at dette kan lette jobben til kursholderne med å skape en mer helhetlig opplevelse av spesialiseringsforløpet med bedre utbytte for deltakerne.

Våre kursledere er faglig dyktige og engasjerte folk, og vi ønsker å uttrykke stor takknemlighet for at de påtar seg det viktige arbeidet med å planlegge og gjennomføre utdanningen i tråd med gjeldende målbeskrivelse. Det er krevende å holde tråden i et så vidt fagfelt som spesialiteten representerer, og vi antar at det ligger en stor del idealisme og samfunnsansvar bak det å påta seg denne jobben. Vi opplever at kursholderne tar oppgaven på alvor, og er lydhøre for evaluering og innspill fra kursdeltakere underveis og etter gjennomført kurs.

#### ARBEIDET GJØRES AV MEDLEMMENE

Psykologforeningens arbeid gjøres i all hovedsak av oss – foreningens medlemmer – og kvaliteten avhenger derfor av at vi som medlemmer engasjerer oss gjennom tilbakemeldinger, debatter, møter, valg og andre fagforeningsbidrag. Vi i fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi vil derfor igjen takke for innspill fra Andreassen og Ekelund, og oppmuntre dem til å fortsette å engasjere seg i NPF og i debatter om faglig innhold når de kjenner seg kallet eller anledningen byr seg.

Fagutvalget applauderer og ønsker velkommen deres ønske om å løfte psykologien til et makronivå med et kritisk blikk på gjeldende samfunnsstrukturer, som vi mener er nettopp det mest interessante med samfunnspsykologien som fagfelt. ✕

#### REFERANSER

Andreassen, H.I. (2024). Spesialiseringen i samfunnspsykologi trenger omlegging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(3), 188–199. <https://psykologtidsskriftet.no/meninger-debatt/2024/02/spesialiseringen-i-samfunnspsykologi-trenger-omlegging>

Ekelund, S.M. (2024). Teoritorste samfunns- og allmennpsykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(9), 612–613. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/08/teoritorste-samfunns-og-allmennpsykologer>

Fagutvalget for samfunns- og allmennpsykologi. (2024). Spesialiseringen i samfunns- og allmennpsykologi er i stadig utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(6), 404–405. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/05/spesialiseringen-i-samfunns-og-allmennpsykologi-er-i-stadig-utvikling>

Norsk psykologforening (u.å. a). Fagutvalgene. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen/utvalg-rad-og-interesseforeninger/fagutvalgene>

Norsk psykologforening (u.å. b). Ny målbeskrivelse for samfunns- og allmennpsykologi (gjelder for oppstart av kursrekke fom. 1. januar 2025). <https://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning/obligatorisk-program/samfunns-og-allmennpsykologi/malbeskrivelse-for-samfunns-og-allmennpsykologi-ny>

# Hjelp er ikke et udelte gode

Prisen vi betaler for spesialiserte tilbud, er at vi ikke kan hjelpe alle.

**I EN KRONIKK** i Psykologtidsskriftets septem-berutgave retter psykologspesialist Rolf Sundet (2024) søkelyset mot teorispesifikk seleksjon i spesialisthelsetjenesten. Sundet refererte til en person han hadde møtt som var blitt utredet ved Modum Bad uten å innvilges plass til videre behandlingsforløp. Å oppsøke hjelp, håpe at man har funnet den, for så å bli avvist, er vanskelig. Slik synes det å ha vært også i dette tilfellet. Avvisning er aldri noen god opplevelse, og vi må være lydhøre og ydmyke for slike tilbagemeldinger. Kanskje kan utredningsprosessen gjennomføres på en mer ivaretagende måte? Samtidig er det også slik at noe kan være vondt uten at det nødvendigvis betyr at det er feil.

## TERAPI ER IKKE ET UDELTE GODE

Vi skulle gjerne påberopt oss å ha kunnskap og ferdigheter til å behandle mennesker i alle livssituasjoner, til alle tider, på tvers av alle kontekster. Dessverre er det slik at både Modum Bad som institusjon og vi som fagpersoner har en rekke begrensninger. Vi er en spesialisert døgnenhet, som søker å gjøre vårt ytterste for å gi virksom behandling til pasienter med traumelidelser, angst, depresjon, spiseforstyrrelser, og folk som trenger par- og familierapi. Pasientene har til felles at de har strevd lenge, og at standardbehandling ikke har gitt tilstrekkelig bedring. I motsetning til hva Sundet antyder, er nettopp mangel på tidligere endring et *inkludjonskriterium* på Modum Bad.

Imidlertid lykkes vi ikke alltid. Det er leit å komme til kort. Vi forsøker å lære av dette, slik at vi kan forstå mer av hva som har effekt, og gjøre mindre av intervensjoner som ikke virker. For pasienten er imidlertid dette en fattig trøst. Å sette av 10–12 uker for å gjennomføre et krevende, intensivt og potensielt destabiliserende behandlingsopphold uten at de opplever

noen gevinst, er en enorm belastning. Noen blir faktisk sykere. Å snakke om terapi som et udelte gode, uten potensielt negative bivirkninger, er å snakke usant om terapi. Vi har en forpliktelse både overfor oppdragsgiver Helse Sør-Øst og de menneskene vi møter, om å forsøke å gi rett hjelp, til rett tid og på riktig måte.

## DIALOG OG MEDBESTEMMELSE

Et avslag fra Modum Bad betyr på ingen måte at pasienten ikke fortjener hjelp, har behov for det eller ikke kan hjelpes. Det betyr bare at vi erkjenner at vi ikke alltid er riktig hjelpeinstans. Spisskompetanse vil nødvendigvis bety at vi har snevret inn vårt fokusområde slik at de sårbare gruppene vi hjelper, skal ha best mulig utbytte av det vi kan gi. «Metodens teori» er ikke grunnlaget for avslag, og vi «identifiserer ikke pasienten som grunn for metodens tilkortkommenhet», slik Sundet spekulerer. Det å spørre folk om motivasjon, altså å være i dialog om tilbudene våre passer for dem, er medbestemmelse.

Vi skal være tydelige på hva vi kan og hva vi ikke kan hjelpe med, både for å følge opp vårt mandat og av respekt for pasientene. Ikke alle har nytte av en innleggelse ved Modum Bad. Og det er ikke et gode å få hjelp som ikke hjelper deg. ✕

## REFERANSE

Sundet, R. (2024). Ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(9), 614–617. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/08/ukulturen-i-teorispesifikk-seleksjon-og-behandling>



## TEKST

KariAnne Vrabel



FOTO: PRIVAT

## KONTAKT

kariannevrabel@modum-bad.no

## MERKNADER

Vrabel er ansatt ved Modum Bad



# Villedende veiledning

Ekspertise og engasjement uten tilstrekkelig analysekompetanse kan bli farlig. I ytterste konsekvens skades barn og familier.

**VOLD OG OVERGREP** mot barn er alvorlige og skadelige samfunnsproblemer. De siste 25 årene har det blitt etablert en rekke spesialiserte tjenester som arbeider med å avdekke og håndtere vold og overgrep. Ansatte i førstelinjetjenesten og bekymrede privatpersoner kan i dag ringe til Statens barnehus, Psykisk helsevern for barn og unge (BUP), Regionale ressursentre for vold og traumatisk stress (RVTS), Alternativ til Vold (ATV), Stine Sofies Stiftelse, lokale krisesentre og andre instanser og frivillige organisasjoner med kompetanse på problematikken. Det er lagt ned stor innsats for å fremme kunnskap på feltet og for å bedre systemene som skal håndtere sakene. Systemene er likevel etter mitt syn lite egnet til å støtte strukturerte vurderinger. Det er dermed stor risiko for at det gis villedende veiledning, forankret i hypotesebekreftende antakelser og svake faglige analyser. Dette kan skade barn og familier.

## EGNE ERFARINGER

Jeg vil gjerne starte med et eksempel fra da jeg selv arbeidet ved RVTS:

Jeg ble ringt opp av ansatte ved en barneverntjeneste i kraft av min ekspertise på alvorlige traumelidelser. De forteller om en tenåring som er plassert på institusjon. Ungdommen isolerer seg, driver med selvskading og er aggressiv. De ansatte klarer ikke å etablere relasjon, og det er mistanke om incest. Jeg deler min kunnskap om dissosiative fenomener og om samtalegrep som kan hjelpe i møte med overgrepsutsatte. Jeg utelot imidlertid et viktig veiledende innspill; hva om det ikke var slik? Senere viste det seg at ungdommens søster hadde egenproblematikk (iboende vansker) som satte barneverntjenesten på feil spor. Hun trengte hjelp med sin problematikk, og familien trengte hjelp til å forstå hennes vansker. Tenåringen på institusjonen hadde på feilaktig grunnlag blitt tatt ut av et trygt hjem og tvunget til å forholde seg til folk som trodde at han var utsatt for incest. Mitt snevre faglige spesialistblikk forsterket utelukkende én hypotese: incest. Senere, etter lang tids plassering av søskenflokket, ble mistanken om incest avkreftet. En hel familie opplevde sitt verste



## TEKST

Judith van der Weele



FOTO: LYDIA ELISE NYLAND

## KONTAKT

judith@vanderweele.no

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen





Slike saker må fanges opp for å unngå at barn mister trygge omsorgsbaser

mareritt med langsiktige konsekvenser for deres fysiske og psykiske helse. Også min veiledning villedet.

Et annet eksempel kan vise hvordan personer som reelt sett har blitt utsatt for vold, også kan bli skadelidende av å bli sett med et snevert, hypotesebekreftende blikk: En ungdom beskriver vold fra far til politiet. Han var den modigste i barneflokket, men også den med verst rykte og merkelappen «adferdsvansker» på seg. Han ble ikke trodd. Derfor måtte ungdommen og hans søsken leve i et mishandlingshelvete i enda flere år, helt til et av hans yngre søsken ble skadet av volden. Ungdommens opprinnelige utsagn mistet troverdighet fordi det ble tolket i lys av hans upålitelige adferd. En refleksjon rundt hvorvidt det kunne være noe i det han sa, uteble helt, noe som ville ha vært selvsagt om barneverntjenesten i saken arbeidet ut fra en bevisst analysepraksis.

### FALSKE POSITIVE OG NEGATIVE

I arbeid hvor vi som fagpersoner møter mennesker utsatt for vold og overgrep, vil de fleste av oss trolig ha kjent på frykt for å overse eller feiltolke indikasjoner på at slike krenkelser har forekommet. Det er godt dokumentert at utsatte selv kan bruke lang tid på å fortelle hva de har vært utsatt for (Steine et al., 2016), og det finnes en rekke eksempler på saker der utsatte ikke har blitt fanget opp, til tross for at hjelpeapparat og andre burde ha forstått og grepet inn. I tilfeller der vold og overgrep forekommer, men ikke avdekkes eller identifiseres som dette, snakker vi om såkalte falske negative. Historien om den voldsutsatte søskenflokket er et eksempel på dette.

