

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 61 nr. 11 2024

Intersubjektiv i BUP

*Fra praksis
Moe et al.*

SPESIALISTFLUKTEN FRA OFFENTLIGE HELSETJENESTER

*Originalartikkel
Arner & Grepperud*

Utvannet profesjons- studium

*Aktuelt
Nanna Skram*

Psykologer og arbeidslinja

*Nye stemmer
Maria Igland*

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

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Frist for bestilling av annonser 15.11, 11.12, 17.01

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

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** 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, Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/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: HILDE THOMSEN

Med årets forslag til statsbudsjett kan sykehusene kutte enda flere sengeposter. Kronikk. Side 782



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

Hva gjør man når pasienten ber om hjelp til assistert selvmord i utlandet? Etikkpanelet. Side 772



Psykologien kan bidra til løsninger på klimakrisen. Bokessay. Side 790

Innhold

- | | |
|--|---|
| <p>734 Utvanning av profesjonsstudiet i psykologi
Aktuelt Nanna Skram</p> <p>740 Emosjonell jubileumskonferanse for IPR
Kommentar Daniel W. Gunstveit</p> <p>743 Intersubjektiv terapi med barn og unge
Fra praksis Moe et al.</p> <p>751 Behandling på bortebane
Forskningsintervju Matt Oxman</p> <p>752 Språkdeprivasjon hos døve og hørselhemmede
Fra praksis Cathrine Olaussen</p> <p>758 Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene
Originalartikkel Arner & Grepperud</p> <p>766 Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering
Ny vitenskapelig artikkel Dahlgren et al.</p> <p>767 Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress – en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina
Ny vitenskapelig artikkel Bjørknes et al.</p> <p>768 Psykologiprofessor Arvid Ås og den norske premieren på posthypnose
Artikkelkommentar Ole Johan Reine</p> <p>772 Hjelp til assistert selvmord
Etikkpanelet Rebecka Mikkelsen</p> | <p>776 MENINGER
Debatt: Så mye livssmerter (s. 776), Arbeidssatsingen som rant ut i sanden (s. 779), Seleksjonsvirksomhetens tvetydighet (s. 780)
Kronikk: Statsbudsjett og tomme lovnader (s. 782)</p> <p>787 Et psykologfaglig blikk på arbeidslinja
Nye stemmer Maria Igländ</p> <p>790 INNTRYKK
Bokessay: Den uløselige klimakrisen (s. 790)</p> <p>799 Annonser</p> <p>802 Stillingsannonser</p> |
|--|---|

Utvanning av profesjonsstudiet i psykologi

Finansieringen til nye studieplasser på profesjonsstudiet halveres. Samtidig åpner regjeringen for å utdanne flere psykologer. Kan konsekvensen bli lavere studiekvalitet?

TEKST Nanna Skram, journalist

Siden 2020 har tre stortingsmeldinger omtalt forhold som innebærer store endringer for profesjonsstudenter i psykologi og utdanningsinstitusjonene deres. Finansieringen mer enn halveres for nye studieplasser som opprettes.

KRAFTIG KUTT I FINANSIERING

Tidligere har Kunnskapsdepartementet øremerket midler til alle studiene på universitetene. Med ny finansieringsmodell får universitetene større frihet til selv å fordele midlene (Meld. St. 14 (2022–2023)).

Begrunnelsen for å innføre den nye modellen er at man ønsker en forenkling av finansieringssystemet og å gi mer autonomi til universitetene. For profesjonsutdanningen i psykologi kan modellen få store konsekvenser.

Med den nye finansieringsmodellen, som får virkning i statsbudsjettet for 2025, blir det tildelt langt mindre finansiering per profesjonsstudent i psykologi som blir ferdig, kalt «resultatbasert uttelling».

Tidligere var det seks forskjellige finansieringskategorier hvor profesjonsstudiet i psy-

kologi var i nest øverste kategori fordi studiet har mye praksis og ferdighetstrening. Den nye finansieringsmodellen har bare tre finansieringskategorier.

Kategori 1, på 56 600 kroner, er blant annet samfunnsvitenskapelige bachelor og mastergrader.

I kategori 2 finner vi profesjonsstudiet i psykologi, som får 84 900 kroner. Tidligere mottok utdanningsinstitusjonene for profesjonsstudier i psykologi årlig 228 000 kroner per student (Kunnskapsdepartementet, 2023).

I finansieringskategorien som får mest midler, kategori 3, finner vi studiene medisin, veterinær og odontologi, som får tildelt 198 150 kroner.

I tillegg til å redusere resultatbasert uttelling, vil det også finansieres mindre for nye studieplasser. Fra nyåret vil det bli tildelt 103 900 kroner per studieplass i kategori 1 og 2, som er mer enn en halvering fra tidligere inndeling. De øvrige kliniske profesjonsutdanningene som er i kategori 3, vil få tildelt 302 450 kroner.

I forarbeidene til Profesjonsmeldingen, der ny finansieringsmodell er foreslått, sendte president i Psykologforeningen (NPF) Håkon

Skard brev til Kunnskapsdepartementet. Han skriver at NPF er «bekymret for at en reduksjon i finansieringskategorier, som ikke er basert på kartlegging av reelle kostnader eller en konsekvensutredning, vil kunne lede til uohensiktsmessige vridningseffekter som rammer profesjonsutdanningen i psykologi.»

Skard synes det er vanskelig å si hvilke uohensiktsmessige effekter som kan bli resultatet av den nye finansieringsmodellen

– Psykologforeningen er bekymret for mulige uheldige utfall av det nye klassifiseringssystemet. Vi kan ennå ikke vite nøyaktig hva implikasjonene vil bli. Problemet er at det kan heller ikke Kunnskapsdepartementet siden det nye systemet ikke er skikkelig utredet, svarer han i en e-post.

Imidlertid er det foreslått å redusere finansieringen per nye studie-plass med 124 200 kroner årlig, noe som må få noen konsekvenser.

– Vi er uenige i at departementet har satt profesjonsstudiet i kategori to i stedet for kategori tre sammen med de andre kliniske studiene der profesjonsstudiet i psykologi hører hjemme. Dette har vi tatt opp med departementet og utdanningskomiteen på Stortinget, skriver Skard.

VIL TAPE PÅ FLERE STUDIEPLASSER

Magne Arve Flaten, Instituttleder ved Institutt for psykologi på NTNU, forklarer at den nye satsen på 103 900 kroner kun gjelder for nye studie-plasser som tildeles utdanningsinstitusjonene.

– Tidligere år har vi fått fem eller ti nye studieplasser, og får vi det i fremtiden, vil vi få mindre penger per student enn før, sier han.

NTNU, UiO, UiB og UiT sine nåværende studieplasser for profesjonsstudenter i psykologi vil bli finansiert som tidligere. Finansieringen kan likevel påvirke profesjonsstudiene i psykologi hvis de ønsker flere studieplasser, for da vil de få mer enn 100 000 mindre per student i året.

Med de nye satsene blir det vanskelig for utdanningsinstitusjonene å øke produksjonen av profesjonsstudenter, fordi de får mindre penger per student enn de gjorde tidligere, som ikke dekker kostnadene i studiet. Tilsvarende vil utdanningsinstitusjonene også tape mindre hvis de reduserer antall profesjonsstudenter.

Det synes Flaten ved NTNU er inkonsekvent.

– Det er ikke en økonomimodell som støtter opp om satsingen på psykisk helse, sier han.

ØKONOMISKE INNSTRAMMINGER

Per Håkan Brøndbo, instituttleder ved Institutt for psykologi på Universitetet i Tromsø (UiT) mener at den økonomiske autonomien som er foreslått i finansieringsmodellen, er en endring universitetssektoren har ønsket seg. Å diskutere og gå i dialog rundt konsekvenser og nødvendige grep med universitetsledelsen er enklere enn å måtte kontakte Kunnskapsdepartementet.

– På mange måter så har vi fått akkurat det vi har bedt om, sier han.

Samtidig synes Brøndbo det er uheldig at det kommer i en periode der det er totale rammeinnstramminger som følge av økonomiske nedgangstider. Da konkurrerer universitetssektoren med andre sektorer som også har behov for finansiering.

– På UiT har vi hatt en total gjennomgang av studieporteføljene der vi forventer synergieffekter og å kunne imøtekomme de nye budsjett-rammene for fremtiden, sier han.



INSTITUTTLEDER på NTNU Magne Arve Flaten.
Foto: NTNU.

”

– Det er ikke en økonomi-modell som støtter opp om satsingen på psykisk helse

Magne Flaten



Må tenke nytt med færre ansatte, angir Per Håkan Brøndbo. Foto: UiT.

For de ansatte på UiT vil det komme endringer. Brøndbo forteller at det har vært nødvendig å redusere antall fag, særlig på bachelornivå i psykologi, men de skal også ha en gjennomgang av profesjonsfagene. Undervisning i de gjenværende fagene vil foregå med større grad av sambruk av emner innenfor både bachelor og profesjon. Dette har instituttet forberedt seg på, og ledige stillinger på grunn av naturlig avgang har ikke blitt besatt på nytt.

– Vi kan ikke fortsette å fordele alle de gamle oppgavene på stadig færre ansatte, men må tenke nytt, sier han.

Profesjonsutdanningene ved UiO, UiB og NTNU har besluttet å ikke gjennomføre noen drastiske endringer som følge av den nye finansieringsmodellen.

KAN TAPE PÅ AT STUDENTENE IKKE BLIR FERDIG I TIDE

Den nye finansieringsmodellen fjerner den gamle kandidatindikatoren, som tok utgangspunkt i antall ferdige kandidater som uteksamineres på profesjonsutdanningen. Den nye modellen innfører to kriterier for å fullføre studiet på normert tid:

– En institusjons fullføringsandel sammenlignet med gjennomsnittet for de andre institusjonene.

– En institusjons endring i egen andel fra året før.

I gammel modell var kandidatuttellingen 182 800 kroner for en kandidat. I ny modell er uttellingen satt til 84 900 kroner for hver student som gjennomfører på normert tid.

– Dette betyr at det å fullføre på normert blir et mye viktigere fokus for oss enn tidligere, sier han.

TIDSLINJE Stortingsmeldinger og innstillinger som omtaler endringer for universitetssektoren, inkludert profesjonsstudiet i psykologi.

2020

MELD. ST. 19 2 (2020-2021) - STYRING AV STATLIGE UNIVERSITETER OG HØYSKOLER

Beskriver et mål om rammestyrte profesjonsutdanninger, som begrunnes med et behov for mindre detaljerte, men heller overordnede retningslinjer for utdanningene.

Videre står det: «Regjeringen vil sette i gang en helhetlig gjennomgang av hvordan finansieringen av universiteter og høyskoler bedre kan støtte politiske mål, ivareta sektoransvaret og sikre bedre ressursutnyttelse.» Og «tildele gradsrettigheter innenfor rettsvitenskap, psykologi og teologi til de institusjonene som får akkreditering av NOKUT.»

2021

INNST. 425 (2020-2021) - GRADSFORSKRIFTEN LØSES OPP

Kort tid etter stortingsmeldingen kommer en innstilling fra utdannings- og forskningskomitéen om å endre gradsforordningen slik at den ikke begrenser utdanningsinstitusjonenes muligheter, og dermed at flere studiesteder kan tilby yrkesutdanninger med beskyttet tittel som arbeidslivet har behov for.

Stortingsmeldingen nevner gradsrettigheter innenfor psykologi, rettsvitenskap og teologi.

– Studenter som tar rettighetspermisjon eller blir sykemeldt vil ikke regnes som å bli ferdig til normert tid, forklarer Norman Anderssen, dekan på Universitetet i Bergen.

Anderssen forteller at han forstår insentivet til regjeringen som ønsker at unge personer skal komme seg tidlig ut i arbeid. Han mener det gagnar ikke bare personen som skal jobbe, men også samfunnet.

– Men at rettighetspermisjoner skal telles som å ikke bli ferdig på normert tid synes jeg er urimelig.

PARADOKSALE MELDINGER

Antallet psykologer som har utdannelsen sin fra utlandet, har lenge vært økende. Hvis den nye finansieringsmodellen skulle medføre en reduksjon i antall norske studieplasser, er det naturlig å tenke seg at denne utviklingen vil fortsette. Paradoksalt nok, til tross for at finansieringen av profesjonsstudiet i psykologi mer enn halveres, tilrettelegger regjeringen samtidig gjennom gradsforskriften for flere norske studieplasser (Innst. 425 S (2020–2021)).

Professor i klinisk psykologi Signe Hjelen Stige har tidligere vært med på å vurdere søknader om autorisasjon for psykologutdanning i utlandet.



DEKAN Norman Anderssen ved UiB sier det blir viktigere å fullføre på normert tid. Foto: Eivind Senneset, UiB.