Gutten på institusjon representerer et eksempel på motstykket til falske negative: falske positive. I saker med falske positive tror hjelpeapparat, politi eller andre feilaktig at vold og overgrep er til stede, uten at dette er tilfelle. I saker som gjelder barn, og der mistanken rettes mot foreldre, vil dette ofte føre til akutt plassering av barnet. Det kan også settes i gang tiltak og annen hjelp som ikke er hva barnet trenger. Slike saker må fanges opp for å unngå at barn mister trygge omsorgsbaser.

### MANGLER VED RESSURSMATERIELL

For å kunne fange opp slike saker trengs ressursmaterieell som er egnet til å styrke fagfolk i å foreta komplekse, helhetlige analyser, og vurdere mulige falske positive eller negative. Dette finnes dessverre lite, om noe, av Informasjonsmaterieell er ufullstendig og kan føre til alvorlig avsporing av det barnet og familien trenger hjelp til. Eksempelvis er det fra side 11 i veilederen «Seksuelle overgrep mot barn» (Sosial- og helsedirektoratet, 2003) listet opp en rekke symptomer på overgrep. Selv om det står skrevet at barns symptomer og utsagn kan handle om «andre ting», nevnes ingenting om hvilke andre årsaker dette kan være, i veilederens resterende 62 sider. Jeg har gjennomgått annet kursmaterieell og flere nettsider, og det samme gjelder også der. Leseren får ingen forståelse av hvilke andre årsaksforklaringer eller mekanismer som kan spille inn. Dermed blir forutsetningene for å foreta balanserte vurderinger heller ikke styrket.

### ANDRE HYPOTESER MÅ UTFORSKES

Når fagpersoner eller privatpersoner søker råd hos spesialister på vold og overgrep, er det viktig at disse spesialistene sier noe om nettopp disse «andre ting». Tilsvarende må andre årsaker beskrives utførlig på relevante kurs og nettsider. Det bør være stuerent å drøfte muligheten for falske



minner og hvorvidt manipulering kan ha forekommet. Siden kurs og veiledning fokuserer på å oppnå kompetanse på å avdekke vold og overgrep, blir ikke fagfolk trent på eller systemene rigget for å fange opp slike «andre ting». Offentlige midler investeres i de mange tjenester og organisasjoner som arbeider på dette feltet, men brukes etter mitt skjønn til å gi en altfor ensidig opplæring. Som fagfolk sensitiviseres vi til de alvorlige skadevirkningene ved vold og overgrep gjennom personlige beretninger, noe som kan være bevisstgjørende på alvoret ved å overse mishandling. Dessverre blir vi ikke gjort kjent med alvoret ved å ta feil og hva som kan bidra til å forebygge justisfeil.

Spesialister vil kunne ankre de som veiledes, gjennom sin ekspertise, i en fastlåst og uriktig posisjon. Samtidig får spesialistene sjelden feedback fra tjenester og enkeltpersoner etter veiledningen, og får dermed ikke vite hvordan saken utviklet seg, og hva som skjedde videre. Det blir med den anonyme drøftingen eller innledende vurderingen i akutfasen på grunnlag av begrenset informasjon. Der hvor en spesialist sier «dette høres svært alvorlig ut», vil uttalelsen kunne bli førende også der hvor det senere er god grunn til å avblåse bekymring. Etter mine mange år som sakkyndig har jeg i dokumentgjennomganger gjentatte ganger sett det samme – ekspertenes ensidige råd kan føre til hypotesebekrefte arbeid.

I saker med falske positive kan man i en akutfase ha støttet barnet, uten å holde andre mulige hypoteser åpne. Når dette kombineres med ensidig innhenting av opplysninger, kan arbeidet bli hypotesebekrefte. Man *skal* ta vare på barnet, men *samtidig* ivareta sakens uavklarte kompleksitet. Det skjer best dersom veiledning fremmer en bred analytisk forståelse av dynamikken som kan prege barnets situasjon.

### LÆRDOM FRA POLITIET

Politiet i Norge har de siste 25 årene oppdatert seg på etterforskningsmetoder og bruker i dag langt mer strukturerte undersøkelser når de analyserer sakskomplekser. Bakgrunnen var at det forekom for mange justisfeil. Enkelt sagt analyserer politiet mulige bias og støy hos etterforskere selv, de vurderer kilders motiver og pålitelighet, setter opp alternative hypoteser og forsøker å falsifisere forskjellige hypoteser. Det innhentes informasjon som kan avklare alle alternativer, og det arbeides aktivt fra å komme ut av en bekymringsdrevet etterforskning til nøkterne analyser. Med en slik fremgangsmåte kan voldshypotesen stå igjen sterk og underbygget dersom det er den som er nærmest fakta, eller bekymringen for vold og overgrep kan legges til side og annen nødvendig hjelp kan tilbys. Om førstnevnte er tilfelle, vil det kunne styrke barnets sak og rettslige posisjon at grundige undersøkelser av andre hypoteser er blitt gjort.

### ANALYSEKOMPETANSE ER NØDVENDIG

Spesialister på vold og overgrep trenger, som politiet, også analysekompetanse. Dette må komme i tillegg til kunnskap om vitnepsykologi, nevrotilstander, kulturell tematikk, psykiske lidelser og utviklingspsykologi, som alle er relevante tema som kan spille inn for hva barn sier og gjør. Barns utsagn kan være et resultat av egenproblematikk, av påvirkning, manipulering, eller ha som motiv å beskytte den som egentlig utfører volden. Utsagn kan komme av forvirring etter traume og redsel for represalier. Kanskje er det sant det den «benektende» forelderen sier, eller som barna som har trukket tilbake utsagn om vold, nå sier?





Alle mulige forklaringer på volds- og overgrep-utsagn må på bordet for å sikre at barn og familier får riktig hjelp

Sjeldne tilstander som kan forklare alvorlige forhold, må også undersøkes. Uregulert fungering, dissosiasjon og fortelling om sosial kontroll kan selvfølgelig være et resultat av vold og overgrep. Men det kan også ha andre forklaringer. Dette må også vurderes og innhentes kunnskap og veiledning om.

Alle mulige forklaringer på volds- og overgrep-utsagn må på bordet for å sikre at barn og familier får riktig hjelp. Foreldrenes hypoteser må undersøkes. BUP må være kildekritisk når de får informasjon om barnet fra kun en kilde – barneverntjenesten, og æresrelaterte voldsekspert må gi tydelig informasjon om alternative forståelser, slik at barnevernet settes i stand til å gjøre grundige undersøkelser. Barnehusene må hjelpe til med sortering av barnets mulige egenproblematikk og hvordan dette påvirker barnets fungering. Naturligvis kan barn både være utsatt for vold og ha egenproblematikk, også det må være en hypotese. Brede undersøkelser av flere hypoteser sikrer kvalitet.

#### ENORME KONSEKVENSER

Min erfaring er at fagpersoner og hjelpere for ofte overlater analyse til politiet, men selv ellers forholder seg til mulig overgrep-informasjon som fakta. Men politiet bygger sitt arbeid på informasjonsinnhenting hos andre, blant annet hos voldsspesialister. Alle som gir råd omkring barn og overgrep, må besitte grunnleggende analysekunnskap og grunnleggende kunnskap om «andre ting» som kan forklare barns fungering og utsagn. Fagekspert må forholde seg til kilders motiver og til egen støy og bias som følge av deres brennende spesialinteresse. Engasjement uten nøktern analysekompetanse er farlig. Vi trenger spesialister og informasjonsmateriell som tydeliggjør at det man ser, kan handle om noe annet enn det man tror. Dette vil styrke barns rettsikkerhet. Villedende veiledning har enorme konsekvenser for barn, deres familier og for samfunnet for øvrig. Utisiktet systemforankret tunnelsyn kan skade barn som trenger hjelp. ✕

#### REFERANSER

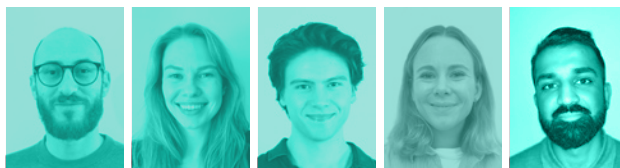
Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet*. Utgitt i samarbeid med Barne- og familiedepartementet. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle\\_overgrep\\_mot\\_barn.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2003/0017/ddd/pdfv/286825-seksuelle_overgrep_mot_barn.pdf)

Steine, I.M., Winje, D., Nordhus, I.H., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J. & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(11), 889–899. [https://psykologtidsskriftet.](https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep)

[no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep](https://vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep)

#### Rettelse

Til debattinnlegget «En arrogant anklage om terrorstøtte» av Nora Boutaleb og Mali Rosslund, som ble publisert i papirutgaven i august, var forfatterens merknad om interessekonflikt på s. 547 falt ut. Følgende merknad skulle vært oppført: *Mali Rosslund leder Palestinakomiteens interne BDS-utvalg (boikott, desinvesteringer, sanksjoner av Israel).*



AMAN DIP SINGH er spaltist i oktoberutgaven

# Et misogynt helsevesen?

Et interseksjonelt perspektiv individualiserer ikke årsakene til psykisk lidelse – det ser heller på virkningen av undertrykkelse.

**D**en internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD) er en sentral del av det globale helsesystemet. ICD-11 har introdusert flere viktige endringer, som gir klinikere bedre verktøy for å dokumentere hvordan langvarige og traumatiske opplevelser påvirker psykisk helse. Likevel mener jeg at ICD-11 fortsatt har mangler når det gjelder å anerkjenne de sosiale og strukturelle årsakene bak psykisk lidelse. Dette gjelder spesielt i tilfeller som knytter seg til kvinners opplevelser av vold. Jeg mener dette peker på en bredere utfordring i samfunnets forståelse av psykisk helse, der psykisk smerte og lidelse fremdeles ofte individualiseres uten at de bakenforliggende sosiale og strukturelle årsakene får tilstrekkelig oppmerksomhet.

## PÅGÅENDE FOLKEHELSEKRISE

Globalt sett er seksuell vold mot kvinner så utbredt at det kan betraktes som en folkehelsekrise. Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) har én av tre kvinner globalt opplevd fysisk og/eller seksuell vold (WHO, 2024). Selv om symptomer tilknyttet PTSD, angst, depresjon m.m. ofte blir fanget opp i ICDs diagnose-

kriterier, ignorerer manualen underliggende årsaker – for eksempel prevalensen av spesifikke stresskilder og hvordan de korrelerer med demografiske grupper (som kjønnsidentitet eller migrasjonsstatus). Dette gjenspeiles i statistikker som viser at kvinner rapporterer flere psykiske plager enn menn og er overrepresentert i diagnostiseringen av psykiske lidelser. Ifølge Folkehelseinstituttet rapporterer 10–30 % av kvinner psykiske plager, sammenlignet med 10–20 % av menn. Særlig er de yngre utsatt, hvor 40 % av kvinnelige studenter rapporterer psykiske plager, sammenlignet med 24 % av mannlige studenter (Folkehelseinstituttet, 2023).