2022

2023

2024

MELD. ST. 14 (2022-2023) – UTSYN OVER KOMPETANSEBEHOVET I NORGE

I denne stortingsmeldingen står det at den forrige stortingsmeldingen (Meld. St. 19) fikk bred støtte både i universitets- og høyskolesektoren på Stortinget. Noen av de finansielle nedskjæringene som legges frem og som får virkning for budsjettet for 2025, er:

- Publiseringspoeng, utvekslingsstudenter og eksterne inntekter gis ikke lenger uttelling for. Reduserer antall finansieringskategorier fra seks til tre.
- Uteksaminerte kandidater erstattes av en indikator for fullføring av studieprogram til normert tid.

MELD. ST. 19 (2023-2024) – PROFESJONSNÆRE UTDANNINGAR OVER HEILE LANDET

Den siste stortingsmeldingen, Profesjonsmeldingen, tar videre flere av de tidligere stortingsmeldingene sine målsettinger. Hovedbudskapet er å styrke den erfaringsbaserte kunnskapen, utvide fagmiljøenes handlingsrom og å gi flere muligheter til å utdanne seg til profesjonsutdanninger. Meldingen peker på behovet for gjensidig samarbeid mellom praksisfeltene og universitetet, og understreker viktigheten av god kvalitet hos praksisstedene (Meld. St. 19 (2023-2024), s. 7). Det står at de fleste profesjonsutdanningene vil være etterspurt i lang tid fremover, men psykologi blir tatt frem som et yrke som det vil være overskudd av.



INSTITUTTLEDER Bjørn Lau, leder på Psykologisk institutt i Oslo, liker ikke utviklingen. Foto: UiO.



PROFESSOR Signe Hjelten Stige mener det er behov for flere psykologer. Foto: UiB.

”

– Profesjonsutdanningen i psykologi er tung og dyr, og den skal være dyr, sier Lau

– Det er interessant, men krevende å vurdere søknadene. Vi trenger flere psykologer i Norge. Samtidig er det stor variasjon i utdanninger internasjonalt, og det kan være utfordrende å vurdere om utdanningen er ekvivalent med den norske utdanningen. Psykologtittelen i Norge skiller seg fra mange andre land ved at den gir rettigheter til selvstendig diagnostisering. I en slik kontekst gir det mening at regjeringen ønsket å åpne opp gradsforskriften og utdanne flere psykologer i Norge, sier hun.

Utsiktene for profesjonsstudiet i psykologi i Norge er altså sprikende. En økende andel psykologer utdanner seg i utlandet, men autorisasjonen i Norge er vanskelig å få.

STUDIET MÅ VÆRE KOSTBART

Bjørn Lau, instituttleder ved Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo forteller at ledelsen på Psykologisk institutt ved UiO ikke liker utviklingen av finansiering til studiet.

Han er urolig for at det har oppstått en misforståelse blant sentrale myndigheter om hva som utdannes på profesjonsstudiet i psykologi.

– Vi utdanner ikke psykologer som i resten av Europa. Vi utdanner autoriserte psykologer med erfaring fra praksis, som kan gå rett over til en spesialitetspraktisering i neste omgang.

Lau er spesielt bekymret for at profesjonsstudiet i psykologi forventes å koste mindre, og at tildelingen blir basert på en normativ antakelse om hva det burde koste.

– Profesjonsutdanningen i psykologi er tung og dyr, og den skal være dyr, sier Lau.

Statsbudsjettet 2025: Ingen støtte til profesjonsutdanningen i psykologi

Utdanningsinstitusjoner som har ventet på å utdanne flere profesjonsstudenter, får ikke støtte fra regjeringen.

INSTITUSJONER SOM ØNSKET å opprette profesjonsstudiet i psykologi, kan være skuffet over manglende finansiering fra regjeringen (Kunnskapsdepartementet, 2024).

I statsbudsjettet for 2025 kan psykologutdanningene se langt etter å utdanne flere til psykologer.

Fire universiteter og høyskoler har søkt om godkjenning til å etablere profesjonsstudium i psykologi. Både Universitetet i Stavanger (UiS) og Universitetet i Agder (UiA) sendte søknad til NOKUT og fikk avslag i 2021, men begge søkte på nytt. UiA fikk nylig sitt andre avslag. OsloMET og Høyskolen Kristiania har også sendt inn søknader. UiS fikk godkjent psykologutdanning fra NOKUT tidlig i 2024.

MANGE FORVENTNINGER TIL NYE PROFESJONSUTDANNINGER

Regjeringen har allerede tilrettelagt for at flere utdanningsinstitusjoner skal kunne utdanne flere til psykologer (Innst. 425 S (2020–2021)). Selv om flere har søkt NOKUT om å få akkreditering, er det ingen som får finansiering til å starte opp.

I tillegg er finansieringen til nye studieplasser på profesjonsstudiet i psykologi varslet å halvere. Dette løftet holdes, og trer i kraft i starten av

2025. Reduksjonen i finansiering vil gjelde for utdanningsinstitusjoner som ønsker å utdanne flere profesjonsstudenter enn de allerede gjør.

Regjeringen har også varslet en satsing på desentraliserte utdanningstilbud for profesjonsutdanninger gjennom Profesjonsmeldingen (Meld. St. 19 (2023–2024)).

Universitetet i Oslo (UiO) ønsker å opprette et desentralisert tilbud sammen med Sykehuset Innlandet. Behovet for desentralisering begrunnes i Profesjonsmeldingen med mangel på psykologer i landlige kommuner.

Det er mange institusjoner som får støtte til desentraliseringstiltak, men UiO er ikke en av dem. ✘

REFERANSER

Innst. 425 S (2020–2021). *Innstilling fra utdannings- og forskningskomiteen om Styring av statlige universiteter og høyskoler og representantforslag om å endre gradsforordningen slik at flere studiesteder kan tilby utdanninger arbeidslivet har behov for*. Utdannings- og forskningskomiteen. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns-202021-425s/?all=true>

Kunnskapsdepartementet. (2023). *Orientering om statsbudsjettet 2024 for universitet og høyskular. Etter vedtak i Stortinget 18. desember 2023. Mål for universitet og høyskular, budsjett og endringer i løyving og finansieringsystemet*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/31af8e2c3a224ac2829e48cc91d89083/v3.-orientering-om-statsbudsjettet-2024-for-universitet-og-hogskular.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2024, 7. oktober). *Statsbudsjettet 2025: Høge løyvingar og tydelege prioriteringar for hogare utdanning og forskning*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/hoge-loyvingar-og-tydelege-prioriteringar-for-hogare-utdanning-og-forskning/id3056076/?expand=factbox3056501>

Meld. St. 14 (2022–2023). *Utsyn over kompetansebehovet i Norge*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20222023/id2967608/?ch=1>

Meld. St. 19 (2020–2021). *Styring av statlige universiteter og høyskoler*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20202021/id2839431/?ch=1>

Meld. St. 19 (2023–2024). *Profesjonsnære utdanningar over heile landet*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20232024/id3032273/?ch=1>

Orientering om statsbudsjettet 2025 for universitet og høyskular. (2024). Mål for universitet og høyskular, budsjett og endringer i løyving og finansierings-systemet. (Kunnskapsdepartementet). Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/contentassets/31af8e2c3a224ac2829e48cc91d89083/orientering-om-forslag-til-statsbudsjettet-2025-for-universitet-og-hogskular.pdf>

Emosjonell jubileums-konferanse for IPR

Følelsene sto i sentrum da en av de største aktørene i det private psykologmarkedet fylte 40 år.

TEKST OG BILDER

Daniel W. Gunstveit

JEG HAR ENNÅ ikke fullført dagens første kaffekopp før de første tårene observeres i konferanselokalet. Ekteparet Nadia Ansar og Abid Raja står på scenen og forteller sine historier om familiær kontroll og vold under tittelen *Min skyld og min skam*. Anledningen er jubileums-konferansen til Institutt for psykologisk rådgivning (IPR), som fyller 40 år. Konferansen har det fengende slagordet «Såret som liten, sårbar som stor», og tilnærmer seg temaet utenforskap og følelser fra en rekke vinkler over to dager.

FRA ÉN TIL MANGE

Jubileumskonferansen starter med en kort og effektiv gjennomgang av IPRs historikk. Psykologkontoret ble startet som et enkeltmannsforetak av Svein Magnar Hansen i 1984, forteller daglig leder Anne Hilde Vassbø Hagen, som var med på å overta selskapet i 2010. Siden har IPR utviklet seg til å bli en av de mest fremtredende aktørene i det private psykologmarkedet, og driver i tillegg til klinisk virksomhet både med utdanning, forskning og arrangementer. Etter konferansen oppsummerer Hagen noen av de viktigste milepælene i IPRs historie. I tillegg til arbeidet med barnefaglig sakkyndighet og terapi helt siden starten, fremhever hun dreiningen mot emosjonsfokusert terapi (EFT) som sentral:

– I 2011 startet det første kullet på EFT-utdanningen vår, og det var en stor milepæl da utdanningen noen år senere ble godkjent spesialistutdanning for psykologer. De siste 14 årene har vi altså startet på vår egen utviklingsreise i emosjonsfokusert terapi, og jobbet for å implementere metoden i Norge – det har vært sentralt for bedriften vår. Det var en stor hendelse og investering for oss å starte opp Oslo-kontoret i 2017. Og en gigantisk investering å arrangere vår første internasjonale konferanse *Emotion Revolution* i 2018. De siste årene har vi også startet vårt eget forlag og gitt ut to bøker: en oversettelse og en bok vi har produsert helt fra bunn av – nemlig *Terapeutens håndbok i emosjonsfokusert terapi*.

SKAM OG STERKE HISTORIER

På konferansen forteller IPR-psykolog Jan Reidar Stiegler om skam som følelsesmessig aktivering, men også skammens konstruktive og destruktive samfunnsmessige betydning. Det kan virke som gammelt nytt, men Stieglers spissing av budskapet til at skammen kan være en drivkraft både i gruppemessig tilhørighet og utenforskap, er tankevekkende. Skammen som såkalt affektiv brems, som man er spesielt utsatt for i øyeblikk av iver, er en god beskrivelse jeg vil ta med meg videre.

Som konferansens slagord tilsier, står koblingen mellom tidlige opplevelser – både på



Vassbø Hagen og Stiegler var bidragsyttere. Foto: Daniel W. Gunstveit

godt og vondt – og senere liv sentralt. Dag to innledes med et foredrag fra Ida Brandtzæg og Stig Torsteinsson om å se ungdommen innenfra, som også er tittelen på deres siste bok. Målet med boken, som er medforfattet av Guro Øiestad, var å skrive om ungdommene ingen forsto noe av. Brandtzæg forteller at arbeidet med boken ga henne en voldsom ømhet for ungdommene, og både hun og Torsteinsson deler konkrete modeller for å mentalisere ungdommen bedre.

Neste person ut er det mest ungdommelige alibiet på programmet, nemlig det litt rære stjernesuddet Oliver Lovrenski. Forfatteren brakdebuterte med oppvekstskildringen *Da vi var yngre* i fjor. Lovrenski kan fortelle at ungdomsmiljøene i Oslo blir stadig tøffere, men at det finnes håp, bare man setter seg mål og arbeider hardt, med gode (mannlige) forbilder. Mer overraskende er løsningen Lovrenski presenterer (som vil få Erna Solberg til å nikke anerkjennende), nemlig å få flere barn (og behandle dem bra).