Misogyni kan forstås som en systematisk nedvurdering av kvinner, enten bevisst eller ubevisst, og går dypere enn eksplisitt kvinnehat. Mens eksplisitt kvinnehat kan komme til uttrykk som trakassering eller vold, er misogyni i tillegg forankret i sosiale og kulturelle strukturer som påvirker hvordan kvinner behandles i samfunnet, inkludert i helsevesenet. Jeg mener at misogyni i helsevesenet handler om strukturer som systematisk over-individualiserer og sykeliggjør kvinners erfaringer. Det er ikke uvanlig, etter mine erfaringer, at kvinner som

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

## NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.





Mangelen på en teoretisk forståelse av kontekstuelle faktorer fører til at kvinners reaksjoner (...) i større grad blir tolket som symptomer på patologiske tilstander

lever med vold i hjemmet, ikke får et behandlingstilbud. Hvorfor? Fordi en eksplisitt og pågående kilde til stress ikke er forenelig med diagnostiske kriterier for PTSD. Helsevesenets opptatthet med «post»-aspektet av diagnosekriteriene gjør psykologisk behandling utilgjengelig for de mest utsatte gruppene i vårt samfunn. Dette kan imidlertid også argumenteres for å være hensiktsmessig; behandling for PTSD kan tenkelig være kvalitativt annerledes enn behandling som iverksettes samtidig som et individ lever under voldelige forhold. Dette gir pasientene en mulighet til å få helsehjelp som i bedre stand møter deres behov. Men samfunnets endemiske og disproporsjonale vold preger kvinners psykiske helse på gruppenivå, og kvinner kan preges av det uten å formelt sett tilfredsstillende diagnosekriteriene for PTSD. I disse tilfellene står vi i fare for å dekontekstualisere individet: Vi fokuserer ikke på de strukturelle og systematiske kildene for undertrykkelse og belastning, men snarere på hvordan dette kommer til uttrykk hos individet.

For eksempel har kvinner høyere forekomst av angstlidelser enn menn, men dette blir oftere sett på som individuell psykopatologi og ikke som en naturlig respons på langvarige stressfaktorer som kjønnsbasert vold og/eller undertrykkelse. Symptomer som angst, hyperårvåkenhet eller sosial tilbaketrekning kan være adaptive responser på å leve under ekstreme forhold, men når disse ikke settes i kontekst, risikerer de å bli misforstått som individuelle eller kjønnsbaserte karakteristikk, heller enn konsekvenser av miljømessige påvirkninger.

#### INTERSEKSJONELT PERSPEKTIV

På veien mot et inkluderende samfunn, herunder et rettferdig helsevesen, er vi tjent med å anvende et interseksjonelt perspektiv i diskursen om strukturelle skjevheter og hvordan det preger vår forståelse av psykisk lidelse. Dette innebærer at man vurderer symptomatologi opp mot sosiokulturelle og systemiske faktorer, slik som kjønn, etnisitet, klasse, seksuell legning, funksjonsevne, kjønnsidentitet, migrasjonsstatus, kognitive evner og geografisk tilhørighet (for å nevne noen). Psykisk smerte og lidelse kan derfor, fra et interseksjonelt perspektiv, forstås som et fenomen moderert gjennom ulike former for undertrykkelse og privilegier.

Diagnosemanualen er i sin nåværende form ikke tilpasset til å romme eller konseptualisere denne dynamikken. Vi står igjen med et verktøy som er godt egnet for å beskrive symptomer, men samtidig et verktøy som gjør at alle vurderes likt, og som kan rettferdiggjøre en forståelse av psykiske helseplager som individuelle og biologiske fenomener, løst fra de sosiale strukturene som former selve opplevelsene. Denne problemstillingen strekker seg ut over diagnosemanualen alene; det reflekterer en generell svakhet i hvordan vi forstår psykisk lidelse i vår kultur.

En kvinne med innvandrerbakgrunn kan for eksempel være mer utsatt for både strukturell vold i form av rasisme på grunn av synlige minoritetsmarkører, og kjønnsbasert vold fordi hun er kvinne. ICDs kategoriseringer vil ikke nødvendigvis reflektere denne kompleksiteten. Vi bør derfor forsøke å tilpasse diagnosemanualen slik at den omfatter den komplekse og dynamiske ytre verden, istedenfor å begrense den til statiske kriterier.

#### ICD ELLER KLINIKEREN - HVEM HAR ANSVARET?

ICD er konstruert som et diagnostisk rammeverk for å tilby en samling av symptomer og kriterier – ikke et teoretisk rammeverk for å forstå de underliggende årsakene til psykiske lidelser. Derfor kan en argumentere

for at det er klinikerens ansvar å vurdere individuelle og kontekstuelle faktorer (dette gjelder ikke bare ICD, men alle symptomdrevne diagnostiske systemer). Dette poenget er gyldig, men selv om ICD ikke har en teoretisk ambisjon, får det en normativ effekt i klinisk praksis. Dette påvirker hvilke symptomer som anerkjennes, og hvilke årsaker som vurderes. Mangelen på en teoretisk forståelse av kontekstuelle faktorer fører til at kvinners reaksjoner på traumer, som i noen tilfeller kan være adaptive overlevelsesstrategier, i større grad blir tolket som symptomer på patologiske tilstander.

I møte med mennesker som er av uendelig kompleksitet og unikhhet, mener jeg at klinikere har et ansvar for å forsøke å møte dem med åpenhet og ydmykhet. Begrepet kulturydmykhet peker på forståelsen av at man ikke nødvendigvis vet alt om den andre sin kultur. Her ligger lærdommen i å erkjenne hva man ikke vet, ikke at man skal ha et fullstendig bilde over alle tenkelige kulturelle forskjeller. Den samme

ydmykheten må også utvides til andre marginaliserte grupper.

ICD alene kan ikke holdes ansvarlig for en begrenset forståelse av psykisk helse, men den reflekterer en dypere systemisk svakhet i hvordan vi som samfunn forstår psykisk lidelse. Som psykoanalytiker Laura S. Brown påpeker, må psykologisk og medisinsk vitenskap utvide sin forståelse av traumer og lidelse til å inkludere effektene av undertrykkelse (Hollander, 2010). Et slikt skifte er ikke bare vitenskapelig nødvendig, men også etisk og rettferdig.

Et interseksjonelt perspektiv vil kunne fremme ydmykhet i møte med individenes unike opplevelser, inkludert deres strev og lidelse, og dermed åpne for et mer inkluderende, rettferdig og effektivt behandlingsapparat. Forhåpentligvis kan dette være et bidrag til å skape større forståelse og romslighet, fremfor stereotype og forenklete teorier om kjønnsforskjeller og andre former for sosial ulikhet. ✕

## REFERANSER

Hollander, N.C. (2010). The gendering of human rights: Women and the Latin American terrorist state. I A. Harris & S. Botticelli (Red.), *First do no harm: The paradoxical encounters of psychoanalysis, war-making, and resistance* (1. utg., s. 282–283). Routledge.

Folkehelseinstituttet. (2023, 17. august). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. FHI.no.

World Health Organization: WHO. (2024, 25. mars). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>

## Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 10. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

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

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

### 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.

## ANMELDT: BOK

# Samarbeid på godt og vondt i arbeidslivet

Boka fremhever psykologisk trygget som medisinen mot destruktive gruppedynamiske krefter, men ingen mirakelkur.



**BOK** *Redd organisasjonen.*  
En bok om psykologisk trygghet i arbeidslivet

### FORFATTER

Tor Wennerberg

ÅR 2024

FORLAG Gyldendal

SIDER 104

### ANMELDT AV

Emil V. Mogård,  
Moment organisasjon  
og ledelse

### MERKNAD

Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**MANGE ORGANISASJONER HAR** en utilstrekkelig forståelse av hvordan individer fungerer i grupper, mener arbeids- og organisasjonspsykolog Tor Wennerberg. Forestillingen om gruppen som dømmende og avvisende instans er så sterkt til stede i vårt indre liv at det kan hemme oss i å si hva vi egentlig mener, tørre å erkjenne feil, be om hjelp eller på andre måter markere oss som tydelige medlemmer av den. Wennerberg setter så en samtidsdiagnose på arbeidslivet, ved å stille spørsmål om dets toppstyrte hierarkiske strukturer og usikre arbeidsvilkår risikerer å fremme en ujevn kamp mellom tale og taushet, hvor symptomet blir at vi foretrekker stillhet. Målet med boken er å redegjøre for hva psykologisk trygghet er, dens sentrale betydning i moderne arbeidsliv og hvordan du kan få folk til å våge å si hva de mener, på sin arbeidsplass. Dette lykkes han stort sett godt med gjennom bokens fem kapitler. Boken er skrevet til ledere, HR og aktører innen leder- og organisasjonsutvikling, men kan også være til glede for et bredere publikum med og uten tilknytning til arbeidslivet.

### FRA SAVANNEN TIL NÆRINGSLIVET

De første sidene bruker Wennerberg på å innvie leseren i samarbeidets evolusjon, hvor forfat-

teren tar oss fra de afrikanske savanner og inn i hypermoderne organisasjoner. Grepet er en lettbeint, men effektiv måte å etablere evnen til å samarbeide på som en fundamental psykologisk infrastruktur i oss mennesker, og er viktig av to grunner. Det synliggjør at menneskelig samarbeid utviklet seg fra et evolusjonært ufravikelig krav om å overleve i gruppen, til at denne direkte gjensidige avhengigheten av hverandre slett ikke står like sterkt i dag. Individet har ikke lenger tilhørighet til bare én, men ofte mange grupper samtidig, og vil således ha flere bein å stå på sosialt. Dysfunksjonelle grupper kan derfor fortsette å eksistere over tid, fordi det ikke lenger har den dødelige utgangen det en gang hadde. Men enda viktigere, så setter dette premisset for resten av boken. For her løftes psykologisk trygghet inn som en mulighet til å utnytte det fulle menneskelige potensialet i grupper i arbeidslivet.