Med innslag som Leo Ajkic, Lovrenski og radarparet Raja & Ansar flytter Jubileums-konferansen seg også ut av psykologkontoret for å belyse utenforskap. Selv om historiene er sterke, kan de også få noe motivasjonsforedragaktig over seg, som også understreker at disse personene etter hvert er blitt erfarne foredrags-

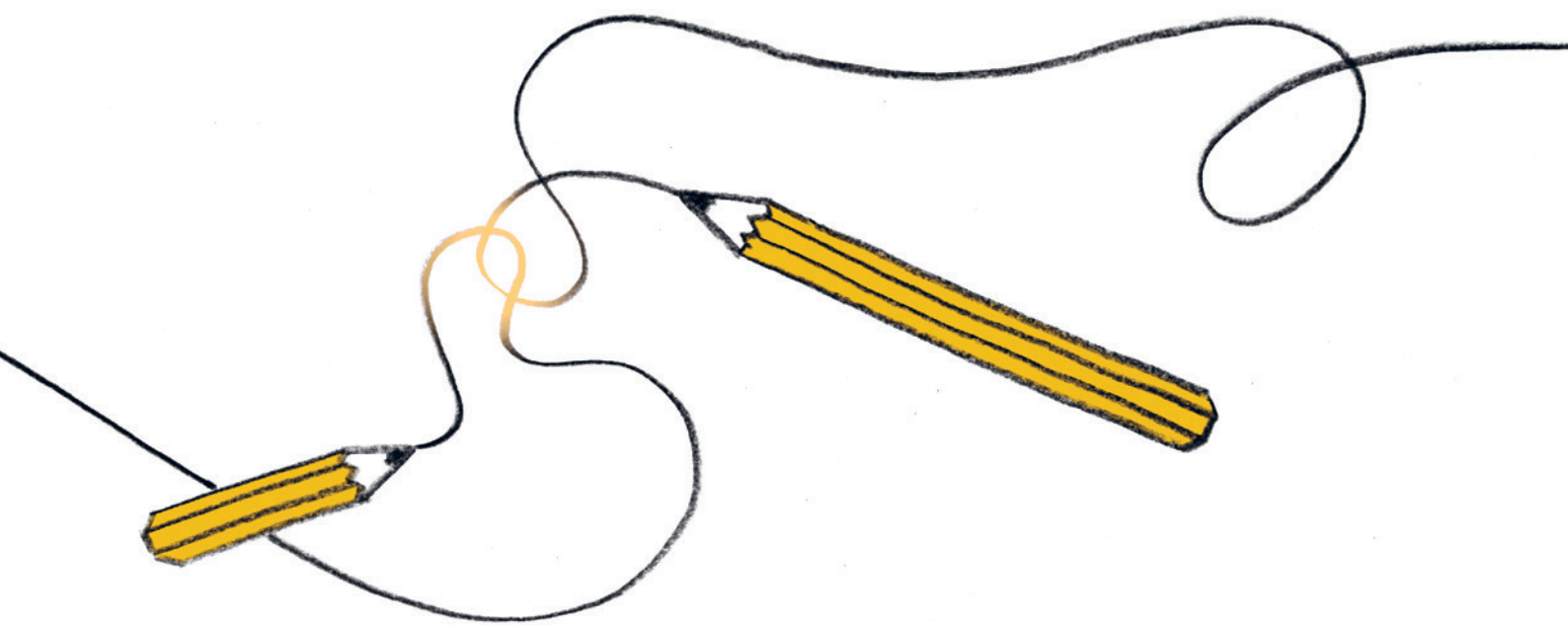
holdere, hvor mange av poengene allerede har kommet frem i andre kanaler. I så måte er det Catrin Sagen, også hun fra IPR, som står for et av de sterkeste innslagene disse to dagene. Hun leser opp historier fra vonde oppvekster akkompagnert av musikerne Marianne Sveen og Torgrim Vågan, noe som utgjør en emosjonell og unik avslutning av første konferansedag. Alt i alt er det en verdig bursdagsfeiring 40-årsringen IPR har invitert til, med tårer både fra scenen og salen.

– Dere har opplevd en formidabel vekst de siste årene, og neste år arrangerer dere andre utgave av konferansen med det, mildt sagt, ambisiøse navnet *Emotion Revolution*. Hva er det neste for IPR?

– Vi ønsker først og fremst å gjøre mer av det samme: gi god terapi og levere andre tjenester av høy kvalitet, lære mer om hva som gir godt utfall i terapi, utvikle oss selv og bidra til fagutvikling og fagformidling og ha det gøy på jobb. I januar starter vi på vår femte nærings-ph.d., og setter i gang med et stort forskningsprosjekt hvor vi sammen med UiO skal se på utvikling av terapeutferdigheter for de som tar spesialistutdanningen i EFT. Nye bøker står også på planen. Og som du sa, *Emotion Revolution* er en ambisiøs konferanse det tar tid å planlegge, så den vil ta mye av fokuset vårt frem til april, avslutter Vassbø Hagen. ✕

”

Selv om historiene er sterke, kan de også få noe motivasjonsforedragaktig over seg



Intersubjektiv terapi med barn og unge

To leketerapier illustrerer hvordan terapeuten kan delta i barnets tydeliggjøringsprosess gjennom prøving og feiling og brudd og reparasjon.

Barn og unge kommer til behandling med det de er fylt av der og da. Vi kan oppleve det som uro, utagering eller tilbaketrekning, som på ulike måter utfordrer arbeidet med å skape en terapeutisk kontakt som gjør det mulig å kartlegge og å planlegge behandling. Vi ønsker å vise hvordan selve arbeidet med å etablere kontakt med barnet kan være endringsskapende i seg selv, og vi vil beskrive prosessen innenfor rammen av utviklingsrettet intersubjektiv terapi.

Et perspektiv som bidrar til forståelsen av de iboende mulighetene som finnes i den terapeutiske dialogen, er teorien om gjensidig, interaktiv regulering (Sander, 2002; Stern, 2004; Tronick, 1989, 1998). Edvard Tronicks dyadiske utvidelsesmodell (Tronick, 1998) belyser hvordan endring kan oppstå i prosessen med å skape og opprettholde gjensidighet i kontakten. Den bygger på dynamisk systemteori. Her forstås hvert menneskes bevissthet som et adaptivt system som er åpent for samskaping i møte med et annet menneskes bevissthet. Da kan begge bevissthet utvide seg og motta ny informasjon, og det kan skje ny gjensidig meningskaping. Tronick beskriver det som dyadisk bevissthetsutvidelse. Prosessen med å etablere kontakt bringer med andre ord parallelle muligheter for utvidelse, både i relasjonen til den andre og i opplevelsen av seg selv. Psykopatologi forstås som at systemet er lukket for påvirkning. Endring forutsetter at terapeuten fanger opp og gir respons på barnets følelser, »

TEKST Kristin Frisch Moe, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør og Camilla Rødal, BUP Oslo Nord, OUS-HF, Ylva Vognild, BUP Oslo Syd, OUS-HF

ILLUSTRASJON
Maria Strøm Astrup

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

tanker og opplevelser her og nå. Da kan det oppstå kontakt som kan lede til at barnet gjør nye relasjonelle erfaringer.

Det å skape kontakt ut ifra det som barnet er fylt av her og nå, er en uforutsigbar og kreativ prosess. Den innebærer kontinuerlig prøving og feiling av måter å være sammen på. Terapeuten må derfor tåle mye usikkerhet, tvil og avvísning. En måte å tåle usikkerheten på er å vite hensikten med det en gjør, og at hensikten er at barnet skal få mulighet til å gjøre nye relasjonelle erfaringer (Stern, 2004) som kan endre tidligere mønstre og forventninger. Å kjenne seg forstått er grunnleggende, og Tronicks poeng er at selve prosessen med å få kontakt gjennom terapeutens prøving og feiling kan gi barnet en ny opplevelse av seg selv som en aktiv deltaker i det som skjer. Hver gang terapeuten fanger opp signaler fra barnet på at noe er «feil», og justerer seg, blir barnets utvikling av selvagens styrket. Dette kan også beskrives som en tydeliggjøringsprosess der barnets subjektive opplevelse trer frem. Vi presenterer her to kliniske eksempler som illustrerer hvordan denne prosessen kan skje. Eksemplene er fiktive, men basert på vår samlede erfaring fra virkelige pasientmøter. Kasusene er hentet fra to refleksjonsnotater skrevet som en del av valgfritt program i utviklingsrettet intersubjektiv terapi på Regionssenter for barn og unges psykiske helse (RBUP). Artikkelforfatterne er to av deltakerne på programmet (CR og YV) og seminarlederen (KFM).

UTVIKLINGSRETTET INTERSUBJEKTIV TERAPI

Utviklingsrettet intersubjektiv terapi har røtter i psykoanalytisk terapi og integrerer kunnskap fra moderne utviklingspsykologi og spedbarnsforskning. Gjennom spedbarnsforskningens mikroanalyser av barnet i samspill med omsorgspersonen blir det tydelig at *alt* som skjer mellom spedbarnet og omsorgspersonen, er kommunikasjon. Vi snakker derfor om spedbarnets medfødte intersubjektivitet (Trevarthen & Aitken, 2001). En konsekvens av kunnskapen om spedbarnets medfødte intersubjektivitet er at det implisitte i kommunikasjonen kommer i forgrunnen i forståelsen av barnets utvikling. Implisitt kommunikasjon kommer forut for og utgjør grunnlaget for senere utvikling av eksplisitt verbal kommunikasjon. Betydningen av for eksempel måten man tar en pause på før man responderer, eller manglende samsvar i bevegelser, tonefall eller rytme, blir nå tydelig. Gjennom det implisitte samspillet skapes grunnleggende erfaringer med hva som kan deles eller ikke deles i relasjonen til nære andre. Det handler om utvikling av grunnleggende kapasiteter til å inngå i intersubjektivt samspill, som evnen til å ha delt oppmerksomhetsfokus, affektregulering, selvagens, vitalitet og mentalisering.

Kunnskapen om betydningen av det affektive og kroppslige samspillet har i særlig grad bidratt til forståelse av psykoterapi (Lyons-Ruth, 2000), og har ført til en utvikling i forståelsen av den terapeutiske relasjonen med en større vekt på det intersubjektive



samspeilet her og nå. Intersubjektiv terapi ses som en samskapende prosess mellom to subjekter som møtes og utvikler terapien sammen (Harrison & Tronick, 2007). Terapeutens oppgave er å skape et samspill med barnet som kan bidra til utvikling (Hansen, 2012). Kasusvignettene beskriver hvordan en slik samskapende prosess kan vokse frem i relasjonen i den tidlige fasen med å bli kjent med barnet på BUP. I de tre første møtene i intersubjektiv terapi er vi opptatt av å få tak i barnets følelser og tanker som kan hjelpe oss å forstå barnets symptomer. Målet er å skape et rom på barnets premisser der vi kan bli kjent med barnets opplevelsesverden.

KASUS: SINNE OG TRISTHET

Det første eksempelet handler om en gutt på 14 år som er henvist for sinneutbrudd. Leon blir levert av far til vårt andre møte. Far har forklart meg på venteværelse at Leon er sint fordi han ikke ville på BUP i dag. Før far går, ber han meg og Leon snakke om hva han som far kan gjøre annerledes slik at Leon ikke skal bli så sint.

Jeg og Leon sitter igjen, og jeg lurte på om Leon kommer til å åpne seg litt mer nå som pappa har gått. Men han ser fortsatt ikke på meg. Jeg vet ikke helt hvorfor, men jeg får følelsen av at han unngår å møte blikket mitt for ikke å begynne å gråte. Det er ingen synlig tristhet, mer en stemning som jeg fornemmer. Jeg sukker forsiktig og sier «Oi ...» med litt trist melodi i stemmen mens jeg puster ut. «Det høstes ut som du og pappa hadde en ordentlig krangel i dag.» Leon beholder det harde blikket ut i rommet og sitter helt stille, som om han ikke har hørt at jeg sa noe.

Jeg bestemmer meg for å prøve meg frem med å si noe som kan nå inn til Leon og skape en slags kobling eller kontakt, for akkurat nå føler jeg at han har stengt resten av verden ute.

Jeg sier prøvende: «Det er jo ikke så rart hvis du ikke hadde lyst til å komme hit når morgenen ble sånn med den krangelen med pappa. Det kan jeg skjønne, ingen liker å bli tvunget til å dra et sted hvis de kanskje fortsatt er sinte og heller vil være for seg selv.» (ingen respons) Jeg fortsetter: «Jeg synes jo det var litt fint at pappa spurte om det var noe han kunne gjort annerledes, da. Sånt jobber vi mye med her, vet du, når vi skal hjelpe barn og familier ...»

Leon rikker seg fortsatt ikke, han ser på det samme punktet ut i rommet, og det virker som han anstrenger seg veldig for å holde på det harde ansiktsuttrykket.

Jeg blir veldig usikker på om Leon egentlig synes det er greit å være her nå, eller om han heller vil dra hjem, men han responderer ikke når jeg stiller han spørsmål om det. Jeg får en idé og sier: «Jeg kommer til å hente noen tegnesaker. Og så setter jeg meg og tegner litt. Du kan også tegne hvis du vil. Og så kan du få tenke litt på om du vil være her eller ikke, og så spør jeg på nytt etter to minutter.»

Jeg tar et ark og begynner å tegne. Jeg tenker at jeg skal gi Leon litt tid alene nå. Når det har gått to minutter, har ikke Leon begynt å tegne, så jeg spør om han har funnet ut om han vil være her eller ikke.

Da tar Leon et ark og begynner å tegne, fortsatt uten å si noe.

Jeg puster lettet ut inne i meg. Jeg fornemmer at dette er så langt han kan strekke seg i kommunikasjonen nå, og lar han tegne i fred mens jeg fortsetter med min egen tegning. Sånn blir vi sittende en god stund.

Leons bevegelser er rolige og møysommelige. Jeg justerer meg etter hans måte å tegne på, og vi faller inn i en rytme der vi bytter på å spørre om den andre kan sende en farge eller viskelæret.

Det er som om denne felles rytmen er en bekreftelse på at vi er i kontakt, og jeg kjenner at det gjør at jeg tør å spørre hva han har tegnet, om jeg kan få lov til å



Terapeuten må tåle mye usikkerhet, tvil og avvisning





Repetisjoner er viktig for å skape endring

gjette. Det godtar han, og han ler litt av gjetningene mine. Jeg har ikke kjangs til å gjette det, og han avslører til slutt at han har tegnet noe fra en anime-serie, og ender med å fortelle meg om serien som han har sett mye på i sommer, og hva han liker så godt med den. Plutselig er tiden vår omme, og jeg spør Leon om han synes det er greit at vi avtaler en ny time. Det synes han er greit.

EN KONTINUERLIG FORHANDLINGSPROSESS

Hva skjer her? Hva endrer seg i møte mellom Leon og terapeuten? Fra å være fullstendig avkoblet og låst har nå kontakten blitt gjensidig og ledig. Hva er det som har gjort endringen mulig? Møtet mellom terapeuten og Leon kan være et eksempel på betydningen av prøving og feiling i den kontinuerlige forhandlingsprosessen med å finne en måte å være sammen på der pasienten kan erfare seg selv som en aktør. For Leon betyr det at han erfarer at han kan påvirke det som skjer – og terapeuten. Fra før vet vi at Leon har erfaringer med at sterke følelser ikke kan reguleres og tåles av andre, men at de tvert imot leder til at nære andre blir redde og kanskje sinte på Leon. Vi kan tenke oss at Leon opplever følelsene sine som uforståelige og skremmende. Erfaringene våre av hva som kan deles og reguleres i relasjonen, skaper forventninger eller som Stern formulerer det: indre generaliserte representasjoner av samvær (Stern, 2003). Barn som har erfaring med at følelser blir møtt og regulert i samværet med omsorgspersonen, utvikler ifølge Tronicks modell et relasjonssystem som er åpent for utvidelse via nye relasjonelle erfaringer. Barnet tåler risikoen det innebærer å åpne seg for andre i en relasjon. Motsatt kan barn beskytte seg mot kontakt dersom de har erfart at å dele ikke resulterer i en dyadisk utvidelse, men heller bidrar til å bekrefte lite hensiktsmessige antakelser, og barnet lukker seg.

Vi kan tenke oss at Leon som følge av tidligere erfaringer antar at de sterke følelsene hans ikke kan forstås og håndteres av andre. Han blir overlatt til seg selv å regulere følelsene sine, og måten han forsøker å håndtere dem på i terapirommet, er at han stenger omverdenen ute og dermed også invitasjoner til dialog. Terapeuten har derfor som mål å skape en kontakt der Leon kan erfare dyadisk regulering, slik som i tegneaktiviteten.

Å bruke seg selv og sine egne intersubjektive fornemmelser som kilde til informasjon kan være til hjelp med å skape en retning for det terapeutiske arbeidet (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2016). Terapeuten stiller seg selv spørsmålet «hvordan kjennes det ut å være i rommet sammen med barnet?». Tidlig fornemmer terapeuten at Leon egentlig ikke virker så sint, men mer trist, kanskje også fortvilet og hjelpeløs, men at han ikke kan uttrykke det. Intuitivt matcher hun melodien i stemmen til det hun fornemmer at han formidler kroppslig. Når hun starter med et langtrukket «oiiii», er det en inntoning til vitalitetsaffekten i det nonverbale følelsesuttrykket hans for det voldsomme i det som har skjedd (Stern, 2010). Samtidig er det et ønske om å formidle at «jeg forstår hvordan du har det, du er ikke alene». Leon gir lite eksplisitt respons på terapeutens inntoning, men det at han blir i rommet, kan oppfattes som en implisitt respons.

Når en opplevelse deles, når man erfarer noe sammen, skjer det en meningsutvidelse. I den gjensidige justeringen mellom terapeuten og barnet oppstår det kontinuerlig små muligheter for ny relasjonell erfaring som bidrar til bevissthetsutvidelse. Kanskje er det en slik utvidelse som skjer mellom Leon og terapeuten, som gjør at Leon kan kjenne at

det er trygt nok å bli i rommet – og i relasjonen. Prosessen med vekslinger mellom mislykkede og vellykkede kontaktforsøk blir av Tronick (2005) beskrevet som «brudd og reparasjoner». En reparasjon kan være når terapeuten inntoner Leons reaksjon på krangelen med faren og der ved formidler at hun forstår. Repetisjoner er viktig for å skape endring. Ved at barnet gjentatte ganger erfarer at terapeuten lar seg påvirke, øker også barnets indre opplevelse av å være en aktør. Barnets handlingsrom i relasjonen øker. Når terapeuten tydelig fornemmer og holder fast i at det er en intensjon i stillheten til Leon, oppstår det kommunikasjon om de vanskelige følelsene som fyller ham.

Å være sammen i lek eller kreative aktiviteter kan skape et felles ytre oppmerksomhetsfokus som ramme for deling av indre opplevelser (Stänicke et al., 2021). Terapeuten til Leon har med seg dette perspektivet når hun introduserer tegning ved å lage en tydelig ramme («først tegner jeg i to minutter»). Når Leon svarer ved å begynne å tegne, skjer det først i stillhet. Stillhet kan gi en sterk fornemmelse av samvær (Stern, 2004), og at de etter hvert faller inn i en felles rytme, bekrefter det. Samtidig er terapeuten bevisst på hvordan hun kan utnytte muligheter i samspillet til å matche Leon kroppslig og affektivt i måten han tegner på. Hun gir altså ikke opp forsøkene sine på å utvide det intersubjektive rommet, og begynner etter hvert å småprate og sette ord på handlingene og intensjonene sine. Den implisitte samhandlingen utvides til eksplisitt kommunikasjon. Det oppstår en ny type kontakt mellom de to der også Leon bidrar med initiativ.

Med tegningen som ramme er det mulig for Leon å dele noe av sin indre opplevelsesverden og å fryde seg når terapeuten gjetter feil. Samværet har fått en humoristisk form, der prøvingen og feilingen har blitt en eksplisitt del av leken. Gjennom at terapeuten har utholdt prosessen med prøving og feiling som følger av det å ikke vite, er det skapt en utvidet mulighet til nye subjektive og intersubjektive erfaringer her og nå. For Leon er det skapt en erfaring av å være en aktør, også når sterke følelser truet med å ta overhånd.

KASUS: NÆRHET OG AVSTAND

Det neste eksempelet handler om å gripe terapeutiske muligheter i arbeidet med en jente som er henvist for sinneutbrudd og mistanke om traumer. Ada på seks år kommer til første møte på lekerommet som et ledd i utredningen på BUP. Ada har vært utsatt for vold og skremmende hendelser over tid. Volden har foregått uten at foreldrene har hatt kjennskap til det. I det første møtet med familien har vi blitt enige om at jeg og Ada skal møtes tre ganger på lekerommet for å finne litt mer ut av hvordan det er å være seks år og ha opplevd så mange skumle ting. Å møte barnet på et lekerom, med utgangspunkt i intersubjektivitetsteori, kan åpne for en dypere forståelse av de terapeutiske endringsmulighetene ved at det skaper rom for at barnet kan uttrykke seg implisitt og symbolsk (Hansen, 2009; Johns & Svendsen, 2016).

I det første møtet har vi lite blikkontakt, og kroppen hennes er vendt vekk fra meg. I begynnelsen står hun og ser på figurene i hylla ved sandkassa. Hun tar forsiktig på dem, og det virker som at ørene hennes er spisset for alt jeg kommer med av lyder og bevegelser. Jeg kjenner at her er det viktig å regulere nærhet og avstand (Hansen, 2012), å holde litt avstand samtidig som jeg må være oppmerksom på det hun er opptatt av.





I møtet mellom Ada og terapeuten fornemmer terapeuten hvor på vakt hun er

Jeg setter meg ved sandkassa og kommenterer, «der var prinsessen, ja». Det er når jeg følger hennes oppmerksomhetsfokus på denne måten, at det kjennes som om vi har en slags kontakt. Jeg forsøker å vise at jeg forstår at hun har en intensjon eller mening med det hun hun driver med. «Var det der den skulle stå, ja», og «var det brannmannen du ville ha». Hun ser ikke på meg, men hun trekker seg heller ikke lenger unna, noe jeg tar som en bekreftelse på at hun aksepterer at jeg følger henne med oppmerksomheten min. Hun går mye frem og tilbake, og jeg legger merke til at hun ofte mister figurene i gulvet.

Ada plasserer mange figurer i sandkassa, og mot slutten av timen er den helt full.

Når jeg sier at nå er det ti minutter igjen av timen, og at vi må begynne å rydde, skjer det noe. Hun rykker til og fyker til den andre siden av rommet. Jeg kjenner at jeg skvetter av Adas uventede respons, og jeg får vondt av henne der hun står og ser så liten og bekymret ut. Jeg handler kanskje litt raskt når jeg sier «men vi må ikke rydde, her inne må du ingenting». Jeg sier det med trykk på «må» samtidig som tonen min begynner litt høyt og ender i et dypere toneleie, som ofte assosieres med å berolige (Fernald, 1989).

Samtidig får jeg tak i en følelse av at det er viktig at jeg holder fast på at ryddingen skal skje. Det er som om den følelsesmessige intensiteten som fyller øyeblikket, er et signal om at dette er betydningsfullt for Ada, og ikke noe som skal feies bort med trøst eller bli glattet over. Jeg venter derfor litt før jeg fortsetter med å si at «jeg kan forsøke å sette figurene på plass i hylla mens du ser på». Det er fortsatt anspent stemning i rommet. Jeg får følelsen av at Ada nesten står på spranget ut. Jeg kjenner at jeg må gjøre noe for å dempe spenningen. Etter en stund sier jeg derfor med lett tone «og hvis du vil, kan du si ifra om jeg setter dem der de stod, hvis du husker det». Ada snur ryggen til og lar meg fortsette ryddingen alene, men hun blir i rommet. Det tar litt tid, men etter en stund snur Ada seg tilbake og sier forsiktig «politimannen skal stå der nede» mens hun peker. Så kommer hun bort og tar en figur i sandkassa og setter den på plass. Jeg følger Ada ved å tone meg inn på det hun gjør, på samme måten som tidligere i timen. «Der kom soldaten», «hmm, hvor skal han, mon tro?» og «der var han på plass i hylla si». Jeg kommenterer også med rolig stemme det som skjer mellom oss, «nå var det min tur» og «og så var det din tur». Jeg føler at det for første gang i timen skjer en form for turtaking. Hun ser fortsatt ikke på meg, men hun venter på at det skal bli hennes tur før hun flytter sin figur. Rommet kjennes lettere. Også Ada virker lettere. Jeg legger merke til at bevegelsene hennes gradvis blir mindre brå og mer flytende. Figurene danner ulike mønstre når de beveger seg inn i hylla, noe jeg toner meg inn på. En av figurene lager en bevegelse som likner mer på et rykk. Jeg lager et kort «å!» som matcher den brå bevegelsen. Ada svarer med å si «han hoppet inn», og sammen ler vi overrasket over brannmannen som hoppet så brått.

DYADISK REGULERING AV ANGST

I møtet mellom Ada og terapeuten fornemmer terapeuten hvor på vakt hun er. Ada er så mye på vakt at nesten all oppmerksomheten hennes går til å skanne omgivelsene for farer. Vaktsonheten leder til at Ada ikke klarer å fokusere på leken, og at bevegelsene blir ukoordinerte.

Som hos mange traumatiserte barn gir den «utadrettede» oppmerksomheten liten mulighet til oppmerksomhet på indre følelser, og det blir vanskelig for henne å danne sammenheng mellom det som skjer inne i henne, og det som skjer utenfor. Et utviklingsrettet terapifokus i møte med traumatiserte barn kan derfor innebære å utforske måter å være sammen på der barnet får erfaring med å merke seg selv. Sammen med

Ada vil den intersubjektive terapeuten forsøke å danne en måte å være sammen på der Ada kan erfare dyadisk regulering av angsten som oppstår underveis. Å finne det som er «passe mye» gjennom regulering av avstand og nærhet, er et viktig bidrag til økt selvfølelse. Gjennom at terapeuten toner seg inn på intensiteten, tempoet, rytmen og melodien i Adas nonverbale kroppslige aktivitet, skapes det erfaringer av affektiv gjenklang. Det styrker muligheten til å erfare seg selv samtidig som terapeutens tone bidrar til å opprettholde kontinuitet i samspillet og erfare dyadisk tilstandsregulering (Tronick, 1998). Det danner seg et repetitivt og forutsigbart mønster mellom de to. Stern (2003) snakker om betydningen av tema med gjen-tagelser og variasjoner for å utvide intersubjektivitet og skape endringsmuligheter – det er det som skjer her. Det oppstår måter å være sammen på gjennom prøving og feiling. Gjenta-gelsen utgjør et affektivt stillas (Tronick, 1998) hvor Ada kan erfare seg selv sammen med en annen på en måte som restrukturerer mental organisering og tidligere mønstre.