Psykologisk trygghet sier noe om det mellommenneskelige klimaet, og er individets fortløpende analyse av hvor trygt det er å be om hjelp, erkjenne feil eller uttrykke selvstendige meninger i gruppen. En sosial risikokalkyle hvor vi vurderer den mellommenneskelige konsekvensen av å si noe høyt eller forbli tause. Det er med kyndig hånd Wennerberg



ILLUSTRASJON: KRISTIN BØ

leder oss inn i den rike empiriske jungelen av funn på psykologisk trygghet. Han navigerer leseren gjennom de myke og harde sidene ved begrepet, og ivaretar en sunn balanse mellom å undre seg over relasjonspsykologiske aspekter og det å fremlegge mer prestasjonsorienterte funn på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Det er akademiske nikk til sentrale artikler fra Shepard og Bennis (1956), Kahn (1990) og 1940-tallets Kurt Lewin, men jeg savner en noe ryddigere fremstilling av det forskningsmessige slektskapet til psykologisk trygghet under ett og samme kapittel. Disse sentrale empiriske funnene er forløperne og inspirasjonsgrunnlaget til begrepet slik vi kjenner det i dag gjennom Harvard-professor Amy C. Edmondson (1999), og et innblikk i dets historiske utvikling hadde vært berikende. Samtidig er dette neppe noe den jevne leser vil bry seg nevneverdig om. Wennerberg behandler begrepet nennsomt og nyansert. Han avviser konsekvent psykologisk trygghet som omnipotent og eneansvarlig for at grupper og organisasjoner utnytter sitt fulle potensial, og viser til andre viktige forutsetninger for å lykkes med dette. Jeg kunne ønske at forfatteren viet mer plass til disse innvendingene mot psykologisk trygghet. Slik som hva det er som skiller det fra

det konseptuelt liknende begrepet tillit? Eller om man kan ha for mye psykologisk trygghet i en organisasjon, og om det er tilfeller hvor psykologisk trygghet kan ha negative effekter. Et eksempel på sistnevnte er hvordan psykologisk trygghet vurderes avgjørende også for grupper som begår etiske overtramp (Pearsall & Ellis, 2011). Forskerne argumenterer med at selv om enkeltmedlemmer er villig til å begå uetiske handlinger, så må man til syvende og sist føle seg trygg nok til å foreslå dette som et alternativ for gruppen. Et interessant perspektiv som igjen indikerer at psykologisk trygghet ikke er noe godt i seg selv, men avhengig av konteksten det virker i.

#### GRUPPEPSYKOLOGIENS KVELLENDE KREFTER

Boken er på sitt aller beste når Wennerberg skriver om «Mennesket som systemvesen». Mennesker som samhandler, inngår i system med hverandre, i alt fra dyader, grupper til store organisasjoner, men vi er også systemblinde. Vi må forstå kreftene som regjerer i systemene, ellers forblir vi fanget i deres vold. Her kommer forfatteren med opplysende redegjørelser av levende menneskelige system (Yvonne Agazarian), fase-teorier om gruppers utvikling og »

”

... med kyndig hånd leder Wennerberg oss inn i den rike empiriske jungelen av funn på psykologisk trygghet



Dette er faglig utbytterikt

gruppedynamiske hindre for psykologisk trygghet (Susan Wheelan) og Barry Oshrys teori om makt og systemer. Det er også her Wennerbergs psykologfaglige kompetanse skinner aller sterkest, og han engasjerer i sine beskrivelser av individets relasjonelle kobling til systemer rundt seg, sosiale overlevelsesseroller, åpne/lukkede system og intern kampdynamikk i gruppers utvikling. Dette er faglig utbytterikt for enhver som jobber med og ønsker å forstå seg på teamutvikling i en organisasjon.

Paradokset er, som Wennerberg skriver, at vi snakker mye om psykologisk trygghet, men yter ikke det krevende arbeidet nødvendig for å utvikle det. Det står i fare for å bli utvannet, og behandles mer som et «gruppespsykologisk plaster på såret som får oss til å tåle enda litt mer tidspress og konkurranse». Hvordan vi skal unngå dette på et samfunnsnivå, forblir uklart. Han kritiserer manglende organisatoriske forutsetninger og arbeidslivets strukturelle betingelser, uten å komme med noen konkrete svar på akkurat dette. Han forsøker å skape en slags «sense of urgency» gjennom rapporter om skrikende mangler på psykologisk trygghet i arbeidsrelaterte sammenhenger og i ytterste fall trusler om sivilisasjonskollaps, uten at det får mine varsellamper til å virkelig lyse. Botemiddelet blir å øke den psykologiske tryggheten i den enkelte gruppen, og her kommer han med nyttige råd og retninger som gir grunnlag for hvordan vi kan begynne å sno oss ut av hendene på de gruppedynamiske kreftene som taler for taushet og kveler tale. ✘

## REFERANSER

- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350–383. <https://doi.org/10.2307/2666999>
- Kahn, W.A. (1990). Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work. *The Academy of Management Journal*, 33(4), 692–724. <https://doi.org/10.2307/256287>
- Pearsall, M.J. & Ellis, A.P. J. (2011). Thick as thieves: the effects of ethical orientation and psychological safety on unethical team behavior. *Journal of Applied Psychology*, 96(2), 401–411. <https://doi.org/10.1037/a0021503>
- Shepard, H.A. & Bennis, W.G. (1956). A theory of training by group methods. *Human Relations*, 9(4), 403–414.



# LYS FREMTID FOR GRUPPEANALYSEN

Sigmund Karterud har drevet gruppeterapi i 50 år, og slår et slag for gruppeanalyse som en kostnadseffektiv behandlingsform i psykisk helsevern.

**PROFESSOR I PSYKIATRI** Sigmund Karterud har nylig utgitt boken *Group Analysis – A Modern Synthesis* på det prestisjetunge engelske forlaget Routledge.

– Jeg begynte å revidere min første lærebok om gruppeanalyse fra 1999. Etter revideringen tenkte jeg at den fortjente å bli oversatt til engelsk. Jeg diskuterte dette med det gruppeanalytiske miljøet i London, og de var interessert, forteller Karterud om initiativet til nyutgivelsen.

Mens den norske versjonen er over 500 sider, så Karterud behovet for å korte ned og tilpasse boken til et engelsk publikum.

– Den engelske versjonen inneholder omtrent en tredjedel nytt materiale, tilpasset internasjonale lesere, sier han.

## BEGYNNELSEN

Karteruds interesse for gruppeterapi strekker seg langt tilbake.

– Jeg har drevet med grupper siden 1974. Hvor mange år blir det? 50! På 80-tallet hentet vi inn et team med gruppeanalytikere fra London. Tidlig på 90-tallet ble Norsk gruppepsykoterapeutisk forening og Institutt for gruppeanalyse etablert, sier Karterud.

I sin tidligste oppblomstring i Norge var gruppeanalysen frontet av psykiatere, forteller han videre.

– I vår tid har psykiatere flest «trukket seg tilbake til pillene sine» og latt seg oppsluke av medikaliseringsbølgen slik at psykologer nå er i flertall blant de som utdannes og arbeider gruppeanalytisk.

*Hva skiller gruppeanalyse fra andre former for gruppeterapi?*

– I gruppeterapi skiller man tydelig mellom psykoedukative og dynamiske grupper. I psykoedukative grupper tar terapeuten en lærerrolle og formidler kunnskap, selv om man også kan ha et visst innslag av personlige fortellinger. I dynamiske grupper, derimot, er gruppeprosessen i seg selv det viktigste. De fleste dynamiske grupper er gruppeanalytiske, som er den dominerende tilnærmingen både i Europa og Norge, sier Karterud.

Han understreker betydningen av terapeutens rolle i gruppeanalyse:

– Når vi legger vekt på prosessen i gruppa, er det viktig å vurdere hvor dirigerende terapeuten skal være. I ren gruppeanalyse er det tydelige rammebetingelser, men den formale strukturen er minimal. Fokus er på følelser, selvforståelse og relasjoner og hvordan dette spiller seg ut her og nå i gruppa.

## BILLIGERE OG BEDRE

Når det gjelder fremtiden for gruppeanalyse, er Karterud ganske optimistisk.

– Jeg tror gruppeanalysen har en lys fremtid, så lenge den forblir praktisk orientert, kan moderniseres og knyttes til empirisk forskning. Samtidig må den være tett på tenkningen om hva det vil si å være menneske, og den må få større gjennomslag i allmenn psykologi. Språk og sivilisasjon er gruppefenomener. Symptomer er umentaliserte emosjoner som individet ikke har funnet uttrykksmuligheter og gjen-

**TEKST OG  
ILLUSTRASJON**

Nora Skjerdingsstad

## Sigmund Karterud

- professor i psykiatri, tidligere ved Universitetet i Oslo
- tidligere avdelingsoverlege ved Avdeling for personlighetspsykiatri, Oslo Universitetssykehus
- har en doktorgrad i gruppedynamikk og gruppepsykoterapi
- var første leder i Norsk gruppepsykoterapeutisk forening, og leder for Institutt for mentalisering i årene 2008 til 2020

klang for i sine fortidige tilhørighetsgrupper. I gruppeanalyse får individet en ny sjanse, sier psykiatriprofessoren.

Karterud understreker viktigheten av å opprettholde gruppeanalyse som et tilbud innen psykisk helsevern.

– Vi må gi et tilbud hvor folk kan utvikle seg. Rundt 20 % av befolkningen har moderate til store personlighetsproblemer, noe som fører til mange symptomidelser, opplyser Karterud.

Han forklarer også hvordan langvarig terapi kan være fordelaktig:

– I gruppeanalyse kan terapien vare fra to til fire år. Denne langsiktige tilnærmingen gir dypere innsikt og utvikling enn kortvarige, symptomrettede terapier. I Norge har mange DPS-er egne gruppenheter med ulike grupper, inkludert modifisert gruppeanalyse, som er tilpasset lengre behandlingsperioder.

Gruppeanalyse er også kostnadseffektivt, påpeker Karterud.

– Ja, du deler på tiden med flere andre, men du er likevel dypt involvert i det som skjer med de andre i gruppen. En gruppesamling varer i en og en halv time – dobbelt så lenge som en individualtime. Selv om det er seks-sju andre deltakere, betyr det ikke at du bare får en syvendedel av tiden. Du blir involvert i noe som engasjerer deg og påvirker deg, og du kan få like mye utbytte av å leve deg inn i andres historier som å dele noe fra ditt eget liv, sier Karterud og legger til:

– Jeg pleier å si at gruppeanalyse er en økologisk valid form for terapi. I det vanlige livet omgås klientene vanlige folk. En terapigruppe består av vanlige folk. Takket være terapeuten klarer slike grupper å utvikle sofistikerte former for diskurs med bruk av vanlige ord og omgangsformer som lett lar seg overføre til livet generelt. ✕

Les også bokessayet om Karteruds *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppeterapi* på neste side.



I gruppeanalyse får individet en ny sjanse



# Stol på gruppen?

Som nyutdannet psykolog var Karteruds klassiker en uvurderlig inspirasjon til arbeid med psykodynamiske grupper. Den nye utgaven er enda bedre enn originalen.

Jeg hadde fått min første jobb. Rusinstusjonen jeg var kommet til, hadde i stillingsutlysningen vektlagt det prosessorienterte arbeidet med pasientene i terapigruppene. Som deltaker og pasient i en gruppeanalytisk gruppe over flere år gjennom studiet var jeg blitt tent på nettopp en slik jobb der vekten på grupper var det drivende elementet i behandlingen. Institusjonen var ledet av dyktige sosionomer som anla en helhetlig psykodynamisk forståelse og tenkning omkring ruspasientene og de mangefasettete gruppeprosessene som foregikk i alle bauger og kanter på institusjonen. Pasientene hadde alle mer eller mindre alvorlige personlighetsforstyrrelser kombinert med ruslidelsen og andre symptomlidelser.

På biblioteket fant jeg førsteutgaven av Karteruds massive bok *Gruppenanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*, og jeg kjente igjen bokryggen i de fleste av behandlernes egne bokhyller. Førsteutgaven er fra 1999. Jeg hadde allerede fordypet meg i den nærmest skjønnlitterært velskrevne boken til den russisk-amerikanske psykiateren Irvin D. Yaloms *The Theory and Practice of Group Psychothe-*

*rapy*. Dette var en bok jeg koste meg med, og jeg ble gledelig overrasket over å finne en like tykk murstein her på biblioteket på Toten. På norsk! Boken engasjerte, samtidig som jeg minnes den som mangelfullt redigert. Som om den bar preg av hastverk i skriveprosessen. Gledelig er det derfor at den nye utgaven virker strammere og betydelig gjennomarbeidet siden førsteutgaven. Jeg mener den er blitt svært god.

## DEN SELVUNDERSØKENDE KULTUR

Professor og psykiater Sigmund Karterud er en foregangsmann i feltet gruppeterapi i Norge, og er nok et kjent navn for de fleste gjennom sitt sterke engasjement i det psykiatriske fagfeltet. I tillegg til å utgi bøker er han dessuten påmeldt den offentlige debatten om psykisk helsevern. Nylig leste jeg i danske Weekendavisen hans faglige anbefalinger mot nedskjæring av lengden på tilbudet til dem med emosjonelt ustabile personlighetsforstyrrelser.

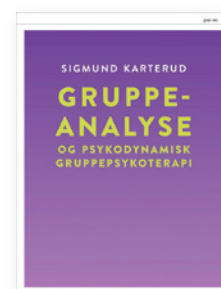
Karterud synes å ha vært rett mann til rett tid til å utfolde det gruppeanalytiske og gruppeterapeutiske miljøet her hjemme. Hans interesse og engasjement for området strekker seg tilbake til 1970-tallet, da han selv jobbet som lege

## TEKST

Henrik Kamphus,  
privatpraksis

## KONTAKT

kamphus@gmail.com



**BOK** *Gruppenanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*

## FORFATTER

Sigmund Karterud

ÅR 2023

FORLAG Pax

SIDER 613



på Ullevål 6b under ledelse av Herluf Thomstad, får vi lese i *Gruppeanalyse*. Vi blir tatt med på den radikale reisen inn i hvordan makten og organiseringen i de psykiatriske sykehusene i denne brytningstiden åpnet opp for en utvidet demokratisk og egalitær kultur. En slik holdningsendring i behandlingssideologien var en naturlig følge av at «terapeutiske samfunn» fikk et helt annet vekstgrunnlag etter både nazismens og fascismens fall i etterkrigstiden; det var også en reaksjon på tidligere tiders psykiatriske undertrykkende regimer. Nå var det et annet klima for fremtidsoptimisme i Vesten. Behandlingene vektla i større grad de sosiale relasjonenes betydning, både individuelt og i grupper. Dreiningen i behandlingene gikk fra en medisinsk modell mot at relasjoner, grupper og strukturer ble gjenstand for refleksjon og (selv)undersøkelse. Kommunikasjonen mellom individer, og i og mellom grupper, ble hjørnesteinen for de nye behandlingsformene. Det var i dette landskapet at gruppeanalysens stamfar Siegmund Heinrich Fuchs – omtalt som S.H. Foulkes – grunnla og utarbeidet det vi i dag kjenner som gruppeanalyse.

#### HVA ER GRUPPEANALYSE?

Bokens tittel tilsier at den også handler om psykodynamisk gruppepsykoterapi, men her ønsker jeg i hovedsak å si noe om gruppeanalysen, som er den mest «renskårne» formen for gruppepraksis. Slik jeg leser boken, er den psykodynamiske formen mer som gruppeanalyse med parametre, avarter og tilpasninger til det som betegnes som gruppeanalyse. Det er også spesielt Karteruds beskrivelser av fremveksten av gruppeanalysen som fanger min interesse ved gjenlesning av boken. Jeg synes gløden og beskrivelsene fra den tidlige tiden korresponderer godt med mine egne erfaringer i gruppe, ikke minst emosjonelle opplevelser og erfaringer fra å delta i eller å lede en gruppe, men som kan være vanskelig å sette ord på hva er. Det som kjennes, og det som *er*, men ikke like lett kan sies.

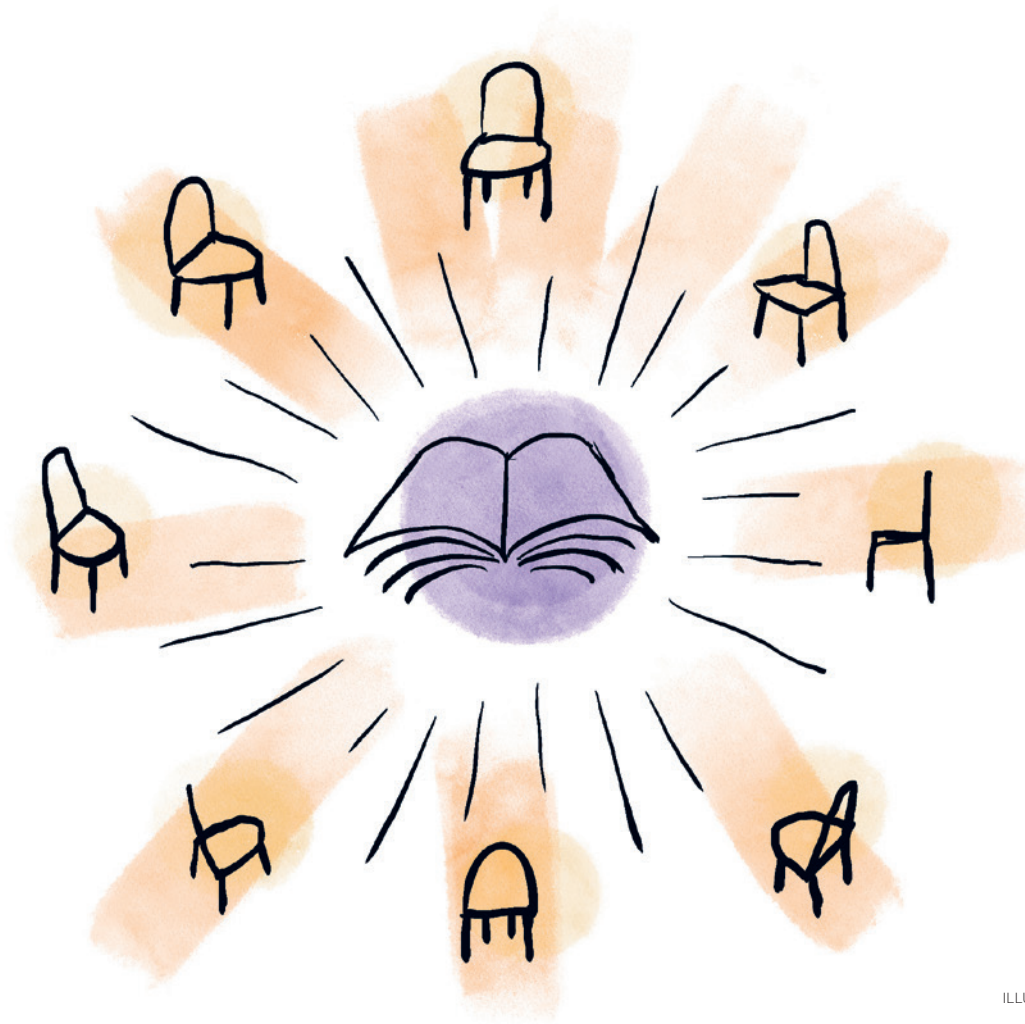
Hva er så gruppeanalyse? Det er ikke et enkelt og enhetlig svar på dette all den tid «... gruppeanalysen er en teori, praksis og sosial bevegelse» (s. 16), men begrepet har sitt klare utspring fra Foulkes – en opprinnelig tysk-jødisk psykiater og psykoanalytiker.

Gruppeanalysens fødsel dateres ikke overraskende til 1946. Behovet for hjelp for de

mange traumatiserte etter krigen var massivt, og de langvarige individuelle psykoanalysene egnet seg ikke for alle. Ulike former for gruppe-terapi var allerede forsøkt, men det var først da Foulkes' – som hadde flyktet til England allerede i 1933 – allsidige og energiske kraft fikk virke i London i etterkrigsårene, at gruppeanalysen både ble en samlende bevegelse og det ble utviklet en tenkning omkring det å arbeide klinisk med gruppeanalyse. Ikke minst gjennom stiftelsen av Group Analytic Society i 1952. Karterud skriver: «I årene etter krigen vekket Foulkes' ideer tilstrekkelig resonans i fagmiljøet i London til at det kunne dannes den kjerne av personer som er nødvendig for et levedyktig gruppeselv» (s. 17). Inspirasjon fra både sosiologisk tenkning, især fra den poststrukturalistiske «Frankfurter-skolen» med vekt på ubevisste prosesser og fenomener i kulturen, samt gestaltpsykologi var naturlige og viktige ingredienser. Og sammen med psykoanalytisk tenkning – med dens vekt på ubevisste prosesser, forsvarsmekanismer, angst og overføringsfenomenen – dannet disse tre retningene til sammen gruppeanalysens viktigste inspirasjonskilder.

Gjennom beskrivelser av Foulkes' stasjonering som psykiater på The Northfield Military Neurosis Centre får vi blant annet historiske detaljer om de innledende og kreative forsøkene på å drive ulike typer grupper. Her samarbeidet han med kjente navn som Wilfred R. Bion, Tom Main og Pat de Maré. Det er fra dette militærpsykiatriske sykehuset at begrepet «terapeutiske samfunn» ble skapt, noe som siden – og fortsatt – skulle prege både driften og synet på den psykososialt orienterte formen for psykiatrisk behandling. Sykehuset ble sett på som et sosialt system av samhandlende grupper, pasientene var både medaktører og samhandlere i utformingen av behandlingen, kommunikasjonen i sykehuset hadde frihet og åpenhet som idealer. Denne ideologien og tenkemåten lå til grunn da reformeringen av de norske psykiatriske sykehusene skjedde, og hadde altså sitt utspring ved psykiatrisk avdeling 6B for kvinner ved Ullevål sykehus i 1959 med psykiater Thomstad i spissen.

Karterud evner å formidle Foulkes' glød og engasjement. Sett oppimot vår egen nåtidige tildels reduksjonistiske og byråkratiserte tidsånd, med forvitring av spesialisert faglig ledelse, virker etterkrigstiden som en periode med optimisme, behandlingsiver og troen på individets



ILLUSTRASJON: KRISTIN BØ

og gruppens terapeutiske potensial. «Trust the group!» var et utsagn som fanget Foulkes' innstendige tro på gruppens helende potensialer under de rette rammebetingelsene. Men akkurat dette med å stole for blindt på gruppens helende, positive og terapeutiske potensial er noe Karterud setter under lupen; hva med gruppens destruktive sider og krefter? Dette får vi høre mye mer om, både gjennom teoretiske diskusjoner og klinisk-tekniske håndtering av rammene for behandlingen.