Terapeuten skjønner i samme øyeblikk som hun foreslår rydding, at kontakten er truet. Hun merker den ubehagelige spenningen i rommet, og vi forstår at hun får lyst til å droppe hele ryddingen. Samtidig er det noe i måten Ada blir stående på, som sier henne at øyeblikket kanskje er viktig med tanke på hvilke muligheter relasjonen deres kan romme. Det overraskende i hendelsen gir assosiasjoner til at det oppstår et sterkt affektivt ladet og kritisk «nå-øyeblikk» («now-moment») (Boston Process Change Study Group (BPCSG), 2010), der terapeuten blir vippt av pinnen og ikke vet hva hun skal gjøre videre. Å ikke foreta seg noe, men avvete

og klare å fortsette å være oppmerksomt til stede, åpner for at noe nytt kan oppstå mellom terapeuten og barnet, slik som her. Opplevelsen av at noe kritisk går over til et autentisk møteøyeblikk («moment of meeting»), fører til et nytt innhold i det intersubjektive rommet mellom barnet og terapeuten. Det sterke affektive innholdet bidrar til at barnet får en ny relasjonell erfaring. Vi kan tenke oss at Ada har hatt med seg en forventning om at aktiviteten rydding fører til noe skremmende som hun ikke har kontroll over, og kanskje forbinder med tap av selvfølelse.

Terapeuten benytter den kjente «måten å være sammen på» eller «moving along» (BPCSG, 2010) som har dannet rammen for kontakten tidligere, til å gjøre det trygt nok for Ada å opprettholde kontakten samtidig som hun blir med og rydder. Det er som om denne erfaringen gir Ada en trygghet til å fortelle terapeuten hvor politimannen skal stå. Hun kommer også nærmere for å sette figurene på plass. Terapeuten legger merke til at samværet nå virker lettere. Den kryssmodale matchingen av brannmannens bevegelser gjør at Ada blir oppmerksom på lekemuligheter, og hun innfører en variasjon i det forventede mønsteret. Den delte overraskelsen bringer inn humor. På denne måten danner leken ramme for økt mental og kroppslig utforskning og utvidelse av intersubjektivitet.

Barn som gang på gang opplever skremmende hendelser, får gjentatte erfaringer med at den ytre virkeligheten overvelder muligheten deres til å danne sammenhenger kognitivt og følelsesmessig. Stern (2003) beskriver traumer som sammenbrudd i alle områdene av selvopplevelse: selvagens, selvsammenheng og selvregulering. Han trekker inn et tempo- »



ralt perspektiv på terapi og betydningen av å styrke opplevelsen av kontinuerlig væren (Stern, 2004). Opplevelsen av indre sammenheng bygges gradvis ut gjennom de gjensidige justeringene fra øyeblikk til øyeblikk for å skape mening og opprettholde og utvide dyadisk bevissthet. Gjennom at terapeuten fant frem til en samværsform der Ada fikk nok støtte til å opprettholde kontakt under ryddingen, styrkes hennes opplevelse av seg selv på alle disse områdene.

SENTRAL TYDELIGGJØRING

I begge eksemplene som er beskrevet, har det skjedd en *tydeliggjøringsprosess*. Gjennom prøving og feiling i å finne en måte å være sammen på er det skapt en parallell mulighet for at barnets subjektive opplevelse blir tydeligere for terapeuten og for barnet selv, og der barnets

muligheter til å delta i behandlingsprosessen sin på egne premisser står sentralt. Terapeuter i barne- og ungdomsfeltet kan stå i behandlingsprosesser der arbeidet med å utvikle en terapeutisk relasjon kjennes tungt og vanskelig. I en klinisk hverdag med stort press på den enkelte terapeut opplever de ofte at det er lite rom for usikkerheten som følger med det å gi slipp på styringen av timen. Når terapeuten likevel oppgir kontrollen av innholdet i timen og i stedet forsøker å skape kontakt med barnets fokus, kan det bidra til å skape en dypere forståelse av barnets psykologiske utviklingsbehov. Å ha en forståelse av endringspotensialet som ligger i selve erfaringen med brudd og reparasjoner for å oppnå kontakt, kan hjelpe oss til større toleranse for usikkerhet, tvil og avvísning i terapiarbeidet. ✕

REFERANSER

- Boston Process Change Study Group (BPCSG). (2010). *Change in Psychotherapy: A Unifying paradigm*. W.W. Norton.
- Fernald, A. (1989). Intonation and communicative intent in mothers' speech to infants: is the melody the message? *Child Development*, 60(6), 1497–1510. <https://doi.org/10.2307/1130938>
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233.
- Hansen, B.R. (2009). Møte med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. I M.H. Rønnestad & A.L. v. d. Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (2. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet*. Gyldendal Akademisk.
- Harrison, A.M. & Tronick, E.Z. (2007). Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 853–874.
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi. Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Fagbokforlaget.
- Lyons-Ruth, K. (2000). I sense that you sense that I sense??: Sander's recognition process and the specificity of relational moves in the psychotherapeutic setting. *Infant Mental Health Journal* 21, 85–98. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/23.O.CO;2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/23.O.CO;2)
- Sander, L.W. (2002). Thinking differently: Principles of process in living systems and the specificity of being known. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(1), 11–42. <https://doi.org/10.1080/10481881209348652>
- Stänicke, L.I., Johns, U.T. & Landmark, A.F. (2021). *Lek og kreativitet i psykoterapi med barn*. Gyldendal Akademisk.
- Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden* Gyldendal Akademisk.
- Stern, D.N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday life*. Norton.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford University Press.
- Trevarthen, C., & Aitken, K.J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Application. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3-48.
- Tronick, E., & Cohn, J. (1989). Infant-Mother Face-to-Face Interaction: Age and Gender Differences in Coordination and the Occurrence of Miscoordination. *Child Development*, 60, 85-92. <http://dx.doi.org/10.2307/1131074>
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19, 290-299.
- Tronick, E.Z. (2005). Why is the connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: Coherence-governed selection and the cocreation of meaning out of messy meaning. I J. Nadel & D. Muir (red.), *Emotional development: recent research advances* (s. 293-315). Cambridge, U.K.: Oxford University Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London, Routledge.

Behandling på bortebane

Samme forskningsmiljø i Bergen både utviklet og testet firedagersbehandlingen, uten kontrollgruppe. Derfor gjennomførte Gunvor Launes og kolleger en randomisert studie i Agder.

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

– Mine kollegaer og jeg forsket på effekten av «Bergen 4 Day Treatment». Behandlingen var kun testet i Helse Bergen, der den ble utviklet, og uten kontrollgruppe. Effekten av en psykologisk behandling blir ofte mindre i nye miljøer. En årsak kan være større entusiasme for behandlingen i teamet som utviklet den. Derfor gjorde vi en randomisert studie på Sørlandet sykehus, i Kristiansand.

– Hvordan forsket dere på dette?

– 48 deltakere ble tilfeldig fordelt på tre grupper: en gruppe som fikk terapien, og to kontrollgrupper. Deltakerne i den første kontrollgruppen fikk selvhjelpsbok, mens de i den andre ble satt på venteliste. Vi målte symptomer på tvangslidelse, samt depresjon og angst, og pasientenes tilfredshet med behandlingen de fikk. Vi gjorde målinger i alle tre grupper før behandling, umiddelbart etter og tre måneder senere. I tillegg fulgte vi opp terapigruppen seks måneder etter endt behandling.

– Hva var hovedfunnene?

– Umiddelbart etter behandling var det remisjon hos 10 av 16 pasienter i terapigruppen, sammenliknet med to av 16 i selvhjelpsgruppen, og null av 15 i ventelistegruppen. Etter seks måneder var det remisjon hos 13 av 16 i terapigruppen. Vi fant også god effekt av terapien på angst og depresjon. Pasienter i terapigruppen sa de var generelt fornøyde med behandlingen og ville anbefale den til andre med liknende problemer. Én pasient, i ventelistegruppen, fullførte ikke studien.

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

– Vi fulgte pasienter i seks måneder. Vi trenger mer langvarige randomiserte studier

for å være sikre på effekten over tid. En annen begrensning var at å få selvhjelpsbok eller bli satt på venteliste, hadde relativt lav forventet effektstørrelse.

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

– Å kjøre en randomisert studie er krevende. For eksempel kunne det være vanskelig å vurdere om det var etisk at en pasient skulle vente tre måneder på randomisering, før de fikk behandling.

– Hvordan var det å være stipendiat?

– Det var vanskelig å finne tid til skriving i en travel hverdag som overlege. Og så hadde jeg lite følelse av fellesskap med de andre stipendiatene i Bergen, ettersom jeg jobbet på Agder, og jeg var mye eldre enn de fleste andre. Som bestemor og stipendiat er behovene litt annerledes.

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

– Jeg ledet oppbyggingen av et godt og stabilt team for behandling av tvangslidelse i Kristiansand i omtrent et tiår. Nå har jeg funnet et nytt område som jeg synes er veldig spennende: sammensatte lidelser med utmattelse, angst og smerter. Her er det stor mangel på forskning, og en pasientgruppe som vokser enormt i antall.

TEKST Matt Oxman



FOTO: PRIVAT

DISPUTANT

Gunvor Launes

INSTITUSJON

Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

AVHANDLING

Konsentrert eksponeringsterapi for voksne pasienter med tvangslidelse: Effekten av Bergen Fire-Dagers Behandling (B4DT)

DISPUTERTE 23.05.24

Tips til nye stipendiater

Stipendiatlivet kan være tøft og ensomt, sier Launes. Hennes råd: Pass på at du alltid har minst én person du kan støtte deg på underveis, og vær ærlig på hvordan du har det.

Språkdeprivasjon hos døve og hørselhemmede

De utviklingspsykologiske konsekvensene av språkdeprivasjon er et oversett fenomen det er sentralt å ta høyde for i klinisk praksis.

TEKST Cathrine Olaussen, Signo kompetansesenter og Oslo Universitets-sykehus

KONTAKT
cathrine.o.olaussen@gmail.com

MERKNAD Signo kompetansesenter er en del av Stiftelsen Signo, en diakonal, ideell organisasjon som gir tegnspråklig tilbud til døve, hørselhemmede og døvblinde på vegne av det offentlige. Yasmin er en fiktiv case.

Deprivasjon betyr berøvelse. Å berøve er å «ta noe verdifullt (især uåndgripelig, åndelig) fra noen mot vedkommendes vilje» (Det Norske Akademis ordbok, u.å.). Språkdeprivasjon oppstår når tilgangen til et naturlig språk mangler over tid. En person er fratatt tilgangen til et naturlig språk i sensitive perioder for språkutviklingen. Konsekvensene av språkdeprivasjon kan bli omfattende fordi utviklingen av språk er avgjørende for en persons kognitive, sosiale og emosjonelle utvikling.

Som nevropsykolog ved Signo kompetansesenter har jeg i klinisk arbeid med døvblinde og personer med nedsatt hørsel i kombinasjon med flere funksjonsnedsettelse erfart at noen av de største livsutfordringene deres er en konsekvens av språkdeprivasjon. Personen blir sosialt isolert, språklig forsinket og får redusert utbytte av undervisningen på skolen fordi så mye baseres på språket. Mange av personene jeg har møtt, er født med svært alvorlige somatiske tilstander, der selve tilstanden overskygger helsepersonells og foresattes muligheter til å fokusere på et hørselstap og språklig stimulering i de første årene. Hos mange oppdages hørselstapet gjennom nyfødtscreeningen. En del

får da tidlig tilbud om høreapparat eller cochleaimplantat (CI), men hos noen må slike tiltak avventes til livskritiske tilstander er håndtert. Flere av personene jeg har møtt i praksis, kom til Norge som flyktninger og har hatt svært variert språklig erfaring, mye på grunn av manglende kunnskap om konsekvenser av hørselshemming og muligheter for tilrettelegging i hjemlandet. Alle disse pasientgruppene risikerer å gå glipp av kritisk språkstimulering i tidlige og avgjørende faser i språkutviklingen.

YASMIN 15 ÅR

Se for deg Yasmin. Hun er 15 år, kom til Norge sammen med familien sin for fem år siden, etter mange år på flukt fra et krigsherjet land. Yasmin ble født med et alvorlig hørselstap i en av de større byene i landet hun kommer fra. Her fikk hun litt spesialundervisning på grunn av hørselstapet, men det var først da hun startet på skolen. Etter få år brøt det ut krig i landet, og familien måtte flykte. Foreldrene forteller at Yasmin var sen med å begynne å snakke, og at hun alltid har virket rastløs og temperamentsfull. I årene som fulgte, hadde ikke Yasmin noe opplæringstilbud. Da hun kom til Norge, ble det raskt satt i gang tiltak for hørselshemmin-



ILLUSTRASJON: GILLES & CECILIE

gen hennes. Hun fikk tilbud om plass i en tegn-språklig klasse, med spesialundervisning for å kompensere for manglende skolegang. Etter et par år med manglende språklig og faglig progresjon søkte skolen til Yasmin om utredning av kognitiv funksjon og veiledning fra Signo kompetansesenter.