Hvordan ser gruppeanalytiske møter ut? La oss se på noen vesentlige punkter som Foulkes utarbeidet, og som i stor grad står seg i dagens gruppeanalyse. Dette gjelder endog hans aller tidligste arbeider fra å lede grupper midt på 1940-tallet. Jeg får naturligvis ikke gått i full detalj om dette, men ønsker å skissere noen punkter.

En typisk gruppestørrelse er omkring åtte pasienter som møtes ukentlig til halvannen times lange sesjoner. I motsetning til de første gruppene Foulkes ledet, er dagens grupper kjønnsheterogene, og det ukentlige gruppemøtet er i hovedsak pasientens eneste behandlingstilbud.

Karterud oppsummer Foulkes' tidlige tenkning om behandlingssituasjonen: «Pasienten skal bringes ut av sin isolasjon og inn i en sosial situasjon der han kan uttrykke seg fritt, føle seg forstått og vise forståelse for andre ... andre har samme type irrasjonell angst og «tåpelige» tanker som han selv ... projektive fenomener florerer i gruppen ... dypere ubevisst materiale (kan) komme lettere til overflaten ...» (s. 27). Og gruppe-

”

«Trust the group!» var et utsagn som fanget Foulkes' innstendige tro på gruppens helende potensialer

»



Denne mannen klarer å erte på seg gråstein

lederens – også kalt «dirigenten» (the conductor) – fremste oppgave er å «forstå og tolke overføringsmanifestasjoner» (s. 87) samt å «etablere og vedlikeholde den gruppeanalytiske situasjon» (s. 39) gjennom å avstå fra å lede og avstå fra forslag til temaer. Det er opp til gruppen der og da. Her og nå. «Dirigenten» streber etter å skape et dialogklima preget av en «gruppe-assosiasjons-metode» etter inspirasjon fra psykoanalysens frie assosiasjoner. Den kollektive motstanden i gruppen mot å gå inn i visse krevende eller smertefulle emner trenger å fortolkes, overføringsforhold blir kommentert, det blir vektlagt en kommunikasjonsfremmende holdning og med vekt på at gruppen reagerer som et hele. Med Foulkes' søkelys på denne form for lederskap tenkte han at gruppen kunne utvikle seg og bli selvstendig og uavhengig, at den kunne være spontan med tanker, følelser og assosiasjoner, og at deltagerne – som i en psykoanalytisk behandling – kunne få åpenbart og korrigert sine selv- og objektrepresentasjoner (mine ord) som spilles ut i gruppen.

#### INDIVIDET GJENNOM GRUPPEN

«Gruppeanalyse er behandling av individet gjennom gruppen» (s. 58). Slik jeg forstår Karterud, er dette et vesentlig gruppeanalytisk kjennetegn som var til stede allerede fra Foulkes' tidlige tenkning. Fortolkninger av overføringsfenomen og samspill som utspiller seg her og nå, gjøres gjerne mot gruppen: «Jeg lurer på om forsentskomningen i dag kan være en reaksjon på hvordan du opplevde gruppen sist time ...». Gruppeleder forsøker – når det trengs – å tydeliggjøre det emosjonelle og gjerne ubevisste samspillet som deltagerne har i gruppen overfor hverandre, og overfor gruppen som et hele. Etter som gruppen blir mer høytfungerende og oppnår høyere stadier av modenhet, overtar de individuelle deltagerne gruppelederens funksjon, og gruppeleder kan så trekke seg mer tilbake og la gruppen jobbe mer uten hans eller hennes verbale innblanding. Gruppelederens funksjon er blitt internalisert i deltagerne og dermed i gruppesamspillet.

Dette siste om internalisering er gjenkjennelig fra mine egne erfaringer som pasient i gruppeanalyse, blant annet det som Foulkes kaller det «overnaturlige» eller «magiske» som oppstår i gruppen. Grupperommet var et rom som andre, og de andre deltagerne var vanlige folk, allikevel fremstod både de, rommet og gruppelederen som ladet og fylt av mening, atmosfære og stemning da vi møttes. Gruppelederen satte seg ned og signaliserte med det at vi var i gang. Den gruppeanalytiske rammen tillater å slippe til det som psykoanalytikerens Winnicott har omtalt som «potensielt rom», et sted mellom realiteten og fantasien (Winnicott, 1971). Der terapien kan foregå. Jeg husker særlig hvor viktig det i lengre tid var å dypt og inderlig føle at gruppelederen kjente meg og oss, at jeg var viss på at han visste hva han gjorde, og at han på ett vis var hevet over oss. Idealisert, opphøyet og liksom allmektig. Da var det trygt nok å komme frem.

#### FORMIDLING TIL FORNØYELSE OG FRUSTRASJON

Karterud selv har en enormt omfangsrik erfaring med grupper fra sine virksomme år – i sykehus, i privatpraksis, i utdanningsøyemed ved Institutt for gruppeanalyse- og gruppepsykoterapi og som underviser og lærer med artikler og bokutgivelser. Underveis i lesningen føler jeg at han er på hjemmebane. Hans engasjement smitter over og inspirerer meg til videre lesning og læring. Han har en god fortellerstemme, og det hele er formidlet på et svært godt norsk språk. Han leker og bolttrer seg i grup-

peterapien! Samtidig formidler han seg tidvis på en måte der han både er skråsikker og dominerende. For dette beundrer jeg ham når jeg er enig og blir begeistret, mens jeg i andre sammenhenger blir både opprørt, provosert og forbløffet. I slike partier har jeg tatt meg i å tenke: Denne mannen klarer å erte på seg gråstein! Karterud synes ikke alltid å ville modellere seg eller tilpasse seg en mer omgjengelig form der han kan kritisere uten å rakke ned på eksempelvis andre terapiretninger. Et forsonende trekk er imidlertid at han ikke bare sparker mot utvalgte syndebukker, som kleiniansk psykoanalytisk tenkning og objektrelasjonsterapi, men at «alle» får høre det eller gjennomgå fra hans tordentaler. Dermed kan et tips i lesningen av boken være at en kan ta med seg de skattene og den innsikten som Karterud deler av i rikt monn, uten at en sluker alt: En forsyner seg heller ikke med like mye av alt på et bugnende koldtbord.

Denne boken har fungert som, og vil nok fortsette å være, en grunnbok i utdanningen av gruppeanalytikere og psykodynamiske terapeuter i Norden. Karterud hevder selv i forordet at boken anlegger et grunnleggende idéhistorisk perspektiv, og at den ikke er oppskrift på hvordan drive gruppeanalyse. Den inneholder rikholdig litteratur på gruppeanalysens utvikling, konkret om rammebetingelser, og et eget lengre kapittel om «Moderne gruppeanalytisk psykoterapi». Sistnevnte er tett på klinikken gjennom 93 (!) kasuistikker som illustrerer dilemmaer og temaer innen den anvendte gruppeanalytiske behandlingsformen. På denne måten blir denne omfangsrike boken mer enn bare en innføring i gruppeanalyse, og en vil etter endt lesning antagelig føle seg nokså godt orientert om hva gruppeanalyse er, og hvordan den ser ut i praksis.

Boken er som nevnt svært omfangsrik med sine 613 sider inkludert referanseliste og register, og kanskje kunne noen av kapitlene vært sløyfet. For min del fenget ikke kapittelet om filosofi like sterkt som andre kapitler, men dette kan være en smakssak. For meg var det særlig innføringen i gruppeanalysens tidlige historie som begeistret. Og dette overrasket meg; jeg tenkte først at det var det klinisk nære kapittelet i slutten av boken med 93 kliniske vignetter som skulle fenge aller mest. Det siste kapittelet er svært godt skrevet, likevel var det altså Karteruds glød og gode beskrivelser av Foulkes som begeistret mest.

Oppsummert synes jeg boken er strålende ved at den er grundig, gjennomarbeidet, omfangsrik og velskrevet. Det er vitaliserende å føle og kjenne forfatterens livslange engasjement skinne gjennom i teksten. Jeg håper flere lar seg begeistre gjennom å lese boken og dessuten forsøke seg på det emosjonelt utfordrende og spennende feltet som gruppeanalyse og gruppeterapi er. ✘



Det er vitaliserende å føle og kjenne forfatterens livslange engasjement

## REFERANSER

Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*.  
Routledge Classics.

## MINNEORD

## BERIT ÅS (1928-2024)



**NÅ ER DET** beina. For ni år siden var det ryggen. Det var derfor jeg fant meg en benk å sitte på foran Stortinget, da venstresida demonstrerte mot de foreslåtte frihandelsavtalene TTIP og TISA 10. oktober 2015. Der fikk jeg snart selskap av et annet godt voksent menneske. Det var Berit Ås.

Det var den første samtalen. Og siden var vi venner. Det var artig å finne ut at kvinneforskeren Harriet Holter var et tilknytningspunkt. – Hun var min mentor i studietiden, sa Berit. Og hun var min fars første kone. Liten verden.

Enda artigere, nei vent, storslagent var det for meg som vokste opp med The Beatles som lydspor, å høre henne fortelle om da hun en gang i tida faktisk bodde hjemme hos Yoko & John i Dakota-bygningen i New York City. Du verden!

Da Berit fikk vite at jeg hadde gitt ut et par diktsamlinger, fikk hun nok et puff for å samle sine egne. Det var ikke lett. Jeg kontakta en rekke forlag til null respons. Enda vanskeligere er det å forstå hvorfor venstresidas dagsavis Klassekampen ikke ville anmelde hennes bok «Dikt i utvalg» da den omsider – takket være kvinneaktivister og kronerulling – kom ut i 2022. Jeg purra mer enn én gang.

Politiker, partileder, psykolog, professor, poet, universitetslærer, kvinneaktivist, medmenneske ...

Jeg lærte mye av Berit Ås. For eksempel lærte jeg at sjøl om det kan tastes både her og der, så er det ikke forbudt å finne fram penn og papir. Og det varmer virkelig å finne noe annet i postkassa enn regninger og reklame. Berit Ås skrev kort og brev. Og hun tasta ikke på mobilen, hun ringte. Det varmer å høre en stemme.

Berit døde hjemme i Asker lørdag 14. september, omringet av familien. For meg er det trøsterikt å vite at diktet jeg skrev til henne fredag, ble lest opp for henne den samme fredagen.

*På en benk på Eidsvolls plass  
Bred nok til at to fikk plass  
Der traff Ola Berit ... Ås  
Der gikk nøkkelen i lås*

*Høye porter åpnet seg  
Ja, det fins en fremtidsvei  
For mens'kene på Jord  
Det finnes gode ord*

*Og det finnes handlinger  
Som fremelsker forvandlinger  
Berit har sagt det, Berit har gjort det  
Ingenting av dette  
blir noensinne borte*

Ola Bog



## MINNEORD

## MAGNE KVAMME (1954-2024)



**DEN 8. JUNI 2024** døydde Magne Kvamme, 69 år gamal.

Magne voks opp på Folkestad i Volda kommune i Møre og Romsdal, som det fjerde barnet i ein søskenflokk på åtte. Han gjekk på det 2-årige gymnaset på Nordfjordeid, og utdanna seg til psykolog ved Universitetet i Bergen. Han byrja si yrkeskarriere som skulepsykolog på Stranda på Sunnmøre, og gjekk så over i psykologarbeid ved Ålesund sjukehus. Her tok han spesialistutdanning i både klinisk psykologi og nevropsykologi. Magne hadde allsidige evne, og utvikla på eiga hand eit komplett pasientadministrativt datasystem.