VIKTIG Å VITE OM

Språkdeprivasjon har fått lite oppmerksomhet i norsk sammenheng. Det å kjenne til og være bevisst på fenomenet er viktig for å forstå en persons atferd og fungering, og dermed bidra til bedre tilrettelegging og hjelp. Nyere forskning antyder at språkdeprivasjon i verste fall kan føre til alvorlige tilpasningsvansker, fordi de fleste samfunn er basert på språklig kommunikasjon (Glickman & Hall, 2018). Med bakgrunn i det ovennevnte vil jeg hevde at det er essensielt å vite noe om tidlig språktilgang når man skal forstå en persons kognitive utvikling, og at det er avgjørende å ha innsikt i personens språkutviklingsprosess om man skal forstå atferd og fungering.

De to påstandene er ikke revolusjonære, det hele kan virke ganske selvsagt. Likevel har jeg overraskende ofte erfart i klinikk at jeg må

bemerke språkets betydning og kompleksitet, og poengtere hva som skal til for å utvikle et språk, overfor ansatte i både skole og helsevesen.

I mange år jobbet jeg med utredning av kognitiv og nevropsykologisk funksjon ved Signo kompetansesenter, et nasjonalt kompetansesenter der målgruppen er personer med nedsatt hørsel i kombinasjon med flere funksjonsnedsettelse, og døvblinde, som har et opplærings-tilbud. I sakene har personene som regel hatt behov for tilrettelagt testing og at jeg minimerer bruk av språk ved utredning, ofte for å kompensere for en antatt språkdeprivasjon. Jeg har møtt personer som har vært urolige, strevd med å tilpasse seg og der det har vært mistanke om psykisk utviklingshemming. Noen har brukt svært lite språk i det daglige. Under testing har mange stort sett samarbeidet godt, så lenge kravene til språklig forståelse var redusert til et minimum. Flere har fått overraskende gode resultater på ikke-språklige resonneringsoppgaver, som matrise-oppgaver fra Wechsler-testene. Jeg er opplært til å tenke at man ikke kan «fake» et godt resultat. Så hvordan kan man da forklare en tilsynelatende adekvat resonneringsevne når flere andre oppgaver indikerer nedsatt kognitiv funksjon? Ofte var fellesnev-

”

De fleste tar utviklingen av et språk for gitt

»

neren at testene der de kom dårligst ut, var testene som er enklere å forstå og gjennomføre når man har et språk. Det var først da jeg begynte å ta høyde for språkdeprivasjon, at flere biter i utredning av klientgruppen falt på plass.

HVA ER SPRÅKDEPRIVASJON?

Et naturlig språk er et språk som har oppstått spontant i relasjon mellom mennesker (Kjøll, 2022). Et barns språkutvikling er en fascinerende prosess. Veldig forenklet kan det beskrives slik: Hørende barn får respons når de forsøker å herme etter språklyder, og etter nok repetisjoner vil lydene finslipes til ord. Når ordene brukes i kontekst, både av barnet og av mennesker rundt, kobles meningsinnhold til ordene. På samme måte vil døve barn i tegnspråklige omgivelser få respons på gestene sine og etter hvert utvikle tegn og koble meningsinnhold til tegnene (Garmann & Torkildsen, 2017). Barn lærer ikke språk i et vakuum, men er avhengig av språklig respons fra menneskene rundt seg.

Hva vil det si å vokse opp uten tilgang til et naturlig språk? De fleste tar utviklingen av et språk for gitt, fordi det er en selvfølgelig del av å være et menneske. Men for noen er ikke språk selvfølgelig. For barn med medfødt hørselshemming vil tilgang til et visuelt språk, som tegnspråk, eller mekanisk forsterkning av lyd, som høreapparat eller cochleaimplantat, være avgjørende for språkutviklingen. Døve barn som fødes inn i tegnspråklige familier, har en naturlig språkutvikling på lik linje som for hørende barn (Corina, 2016; Nicholas, 2009). Det samme gjelder for hørende barn som fødes inn i tegnspråklige familier og vokser opp som tospråklige (Lillo-Martin et al., 2016). Norsk tegnspråk er et naturlig språk som er utviklet mellom mennesker som er døve (Norges døveforbund, u.å.). Tegnspråket har egen grammatikk og setningsoppbygging (Stiftelsen Signo, u.å.), og flere dialekter (Halvorsen, 2022). Det er anerkjent som «et fullverdig språk og en del av norsk kulturarv» (Vonen, 2020, s. 30) og er likestilt med norsk talespråk som språklig og kulturelt uttrykk (Språklova, 2022, § 7).

Der tilgangen til et naturlig språk blir forsinket eller forhindret over tid, kan man snakke om språkdeprivasjon (Glickman & Hall, 2018; Hall et al., 2017; Prop. 108 L (2019–2020)). Der det tidlig oppdages et hørselstap, får de fleste barn i Norge tilbud om høreapparat eller CI,

noe som til dels kan forebygge språkdeprivasjon. Likevel opplever mange hørselshemmede at språkutviklingen blir mangelfull (se f.eks. Lillo-Martin et al., 2022, og Vonen, 2018), fordi de periodevis har eller har hatt begrenset tilgang til et språk som er sansemessig tilgjengelig. Høreapparat og CI gir ikke normal hørsel, og derfor vil et talespråk for mange ikke bli fullt ut sansemessig tilgjengelig (Overvik, 2009).

KOMMUNIKASJONSFORMER

Det finnes også en gruppe som må kommunisere på andre måter enn med tale- eller tegnspråk som følge av eksempelvis motoriske vansker eller afasi. Dette kalles alternative og supplerende kommunikasjonsformer (ASK), og kan være bilder, taktil kommunikasjon eller elektronisk talemaskin (Statped, 2021). Noen er hørende med tilgang til talespråk (f.eks. personer med motoriske vansker som påvirker taleproduksjon), og noen er døve med tilgang til tegnspråk. Personer i disse gruppene har ikke økt risiko for språkdeprivasjon fordi de har tilgang til et språk, enten via hørsel eller syn. En del med nedsatt hørsel i kombinasjon med andre funksjonsnedsettelse får også presentert ASK som kommunikasjonsmetode. De er ekstra sårbare for språkdeprivasjon fordi de ikke får full sansemessig tilgang til et naturlig språk (Språkrådet, 2023). Mange mangler grunnleggende språklige og til dels kognitive ferdigheter som kan være nødvendige for å bruke ASK effektivt.

SPRÅKETS FORDELER

Tidlig stimulering med et språk – auditivt eller visuelt – antas å gi tilgang til grunnleggende matematiske og statistiske strukturer i språket. Ifølge Kuhl et al. (2006) organiserer spedbarn det fonetiske materialet (talespråket) de eksponeres for, statistisk. Kuhl et al. (2006) mener at nyfødte i sitt første leveår er mottakelige for å lære seg hvilket som helst språk. Når de hører mer og mer av morsmålet, vil spedbarnet kategorisere de hyppigst forekommende lydene i språket. Etter hvert vil hjernen bli mindre åpen for å tilegne seg andre språk, siden den ikke «fores» med statistikk om andre språklyder.

Det å utvikle et felles språk med våre omsorgspersoner gir en unik mulighet til å snakke om fenomener utenfor oss selv, om ting som skal skje eller som har skjedd. Det gjør det lettere å sette verden i system. Kognitive ferdigheter som problemløsning og konsekvensforståelse (hvis-

så) utvikles i takt med at vi tilegner oss et språk til å sette ord på det rundt oss. Språk gir grunnlag for læring og ervervelse av ny kunnskap. Hanno og Surrain (2019) antyder for eksempel at gode språklige ferdigheter og selvregulering henger sammen, altså grunnleggende kognitive ferdigheter som er avgjørende for å leve og fungere i et samfunn. I tillegg kommer aspekter som tilknytning, identitetsutvikling, kulturforståelse og sosialisering, hvor felles språk med jevnaldrende også er av stor betydning.

KONSEKVENSER AV SPRÅKDEPRIVASJON

En gruppe amerikanske forskere har sett på et fenomen de kaller «language deprivation syndrome», altså språklig deprivasjonssyndrom (Gulati, 2019; Hall et al., 2017). De har observert fenomenet hos døve personer som har vokst opp uten tilgang til tegnspråk, og beskriver strev med kognitive ferdigheter som tidoppfattelse, forståelse av årsak–virkning, impuls-kontroll, selvregulering og lese- og skriveferdigheter (Hall, 2017). Hvis man ser for seg at språk hjelper oss i å utvikle disse ferdighetene, begynner vi å ane rekkevidden av språkdeprivasjon. I tillegg fungerer språk som sosialt lim. Med et begrenset språk begrenses relasjonene våre. Det blir vanskeligere å sette ord på følelser, reaksjoner og kunnskap. Det kan fort oppstå misforståelser. Personer med sammensatte vansker, hvor nedsatt hørsel er en del av vanskebildet, er en spesielt sårbar gruppe, da de ulike funksjonsnedsettelsene i kombinasjon med hørselsnedsettelse kan virke gjensidig forsterkende (Eilertsen, 2019).

Eksempelvis har mange barn med nedsatt intellektuell funksjonsevne i kombinasjon med hørselsnedsettelse store vansker med å uttrykke egne ønsker og behov. De kan ha hull i språklig forståelse og uttrykksevne, og mangler kapasitet for å snakke om abstrakte fenomener som intensjoner, følelser eller samspill. En person med nedsatt hørsel og autisme vil trolig få større utfordringer i sosiale situasjoner dersom han eller hun har hatt begrenset tilgang til et morsmål. Da blir relasjoner og kommunikasjon, både verbal og non-verbal, enda mer komplisert å forholde seg til.

Ofte blir disse barna og ungdommene beskrevet som utagerende. De kan bli sinte, frustrerte og vanskelige å forstå. I stor grad har jeg sett at symptombildet har sammenheng med muligheter til å uttrykke seg språklig. For-

sinket eller umodent språk fører ofte til mer frustrasjon. Læring kan gå langsomt på grunn av manglende tilgang til og forståelse av informasjon. Barna kan miste oversikten, spesielt over hva som skal skje, hva som skjer, og hva som har skjedd. Kommunikasjonsformer kan bli mindre hensiktsmessige når man ikke forstår hva andre sier eller selv kan bruke ord, og noen ganger må man kommunisere høyt og tydelig med kroppen for å bli tatt på alvor.

I tillegg har jeg og tidligere kollegaer ved Signo kompetansesenter observert at barna med sammensatte vansker ofte faller mellom to stoler fordi de ikke får plass ved tegnspråklig tilbud i kommunen, ofte omtalt som «hørselsklasser». Begrunnelser kan være at personalet ikke har tilstrekkelig kompetanse om spesialpedagogikk og tilrettelegging for andre funksjonsnedsettelse enn hørselshemming. Derfor vet de ikke hvordan de skal integrere barna med mer sammensatte utfordringer. Barna fratras muligheten til naturlig språkstimulering, i og med ordinære klasser og spesialpedagogiske avdelinger sjelden tilbyr fullverdige tegnspråklige miljøer.

EN SÆRLIG SÅRBAR GRUPPE

Tilbake til Yasmin. Etter å ha forsøkt å lære henne tegnspråk uten ønsket progresjon i flere år var noe av forespørselen en vurdering av mulig psykisk utviklingshemming. Hun hadde gode praktiske ferdigheter og så ut til å lære mye gjennom observasjon, men hadde også store problemer med å sitte stille i klasserommet. Hun havnet ofte i konflikt med medelever, og flere av lærerne på skolen lurte på om hun hadde ADHD.

De siste årene så vi et økende behov for Signos tjenester for personer som Yasmin, med nedsatt hørsel og immigrantbakgrunn. De strever med å finne seg til rette på skolen. Lærerne vet ikke hvordan de skal tilrettelegge for læring. De fleste har tilleggsvaner som cerebral parese, utviklingshemming, epilepsi eller nevroutviklingsforstyrrelser, men hos noen finner man ingen åpenbare tilleggsvaner. Hos mange er tilpasningsvanskene forenelig med effekter av språkdeprivasjon. Ofte er det vanskelig å få et klart bilde av hvordan utviklingsforholdene har sett ut. Man kan forestille seg at det grunnet ulike omstendigheter, som flukt, fattigdom, mangelfull skolegang eller tilgang på helsehjelp, har vært begrenset tilgang



til språklig stimulering. Noen har god nytte av å få hørselstekniske hjelpemidler ved ankomst til Norge, men for mange kommer dette for sent. Det er antydning at språklig stimulering de første to leveårene er helt avgjørende for senere språkutvikling (Knors et al., 2015). En del barn kommer til Norge først i skolealder og har allerede gått glipp av verdifull språkerfaring. De vil kanskje aldri utvikle et fullverdig morsmål. Når de i tillegg skal lære seg et fremmedspråk (norsk eller norsk tegnspråk), sier det seg selv at denne prosessen kompliseres ytterligere.