Han vidareutdanna seg ved Institutt for Psykoterapi, der han seinare også vart lærerapeut og vegleiar. I meir enn 20 år arbeidde han som avtalespesialist.

Magne hadde ein roleg og sakleg veremåte, og var ein styrke for arbeidsmiljøet. Med bakgrunn i den rike og frodige folkekulturen på Folkestad og i Volda, kunne han mange historier. Desse vart så godt fortalt, at sjølv om me hadde høyrte dei fleire gonger før, så venta me

i like stor spaning og fryd på at Magne på sin lågmælte måte nærma seg historia sitt høgdepunkt.

Han hadde stor interesse for musikk, og han komponerte melodiar og spelte gitar.

Fleire av oss gjekk gjennom åra lange fjellturar saman med Magne, i Tafjordfjella, Breheimen, Trollheimen, Stølsheimen, med vidare. Han var på desse turane ein sikker navigatør, og bidrog til gode stemningar der også.

I periodar over dei siste to tiåra opplevde Magne livspåkjenningar, med tap av nære relasjonar. Han klarte likevel å gå vidare på ein god måte, og dei siste åra han levde, fekk han gode personlege opplevingar. Han vart råka av alvorleg somatisk sjukdom, og den siste tida vart prega av dette.

Me kjem til å sakne Magne.

Våre tankar går spesielt til sønene Anders, Kristoffer og Halvard.

*Torbjørn Alme, Gunnar Os Nilsen, Asle Rypdal og Ole Jonny Sørdal*

## Klinisk helsepsykologi – et godt bidrag til et moderne helsevesen



Hanne Indregard Lind, visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik  
Foto: Psykologforeningen

Landsmøtet 2019 vedtok opprettelsen av en ny spesialitet, og nylig ble den første spesialisten i klinisk helsepsykologi godkjent. Dette er en milepæl! Spesialiseringen representerer muligheter for mer helhetlig forståelse, utredning, behandling og rehabilitering, hvor somatiske, psykiske og sosiale forhold sees i sammenheng. Den bringer også mer psykologfaglig kompetanse inn i ulike tjenester. Inn i tverrfaglige og koordinerte tjenester i somatiske sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, psykisk helsevern, brukerorganisasjoner, privat praksis, helsestasjon, NAV, kommunale lavterskeltiltak eller andre steder i primær- helsetjenesten. Fagfeltet og det at psykologer nå kan spesialisere seg innen det, gir utvidede muligheter for bredde i psykologifaget og i psykologers arbeidsmarked.

Mange psykologer brenner for feltet og det finnes allerede psykologer som jobber på helsestasjon, på frisklivssentraler, i den somatiske delen av sykehus, innenfor rehabiliteringstilbud, med palliasjon, på smerteklinikker og så videre. Disse psykologene benytter psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter, ofte i tverrfaglig samarbeid, i møte med pasienter med somatisk sykdom, somatiske symptomer, skade eller funksjonsnedsettelse, og deres pårørende. De jobber med mennesker i alle aldre, i ulike sykdomsforløp og driver med svært varierte oppgaver, som kartlegging av psykisk helse, vurdering av psykisk helse opp mot somatisk tilstand og identifisering av hensiktsmessige tiltak, behandling av langvarige smerter, veiledning, samt samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Arbeid

med identitet og eksistensielle spørsmål kan være en del av hverdagen, da pasientene man møter kan stå i en stor livsombelasting eller krevende, langvarige belastninger. For pasientene betyr bidraget fra psykologer med kompetanse på klinisk helsepsykologi en mer helhetlig tilnærming, og mer fokus på livet de skal leve med sykdom eller skade, ikke bare symptomene i seg selv. For pårørende betyr det større muligheter for støtte, medvirkning og økt kunnskap i en situasjon hvor livet kan ha endret seg brått, eller hvor sykdom har medført store belastninger i familien over tid.

Psykologforeningen var medarrangør på en debatt på Litteraturhuset for noen år siden, hvor en ung mann som hele livet hadde levd med hjerteproblemer, beskrev hvordan det å møte en psykolog i somatikken hjalp ham å bearbeide frykten han følte som hertepasient og gav ham økt selvforståelse. Han skjønnte nå at frykten var en helt normal reaksjon på å leve et liv med sykdom og usikkerhet knyttet til egen helse. En slik endret selvforståelse kan bidra til bedre tilpasning til

**«Fagfeltet og det at psykologer nå kan spesialisere seg innen det, gir utvidede muligheter for bredde i psykologifaget og i psykologers arbeidsmarked.»**

sykdom og/eller skade, deltakelse i utdanning eller arbeid, og det kan forebygge fremtidige psykiske plager eller lidelse. I en somatisk tjeneste kan psykologens kunnskaper og kliniske ferdigheter bidra til å identifisere de som trenger intervensjoner knyttet til psykisk helse, bidra til bedre behandling under innleggelse, og også til å identifisere de som kan trenge ekstra oppfølging fra kommunen når de skrives ut, eller som trenger en plan og ekstra struktur for å klare å følge opp for eksempel medisiner eller trening etter utskrivelse.

For tjenestene og samfunnet vil bidraget fra spesialistene i klinisk helsepsykologi kunne medføre bedre, mer helhetlig

**«For pasientene betyr bidraget fra psykologer med kompetanse på klinisk helsepsykologi en mer helhetlig tilnærming, og mer fokus på livet de skal leve med sykdom eller skade.»**

---

og tilpasset behandling av pasienter med fysisk sykdom eller skade, og det vil også kunne føre til bedre forståelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser eller ruslidelser i psykisk helsevern og i den somatiske delen av helsetjenesten. Dette vil igjen kunne medføre mindre trykk på tjenestene og mer fornøyde ansatte. Andre faggrupper vil også, i et godt tverrfaglig miljø, kunne oppleve psykologens kunnskap som nyttig når de selv skal vurdere og behandle pasienten. En god, tverrfaglig drøfting vil sette både psykologen og andre faggrupper i bedre stand til å møte pasienten der den er, og kunne tilpasse tilnærming og behandling etter dette.

For psykologer som allerede jobber i somatikken, betyr spesialiseringen innen klinisk helsepsykologi en anledning til å spesialisere seg innen det de faktisk jobber med og med tellende praksis på det stedet de jobber. For nye psykologer og andre psykologer som kunne være interessert i å arbeide innen somatiske tjenester, representerer spesialiseringen utvidede muligheter både faglig og arbeidsmarkedsmessig. For arbeidsgivere gir spesialiseringen en bedre oversikt over hva psykologer med klinisk helsepsykologikompetanse kan bidra med, og økt anledning til å ta i bruk denne viktige kompetansen i sitt pasienttilbud. Rett og slett et godt og nødvendig bidrag til et moderne helsevesen!



## Endringer i arbeidsmiljøloven

Det er vedtatt endringer i arbeidsmiljøloven i løpet av sommeren, og disse har som formål å skape tydeligere og mer forutsigbare arbeidsvilkår for arbeidstakere.



Ellen Ekre Engh, spesialrådgiver i  
Psykologforeningens jus- og arbeidslivsavdeling  
Foto: Felicia Rolf / Psykologforeningen

Arbeidsmiljøloven er en vernelov som i utgangspunktet ikke kan fravikes ved avtale til ugunst for arbeidstaker.

### Nye krav til arbeidsavtalen

Flere av endringene omhandler krav til arbeidsavtalen. Forut for lovendringen skulle skriftlig arbeidsavtale foreligge senest en måned etter at arbeidsforholdet begynte. Med lovendringen er denne absolutte fristen nå på sju dager. Kravet gjelder i arbeidsforhold med en samlet varighet av mer enn en måned.

Bestemmelsen om minimumsinnhold i arbeidsavtalen i § 14-6, tilføres to nye presumsjoner i et nytt tredje og fjerde ledd. Det vil nå foreligge en presumsjon for fast ansettelse. Dette innebærer at dersom arbeidsgiver ikke opplyser om at arbeidsforholdet er midlertidig, vil fast ansettelse legges til grunn, så lenge ikke noe annet gjøres overveiende sannsynlig. I fjerde ledd tilføres en presumsjon for stillingens omfang. Presumsjonen innebærer at arbeidstakers påstand om stillingsomfang legges til grunn der arbeidsgiver ikke har opplyst om stillingens omfang, med mindre noe annet gjøres overveiende sannsynlig. Presumsjonene stiller dermed ytterligere krav til at arbeidsgiver skriftliggjør og sannsynliggjør arbeidsforholdets rammer.

Fremtidige endringer i arbeidsforholdet «skal tas inn i arbeidsavtalen tidligst mulig og senest den dagen endringen trer i kraft», som det står i lovens § 14-8. Unntak gjelder dersom endringene i arbeidsforholdet skyldes endringer i lover, forskrifter eller tariffavtaler.

I utgangspunktet vil ikke endringen få betydning for løpende arbeidsforhold per 1. juli i år; arbeidsgiver må ikke oppdatere arbeidsavtalen på eget initiativ. Hvis arbeidstaker ber om det, må imidlertid arbeidsavtalen

oppdateres tidligst mulig og senest to måneder etter mottatt anmodning. Avtalen må da suppleres i tråd med endringene i arbeidsmiljølovens § 14-6 første ledd og § 14-7 første og annet ledd.

Dersom en arbeidstaker som jobber deltid eller er midlertidig ansatt ber om mer forutsigbare og trygge arbeidsvilkår, skal arbeidsgiver gi et skriftlig og begrunnet svar innen en måned etter at forespørselen fant sted. En slik rett er betinget av at arbeidstakeren har vært ansatt i virksomheten i mer enn seks måneder, og er ferdig med eventuell prøvetid. Hvis du for eksempel er midlertidig ansatt og ber om fast ansettelse, vil du nå ha krav på et skriftlig svar fra arbeidsgiver. Det samme gjelder dersom du er deltidsansatt og ber om full stilling eller en høyere stillingsbrøk.

### Prøvetid

En viktig endring er at prøvetiden for midlertidig ansatte i utgangspunktet ikke kan overstige halvparten av ansettelsesforholdets varighet. Siden hovedregelen er at prøvetid maksimalt kan utgjøre seks måneder, vil endringen bare ha betydning for midlertidige ansettelser med varighet kortere enn 12 måneder.