Etter omfattende kartlegging av utviklingshistorien til Yasmin med vekt på språklig stimulering, samtaler med personal i skolen, observasjoner og kognitiv utredning var bildet som tegnet seg, mulig språkdeprivasjon. Det ble vurdert som lite sannsynlig at hun kom til å utvikle et flytende tegnspråk. Mangelen på språk skapte store kommunikasjons- og relasjonsproblemer for henne. Det forventes at hun vil lære seg en del tegn, men ikke avansert grammatikk og abstrakt forståelse av språk. Det er avgjørende at hun fortsetter å være i et tegnspråklig miljø fordi hun ikke har fysiske forutsetninger for å oppfatte tale. Men opplæring må skje på utradisjonelle måter gjennom praktisk arbeid, ikke i klasserommet. Læring av tegn må skje i kombinasjon med det man gjør, med støtte i billedlig og visuell informasjon. En bør fokusere på interesser, mestring og det som gir mening, og språklæringen må integreres i dette.

FOREBYGGING

Hvordan kan man forebygge språkdeprivasjon? Det åpenbare svaret er å gi barn tilgang til et naturlig språk. For en person uten tilgang på lyd er språk kun tilgjengelig visuelt. I en ny NOU, Tegnspråk for livet, blir det understreket hvor viktig tegnspråket er for døve og hørselshemmede (NOU 2023: 20). Rapporten gir blant annet en beskrivelse av hva som skal til for å bevare tegnspråket og for å skape reelle tegnspråklige miljøer. Den påpeker betydningen av tegnspråk som opplæringsspråk, med mål om «å sikre den enkelte eleven muligheter til personlig og kognitiv utvikling, noe som gir muligheter for å delta i samfunnet på like vilkår» (NOU 2023: 20, s. 28). Utvalget foreslår fem løft for å verne og fremme norsk tegnspråk: 1) tegnspråklige arenaer, 2) tidlig tilgang til tegnspråk, 3) styrket kvalitet i opplæringen, 4) kompetanseheving og 5) likeverdige tjenester.

Ved å ta høyde for alt vi bruker språket til i hverdagen, blir det nærmest en selvfølge at språkdeprivasjon er direkte skadelig og ødeleggende. Det er avgjørende å sikre tilgangen til tegnspråklige miljøer i Norge, samt å sikre rettighetene til språkopplæring for de som ikke har tilgang til et naturlig språk.

Det er nødvendig å spre kunnskap om hvilke konsekvenser språkdeprivasjon har for kognitiv, sosial og emosjonell utvikling.

I opplæringssammenheng er det viktig at personer med ansvar for undervisning kjenner til språkdeprivasjon, så de kan kartlegge eventuelle språklige mangler hos elevene. Mangelfull språklig tilgang gir mangelfull tilgang til informasjon. Hvis forklaringen på hvordan ting henger sammen, ikke er tilgjengelig, kan en ikke utvikle grunnleggende forståelse av sammenhenger. Dersom forståelse av tid ikke er etablert, gir det ikke mening å snakke om fortid og fremtid. En bør derfor kartlegge forståelsen en person har av tid og rom, og om det er hensiktsmessig å snakke om ting som har skjedd eller skal skje.

I behandlingssammenheng er det sentralt at behandlere har kunnskap om fenomenet språkdeprivasjon hvis de møter personer med nedsatt hørsel. Språkforståelse legger føringer for hva slags type behandling som er begripelig og tilgjengelig for pasienten. Dersom språket oppleves umodent, er det ikke gitt at personen mangler kognitiv kapasitet til å motta behandling, men behandlingen må tilpasses slik at den blir mindre språkavhengig. Ved mistanke om språkdeprivasjon bør diagnostisk vurdering ta høyde for følgetilstander som kan forstås i lys av dette, som oppmerksomhetsvansker, reguleringsvansker, sosiale vansker og forståelsesvansker.

AVSLUTNING

Jeg har ønsket å belyse temaet språkdeprivasjon og si noe om mulige konsekvenser. Jeg har argumentert for at språk er et av de viktigste redskapene vi har når det gjelder sosial fungering og selvregulering, og at språklige prosesser er uløselig knyttet sammen med kognitiv utvikling. Det gir oss muligheter til å forstå blant annet konsekvens og tid, og til å uttrykke indre tilstander. De fleste av oss tar språkutvikling for gitt fordi det går av seg selv. Det gjør det nesten umulig å forestille seg hvordan det ville være å berøves et språk. ❌

REFERANSER

- Corina, D.P. (2016). Neurolinguistic Studies of Sign Language Bilingualism. I M. Marshark & P.E. Spencer (Red.), *The Oxford Handbook of Deaf Studies in Language*. Oxford University Press.
- Det Norske Akademis ordbok. (u.å.). *Berøve*. <https://naob.no/ordbok/ber%C3%B8ve>
- Eilertsen, L.-J. (2019). Kombinerte vansker. En utfordring for deltakelse? I S.E. Ohna & E. Simonsen (Red.), *Barn med nedsatt hørsel. Læring i fellesskap*. Gyldendal.
- Garmann, N.G. & Torkildsen, J.V. K. (2017). Barns språkutvikling de tre første årene. I H.-O. Enger, M. Knoph, K.E. Kristoffersen & M. Lind (Red.), *Helt fabelaktig* (s. 45–64). Novus.
- Glickman, N.S. & Hall, W.C. (Red.). (2018). *Language Deprivation and Deaf Mental Health*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315166728>
- Gulati, S. (2019). Language deprivation syndrome. I N.S. Glickman & W.C. Hall (Red.), *Language Deprivation and Deaf Mental Health* (s. 24–46). Routledge.
- Hall, W.C. (2017). What You Don't Know Can Hurt You: The Risk of Language Deprivation by Impairing Sign Language Development in Deaf Children. *Maternal Child Health Journal*, 21, 961–965. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2287-y>
- Hall, W.C., Levin, L.L. & Anderson, M.L. (2017). Language deprivation syndrome: a possible neurodevelopmental disorder with sociocultural origins. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 761–776. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1351-7>
- Halvorsen, R.P. (2022, 3. oktober). Norsk tegnspråk. I *Store norske leksikon*. https://snl.no/norsk_tegnspr%C3%A5k
- Hanno, E. & Surrain, S. (2019). The Direct and Indirect Relations Between Self-Regulation and Language Development Among Monolinguals and Dual Language Learners. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 22, 75–89. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00283-3>
- Kjøll, G. (2022, 21. april). Naturlig språk. *Store norske leksikon*. https://snl.no/naturlig_spr%C3%A5k
- Knoors, H., Marschark, M. & Dammeyer, J. (2015). *Undervisning og læring – Psykologiske og utviklingsmessige perspektiver på undervisning af børn med høretab*. Materialcentret.
- Kuhl, P.K., Stevens, E., Hayashi, A., Deguchi, T., Kiritani, S. & Iverson, P. (2006). Infants show a facilitation effect for native language phonetic perception between 6 and 12 months. *Developmental Science*, 9(2), 13–21. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2006.00468.x>
- Lillo-Martin, D., Deanna, G. & Pichler, D.C. (2022). Lessons to be learned from bimodal bilingualism. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 58, 83–97. <https://doi.org/10.31299/hrri.58.si.4>
- Lillo-Martin, D., Quadros, R.M. D. & Chen Pichler, D. (2016). The Development of Bimodal Bilingualism: Implications for Linguistic Theory. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 6, 719–755. <https://doi.org/10.1075/lab.6.6.01lil>
- Nicholas, J. (2009). Den tegnspråklige hjernen: Kan kunnskap om hjernens bearbeiding av tegnspråk være nyttig i den kognitive utredningsprosessen? I A.L. Hansen, N. Garm & E. Hjelmervik (Red.), *Hørsel – språk og kommunikasjon. En artikkelsamling* (Statped skriftserie nr. 70). Møller kompetansesenter.
- Norges døveforbund. (u.å.). *Norsk tegnspråk*. <https://www.doveforbundet.no/tegnspak/>
- NOU 2023: 20. (2023). *Tegnspråk for livet*. Kultur- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/391e600a691147d9a38233afb54cb6a0/no/pdfs/nou202320230020000dddpdfs.pdf>
- Overvik, O. (2009). Hørselstekniske hjelpemidler. I A.L. Hansen, N. Garm & E. Hjelmervik (Red.), *Hørsel – språk og kommunikasjon. En artikkelsamling*. Møller kompetansesenter.
- Prop. 108 L (2019–2020). *Lov om språk (språkløva), kapittel 10*. Kultur- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-108-l-20192020/id2701451/?ch=10>
- Språkløva. (2022). *Lov om språk (LOV-2021-05-21-42)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-05-21-42>
- Språkrådet. (2023, 10. februar). *Alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)*. <https://www.sprakradet.no/Sprakligere rettigheter/sprakopplaring/alternativ-og-supplerende-kommunikasjon-ask/>
- Statped. (2021, 29. september). *Hva er alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)?* <https://www.statped.no/ask/hva-er-alternativ-og-supplerende-kommunikasjon-ask/>
- Stiftelsen Signo. (u.å.). *Vanlige spørsmål om tegnspråk*. <https://www.signo.no/aktuelt/sporsmal-om-tegnspak>
- Vonen, A.M. (2018). Vi trenger et løft for norsk tegnspråk. *Statpedmagasinet* (1), 22–23.
- Vonen, A.M. (2020). *Norsk tegnspråk – en grunnbok*. Cappelen Damm Akademisk.

ORIGINALARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 11 S. 758-765 [HTTPS://DOI.ORG/10.52734/WVXS1470](https://doi.org/10.52734/WVXS1470)

Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene

Yngve Arner¹ og Sverre Grepperud²

¹ DPS Groruddalen, Akershus Universitets-sykehus HF

² Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

KONTAKT

sverre.grepperud@medisin.uio.no

MERKNAD Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen. Manuset er en omarbeidet versjon av Arners masteroppgave ved Institutt for helse og samfunn, UiO. Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLEVDERT

Sammendrag

Stadig flere psykologspesialister forlater den offentlige sektor til fordel for den private. Dette skaper bekymring for mange. I denne studien er vi opptatt av å identifisere motivene for denne overgangen. For å besvare vårt forskningsspørsmål har vi valgt et kvalitativt design med semi-strukturerte intervju. Åtte informanter ble rekruttert, der alle er psykologspesialister som har forlatt de offentlige helsetjenestene for å etablere egen privatpraksis. Vi fant at informantenes motivasjon for å skifte karrierevei var relativt samstemt og inkluderte forhold som manglende tillit, manglende involvering, usikkerhet og kryssende hensyn. En overordnet tolkning av våre data er at det over tid har skjedd endringer i de offentlige helsetjenestene som synes å ha gjort offentlig sektor mindre attraktiv i forhold til privat sektor.

Nøkkelord: karrierebeslutninger, psykisk helse-personell, offentlig sektor, privat sektor

Mange i offentlig sektor hevder egen arbeidssituasjon har blitt så utfordrende at den på sikt vil svekke både rekrutteringen og muligheten for å beholde medarbeidere. Eksempler på yrkesgrupper som har fått særlig oppmerksomhet, er fastleger og sykepleiere. Politiansatte, barnehageansatte og sykehusspesialister har også uttrykt bekymring over utviklingen. Psykologers arbeidsforhold har også blitt tematisert. I Tidsskrift for Norsk psykologforening har det gått en debatt om i hvilken grad ulike utfordringer bidrar til at psykologer og psykologspesialister forlater offentlige tjenester. Debatten har blant annet tilveiebrakt kritikk av styringsmodellene, rammer, vilkårene for psykologene til å jobbe etter faglige prinsipper samt identifisert et behov for økt opplæring (Erlandsen, 2022; Hanevik, 2022; Storeide, 2022).

Det foreligger ikke statistikk på nasjonalt nivå over ekstern «turnover» blant psykologer og psykologspesialister. En rapport Helse Vest utga relativt nylig, gir likevel et bilde av situasjonen (Helse Vest, 2022). Det fremkommer at andelen helsepersonell som årlig forlot det regionale helseforetaket i perioden 2015–2020, var gjennomsnittlig 5,1 %. Psykologer og psykologspesialister hadde i samme periode en gjennomsnittlig årlig turnover-rate på henholdsvis 12,4 % og 6,8 %. Veksten i ekstern turnover i denne perioden var langt høyere for psykologspesialistene (fra 5,1% i 2015 til 8,1 % i 2020).

En rapport fra Oslo Economics som anvender data fra NPFs medlemsregistre bekrefter at et stadig høyere antall av medlemmene i Norsk psykologforening (NPF) jobber helprivat. Antallet medarbeidere som jobber privat uten avtalehjemmel hos de regionale helseforetakene, har økt med omtrent 165 % de siste 16 årene. Det tilsvarer en årlig gjennomsnittlig økning på over 10 %. I 2007 arbeidet 225 psykologer helprivat i Norge. Ved inngangen til 2023 var tallet steget til 598.