Det kan ikke avtales ny prøvetid dersom arbeidstaker skal fortsette i samme stilling eller i en stilling som i det vesentlige er likeartet stillingen arbeidstakeren har hatt i samme virksomhet. Dette gjelder uavhengig av om opprinnelig og ny stilling er midlertidig eller fast. Dersom arbeidstakerens tidligere ansettelsestid og ny prøvetid ikke samlet overstiger seks måneder, kan imidlertid ny prøvetid avtales ved fast ansettelse.

Her er det imidlertid et unntak: Om du skal over fra midlertidig til fast stilling, kan man avtale ny prøvetid dersom den tiden du allerede har vært ansatt og ny prøvetid til sammen ikke overstiger seks måneder.

For statsansatte er det også gjort endringer i reglene om prøvetid. Endringen må anses å være nokså samsvarende med den som følger av arbeidsmiljøloven.

*Sidene merket  
Medlemsnytt er  
produsert av  
Psykologforeningen  
og er redaksjonelt  
uavhengig fra  
Psykologtidsskriftet.*

## 2 dagers kurs: Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



**Kursholdere:** Psykologspesialistene Thorvald Andersen & Asle Thude Elen.

Kurset gir en teoretisk innføring, samt opplevelsesbaserte øvelser og muligheten til å øve på nyttige ACT-ferdigheter.

Kurset søkes godkjent som 12 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

**Frist påmelding:** 5. november 2024

**Sted:** Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

**Dato:** 27 – 28 november 2024.

**Pris:** 6.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Pris studenter 4000 Kr.

**Hjemmeside for påmelding:**

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

**Kontakt:** [kontekstuell@gmail.com](mailto:kontekstuell@gmail.com)



Vill du ha kunnskap om menneskers beteende, besluttsfattende och förmåga att hitta verktyg för en hållbar framtid? Sök vårt masterprogram!

## MASTERPROGRAM I PSYKOLOGI

**MED INRIKTNING FRAMTID OCH  
GLOBAL ÖVERLEVAD 120 HP**

Kursstart januari 2025. Distans med närträffar.  
Ansök senast 15 oktober!

KAU.SE

**Galta testkompetanse**  
Kurs i evnetesting

## Kurs i administrering og tolkning av evnetesten WISC-V

Kurset går over to dager og gir kursdeltakeren innføring i:

Administrering av WISC-V, manuelt og digitalt

Tolkning av WISC-V

Metodiske, statistiske og psykometriske egenskaper ved WISC-V

Intelligensteori og tolkningsteori

Kognitiv fungering i ulike diagnosegrupper

Rapportskriving og tiltak

Kursholder Helge Galta driver **Galta testkompetanse** og har undervist i testpsykologi ved flere norske universiteter. Han har arbeidet i PP-tjenesten siden 2004. Helge Galta er forfatter av boken *Tolkning av WISC-IV. Teori og praksis* utgitt på Universitetsforlaget.

Kurset er beregnet for psykologer, pedagoger og andre som bruker WISC-V i sitt daglige virke, og både erfarne og uerfarne testbrukere kan dra nytte av undervisningen.

Kurset er **godkjent som vedlikeholdsaktivitet** for psykologspesialister av Norsk psykologforening.

**Tid:** 22. og 23. januar 2025 fra kl. 09.00 til 15.00 begge dager

**Påmeldingsfrist:** Snarest og senest innen 14.12.2024

**Sted:** Oslo kongressenter Folkets hus AS, Youngs gate 21, 0181 Oslo (Youngstorget)

**Pris:** kr 6 300 inkludert 2-retters lunsj, frukt, pausemat, kaffe og te

Kursdeltakerne får utdelt kursbevis elektronisk. Powerpointpresentasjon, tiltakshefte, veileder for rapportskriving, administrerings-

støtte og klargjøringshefte som forenkler tolkning av WISC-V, blir tilsendt på e-post.

**Anbefalt litteratur:** *Tolkning av WISC-IV, Teori og praksis*. Universitetsforlaget

**Påmelding:** Påmeldingsskjema på nettsiden foretrekkes. Eventuelt kan man sende e-post til [helge@galtatest.no](mailto:helge@galtatest.no)

For mer informasjon, se nettside: <http://www.galtatest.no>



# Psykologen i rettssystemet: Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

## Tema

Arbeidet som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett.

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

## Målsetting

Å få en grunnleggende forståelse for sakkyndighet og sakkyndighetsrollen og hvordan denne skiller seg fra øvrig klinisk arbeid. Få kjennskap til ulike områder hvor psykologer er etterspurt som sakkyndige. Kjenne til beslutningsteori og hvilke systematiske feil som kan begås ved beslutningstaking. Kunne fremstå i en rettslig sammenheng på en profesjonell måte.

Det vil primært bli separate forelesninger og noen øvelser.

## Om kursleder

Pål Grøndahl, spesialist klinisk voksenpsykologi og ph.d. Grøndahl er forsker ved Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus. Han har publisert flere artikler om rettspsykiatri og sakkyndighet mv. Han har arbeidet som rettspsykiatrisk sakkyndig de siste 15 årene og er aktiv debattant knyttet til spørsmål om sakkyndighet, rettspsykiatri, rettspsykologi og psykisk helse.

## Medvirkende foredragsholdere

Asbjørn Rachlew, Frida Gullestad Rø, Ingrid Sønstebø og Mette E. Garmannslund.

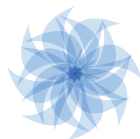
Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**Sted og dato:** Oslo, 14.-15. november 2024

**Påmeldingsfrist:** 10. oktober 2024

**Medlemspris:** kr 7 600

**Kursnr.:** 20PSY24008



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



## Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden [www.storebrand.no/akademikerne](http://www.storebrand.no/akademikerne)

Frist for å reservere seg eller si opp forsikringen er 15. oktober med virkning fra det kommende året.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



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

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

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



## GRUNNUTDANNING I EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: [www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

Dagsseminar med psykologspesialist  
Arne Blindheim

Oslo 26. november  
Stavanger 27. november

For mer informasjon om seminaret og om påmelding, gå til:

[www.krisepsykologi.no](http://www.krisepsykologi.no) eller skriv epost til [ar-blind@online.no](mailto:ar-blind@online.no)

## «RHYTHM AND BLUES FOR TODAY»

heter en blåtone (sang) som jeg, Tor Stenfelt, tidligere har laget; nå en honnør til personer som strever med å leve med en bipolar lidelse – en emosjonell horisont. På YouTube kan sangsøkeord være: tor stenfelt eller tor stenfelter e-post [stenfelt.tor@gmail.com](mailto:stenfelt.tor@gmail.com)

## 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33

# PSYKOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

### SPELPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, 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](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen).

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

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) og koster kr 15 900 per måneds visning.

#### ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

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

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

**Nyhetsbrev** sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen og den 15. i hver måned. For tiden er det ca 9 050 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

#### NYHETSBREVFOMATER

Full bredde	1/2 bredde
564 piksler for kr 7 500	264 piksler for kr 4 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

#### PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

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

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

#### ANNONSEFORMATER

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

#### ABONNEMENT OG LØSSALG

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

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





## Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos KC Follo AS for kr 375. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 605. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til [petter@kcfollo.no](mailto:petter@kcfollo.no)



## 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 søknadskjemaer finner du på hjemmesiden: [helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)



## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Min medlemsside

eller send e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

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

## 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

**Andreas Vindenes**  
studentrepresentant  
917 02 956  
andreas.vindenes@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

**Kristin Lothe Nordbø  
(1. vara student-  
representant)**  
476 54 401  
kristinnordb@hotmail.com

**Ingunn Aasen (2. vara  
studentrepresentant)**  
950 79 853  
ingunnaasen@hotmail.com

### LOKALAVDELINGER

**Akershus  
Andrea Wister**  
andrea\_wister@alumni.  
brown.edu  
994 35 493

**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  
Asiyah Michelle Farooqui**  
michelle.farooqui@  
gmail.com  
971 26 394

**Møre og Romsdal  
Bjørn Olav Henden**  
bjorn.olav.henden@  
helse-mr.no  
974 81 950

**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 Lindøe**  
libi@siv.no  
473 83 123

**Troms  
Ida Atalie Falch**  
Ida.atalie@gmail.com  
916 99 270

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

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

**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,  
evakarinloevaas@gmail.com,  
tlf. 916 64 076

*Eldrepsykologi*  
**Cecilie Gaustad**, leder,  
ceciliegaustad@gmail.com,  
tlf. 975 48 563

*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

*Organisasjonspsykologi*  
**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  
SPESIALISTSAKER**  
**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**  
**Andreas Vindenes**, leder,  
andreas.vindenes@  
gmail.com, tlf. 917 02 956

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

**FORSKNINGSPOLITISK  
UTVALG**  
**Klara Øverland**, leder,  
klara.overland@uis.no,  
tlf. 406 08 818

**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

**SEKTORUTVALG**  
*Spesialisthelsetjenesten*  
**Bjarte Bruntveit**, FTV  
Helse Bergen, leder, bjarte.  
bruntveit@helse-bergen.  
no, tlf. 909 98 052

*Stat*  
**Grethe H. Strand Rolfsen**,  
Bufetat Region Øst, leder,  
grethe.strand.rolfsen@  
bufetat.no, tlf. 959 99 232

*Kommunal sektor*  
**Kristin Haugholt**, leder,  
Ringsaker, kristinhaugholt@  
hotmail.com, tlf. 951 72 032

*Avtalespesialister*  
**Henrik Riekeles Vik**,  
Helse Sør Øst, leder,  
Henrik@riekelesvik.no,  
tlf. 408 45 848

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

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

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

*Jus og arbeidslivsavdeling*  
**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef,  
ja@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](http://www.psykologforeningen.no)

# Innhold

- 654 **To motstridende emosjonsteorier: implikasjoner for praksis**  
Fagessay | Haagen Klundby Kierulf
- 661 **Kognisjon og utvikling av psykoselidelse blant ungdom**  
Forskningsintervju | Matt Oxman
- 662 **Strategi for et psykisk sunnere folk 2024**  
Teoretisk artikkel | Arne Holte
- 678 **Sakkyndige psykologers refleksjoner om Barnesakkyndig kommisjons kvalitetssikrende funksjon**  
Originalartikkel | Nordanger et al.
- 688 **Taushetspliktens begrensninger**  
Fagessay | Langkaas et al.
- 694 **Problemet med kognitiv terapi**  
Etikkpanelet | Thomas Silfving
- 698 **MENINGER**  
Debatt: En multisystemisk tilnærming til ufrivillig skolefravær finnes allerede (s. 698),  
Fagutvalget imøtekommer teoritørste samfunnspsykologer (s. 701),  
Hjelp er ikke et udelt gode (s. 703)  
Kronikk: Villedende veiledning (s. 705)
- 709 **Et misogynt helsevesen?**  
Nye stemmer | Aman Dip Singh
- 712 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Samarbeid på godt og vondt i arbeidslivet (s. 712)  
Bokintervju: Lys fremtid for gruppeanalysen (s. 715)  
Bokessay: Stol på gruppen? (s. 717)
- 722 **Minneord**
- 727 **Annonser**
- 731 **Stillingsannonser**