En økende avgang av psykologspesialister fra offentlige spesialisthelsetjenester til andre sektorer, og da spesielt til privat sektor, er utfordrende. Flest pasienter får behandling i nettopp offentlig helsevern. Videre er det her de mest sårbare gruppene og de med den høyeste sykdomsbyrden behandles. En «kompetanseflukt» av de mest erfarne fagfolkene vil innebære tap av verdifull erfaring som kan bidra inn i denne behandlingen. Videre vil utdanningskapasiteten i sektoren forringes, og man må bruke mer ressurser på å ansette og lære opp nye medarbeidere (Oslo Economics, 2022). NPF har også uttrykt bekymring for «spesialistflukten» fra de offentlige tjenestene. Foreningen hevder at det nå haster å få på plass mottiltak (Lunde, 2022). En *reduisert* spesialistflukt vil nemlig kunne heve kvaliteten på de helsetjenestene som ytes

i offentlig sektor, samt forbedre arbeidshverdagen for de som arbeider der.

I studien ønsker vi å identifisere hvilke motiver psykologspesialister har for å forlate de offentlige helsetjenestene til fordel for privat sektor. Vi bruker kvalitativ analyse, som vil kunne gi en forståelse av hvilke mekanismer som påvirker slike valg. Kunnskapen vil kunne bidra til å identifisere eventuelle effektive mottiltak mot turnover blant psykologspesialister og muligens også blant andre yrkesgrupper innenfor helsetjenesten.

Metode og design

Inklusjon og rekruttering

Vi inkluderte psykologspesialister som nylig hadde forlatt den offentlige helsetjenesten innen psykisk helsevern. Vi begrenset oss til psykologspesialister i hovedstadsområdet. Valget ble tatt delvis av ressursmessige årsaker, da vi forventet en enklere rekrutteringsprosess siden mulighetene for å etablere privatpraksis synes større i Oslo-regionen enn andre steder. I tillegg var vi opptatt av å identifisere variasjon i informantenes uttrykte motiver for å forlate de offentlige tjenestene. Vi ønsket derfor å unngå at ulikheter i regionale rammebetingelser skulle påvirke dette.

Vi var særlig opptatt av å fange opp motivene som var forbundet med den økende avgangen som har funnet sted de senere årene, samt redusere sannsynligheten for å huske feil (Hom, 2011). Derfor rekrutterte vi bare de som hadde forlatt de offentlige tjenestene i løpet av de fem siste årene. Alle informantene ble rekruttert via Facebook-siden «Privatpraktiserende psykologer i Oslo».

Deltakere

I alt rekrutterte vi åtte informanter, som alle hadde privatpraksis lokalisert i Oslo eller Viken. Alle informantene jobbet i privatpraksis, noen alene, men de fleste i kontorfellesskap med en eller flere andre. En av informantene jobbet også deler av tiden som innleid spesialist ved et Distriktspsykiatrisk senter. Alle informantene jobbet såkalt helprivat, altså uten avtalehjemmel. Alle hadde forlatt den offentlige helsetjenesten frivillig. Kun en hadde hatt en langsiktig karriereplan om å forlate det offentlige og starte egen privatpraksis. Alle hadde erfaring fra den offentlige spesialisthelsetjenesten (2. og/eller 3. linje), men flere hadde også erfaring fra kommunehelsetjenesten (1. linje). Lengden på den offentlige arbeidserfaringen varierte fra fem år til mer enn 20 år. Fem av åtte informanter var kvinner.

Datainnsamling

For å kartlegge informantenes motiver valgte vi å anvende semi-strukturerte intervjuer med få åpne spørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet i fellesskap av YA og SG. Våre tre hovedspørsmål var: (1) Hvilke grunner var utslagsgivende for at du gikk fra å jobbe i de offentlige helsetjenestene til å jobbe i det private? (2) Hvilke forhold vil du særlig trekke frem som årsaker til at du valgte å forlate offentlig sektor? (3) Hva skulle eventuelt vært annerledes ved de offentlige helsetjenestene for at du skulle ha fortsatt i det offentlige? I tillegg hadde vi ulike oppfølgingsspørsmål som: (i) Var beslutningsprosessen langvarig eller kortvarig? (ii) I hvilken grad var arbeidsbetingelsene av betydning og (iii) i så fall hvilke?

Intervjuene ble utført av YA alene, ettersom vi antok at en-til-en-formatet ville skape en mer avslappet atmosfære og føre til ærligere og mer reflekterte svar (Willig, 2013). YA hadde også mest kjennskap til sektoren i kraft av å inneha en lederstilling innen den offentlige helsetjenesten. Vi forventet at dette ville forenkle kommunikasjonen med informantene. Samtidig kunne YAs bakgrunn ha blitt tolket som om han representerte en sektor som informantene hadde søkt seg bort fra. For å redusere faren for slik forutinntatthet understreket rekrutteringsteksten at YA i noen år hadde drevet egen privatpraksis – da riktignok på deltid og ikke på heltid slik som informantene. YA hadde altså relevant kunnskap om det å etablere og drive egen praksis.

Intervjuene ble utført i januar og februar 2023 og varte mellom 40 og 60 minutter. Alle informantene var meget engasjerte under intervjuene. Derfor ble intervjuers rolle i hovedsak å be dem utdype resonnementene, heller enn å komme med oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble tatt opp på diktafon og transkribert av førsteforfatter.

Etikk

Før hvert intervju ga vi både muntlig og skriftlig informasjon om studien, datalagring og muligheten til å trekke tilbake samtykket. De transkriberte intervjuene ble lagret på en passordbeskyttet, sikker server, tilknyttet Akershus universitetssykehus. Intervjuene ble gjennomført på en lokalisasjon foreslått av informantene selv. Halvparten ble gjennomført på informantenes arbeidssted, mens den andre halvparten ble gjennomført på et offentlig sted. Studien ble sendt til og godkjent av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (ref.nr. 758150).

Analyse

For å analysere datamaterialet brukte vi tematisk analyse. Ifølge Braun og Clarke (2020) kan tematisk

analyse inndeles i følgende tre hovedretninger (vår oversettelse): kodebok reliabilitet, reflekseive tilnærminger og kodebok tilnærminger. I vår analyse brukte vi *The Framework Approach* (FA) slik det beskrives av Smith og Firth (2011). Den inngår som en del av hva Braun og Clarke (2021) betegner som kodebok-tilnærminger. De ulike analysefasene i FA samsvarer med reflekseive tilnærminger når det gjelder behandlingen av datamaterialet, men selve kodingen er mer strukturert (bruk av kode-matriser). Her vektlegges betydningen av å gå frem og tilbake og på tvers av data for å utvikle og betegne eventuelle sammenhenger mellom tema og kategorier (Smith & Firth, 2011). I FA vil overskriftene (tema og kategorier) fremstå som dataoppsummeringer («domain summaries») mer enn en fortolkning av den underliggende betydningen av dataene, slik tilfellet er for reflekseive tilnærminger. En konsekvens av dette er at overskriftene er relativt kortfattede.

Etter å ha gjort oss grundig kjent med dataene kom vi uavhengig av hverandre med forslag til innledende overskrifter. Deretter hadde vi over en lengre periode diskusjoner som førte til ulike forslag, før vi kom til enighet (konsensus-koding). Prosessen medførte endringer i overskriftene over tid. For eksempel ble visse tema til kategorier og omvendt. Selve det konseptuelle rammeverket falt på plass da vi valgte en struktur hvor temaene reflekterte utløsende faktorer (proksimale årsaksforhold), mens kategoriene reflekterte bakenforliggende forhold (ultimate årsaksforhold). Rammeverket gav en tydeligere struktur og dermed større innsikt i informantenes uttrykte motiver. Tilnærmingen vår kan i utgangspunktet betegnes som induktiv i den forstand at vi kodet med nærhet til data. Allikevel kan våre verdier, erfaringer og faglige bakgrunn som henholdsvis psykolog og samfunnsøkonom ha påvirket våre fortolkninger av data.

Resultater

Klassifiseringsprosessen resulterte i følgende fem hovedtema, de tilordnede kategoriene står i parentes: (1) krysspress (tid og faglig spagat), (2) rigiditet (styring av tid og faglig profil), (3) svekket tillit (utøvelse av ledelse og kontroll), (4) avstand (toppstyring og tilsynelatende involvering) og (5) utrygghet (forventninger og syndeubukk).

Tema 1: Krysspress

Tid og faglig spagat. Alle informantene gav uttrykk for at sektorens rammebetingelser var blitt svekket over tid fordi pågangen av oppgaver hadde økt mer enn tilførselen av ressurser. De forklarte den økte arbeidsmengden med skjærpede krav til kartlegging og

dokumentasjon, et høyere symptomtrykk kombinert med redusert funksjonsnivå hos pasientene, samt en kontinuerlig innføring av nye reformer. Informantene var samstemte i at denne utviklingen førte til travle og belastende arbeidsdager. Dette hadde konsekvenser for privatlivet og deres faglige integritet. Informant B uttrykker dette forholdet på følgende måte: «Altfor høyt stressnivå. Det er ganske bekymringsfullt [...]»

Når informantene ble bedt om å utdype nærmere, fulgte gjerne noen generelle refleksjoner rundt det å stå i omorganiseringer. Videre beskrev de konkrete tiltak som pakkeforløp og frist for start av behandling som har vært innført, inkludert fare for fristbrudd. De vurderte at pakkeforløpene medførte flere administrative oppgaver og dermed økt tidsbruk på grunn av mer standardisering og flere krav til kartlegging og koding. Informantene nevnte også uheldige sideeffekter av forsøk på å unngå fristbrudd – i praksis ved å øke antall pasienter inn og/eller avslutte pågående forløp. For det første førte det til at det var kapasitetshensyn og ikke faglige vurderinger som bestemte lengden på mange behandlingsforløp. For det andre førte forsøk på å unngå fristbrudd til at pasientporteføljene til hver enkelt behandler økte. Porteføljene ble etter hvert så uhåndterlige at pasientene endte opp med færre og sjeldnere konsultasjoner.

En fortolkning av informantenes utsagn er at belastningene de omtaler, stammer fra ulike typer krysspress. For det første hadde et krysspress mellom arbeid og fritid konsekvenser for privatlivet. Et slikt krysspress er eksemplifisert ved følgende sitat fra informant A om tiden i det offentlige:

Det er veldig vanskelig situasjon nå, vi har ikke folk, men prøver å løse det. Om to–tre uker er det bedre, men den orker ikke [ektefelle] å høre. «Ikke si det engang, det blir aldri sant», så det er jo sånn følelse av at du hele tiden liksom står for en storm, og så blir den evigvarende.

Etter overgangen til privat praksis beskriver informant E situasjonen slik: «Det er lettere å tilrettelegge for familien, det er lettere å ta ferie om jeg trenger det.»

Den andre typen krysspress handler om spagaten mellom systemets krav og faglige standarder. Ifølge flere informanter måtte de i noen tilfeller avslutte behandlingen av pasienter av kapasitetshensyn, før de faglig sett mente pasienten var klar for å avsluttes. Dette førte til en opplevelse av å miste sin faglige integritet. Informant A uttrykker følgende:

På et tidspunkt bestemte jeg at det ikke gikk lenger. Jeg følte på et stort krysspress i forhold til den gode

pasientbehandlingen som jeg hadde lært fra studiet, og etter en stund klarte jeg ikke å stå i den spagaten.

Informantene opplevde altså at deres faglige integritet var under press ved at de hadde fått strammere rammebetingelser. Dermed hadde de mindre tid til å handle i tråd med hva de selv opplevde som rimelige faglige standarder. Informant E beskriver det slik:

Jeg synes det er helt uakseptabelt at vi skal godta i psykisk helsevern at vi sitter og halvbehandler folk. Det ville vi aldri godtatt i somatikken. Men vi gjør det med de som har minst stemme å snakke for seg selv med.

Flere av informantene hevdet at en svekket faglig integritet utløste mye frustrasjon, sinne og dårlig samvittighet. Dette gikk igjen ut over nattesøvnen. Informant F mente at den svekkede faglige integriteten også gikk ut over ens ferdigheter som behandler, og at det rokket ved egen identitet. Informanten uttrykker følelsene sine omkring denne typen frustrasjon på følgende måte: «Og så er det noe med å holde pusten og prøve hele tiden å gjøre det så godt man kan. Og til slutt er det ikke mer pust å trekke [...]»

Tema 2: Rigiditet

Styring av tid og faglig profil. Informantene var også opptatt av de begrensede mulighetene til å kunne styre sin egen arbeidshverdag i offentlig sektor. Rigiditeten fremstår som en type ytre styring som legger begrensninger på disponering av egen tidsbruk samt mulighetene for å utvise faglig skjønn i møte med den enkelte pasient. Når informantene reflekterte rundt denne typen rigiditet, var de relativt eksplisitte på hva som var tiltrekkende ved den sektoren de endte opp i («pull»-faktorer). De beskrev det å kunne styre sin egen hverdag som en stor fordel ved det å jobbe i privatpraksis. Der kunne de legge opp arbeidsdagen som de ville, inkludert å jobbe mindre i perioder. Informant E uttrykker følgende: «Friheten, den er jo et kjempestort pluss med å jobbe privat. Jeg bestemmer alt selv. Jeg bestemmer når jeg skal jobbe, hvor mye jeg skal jobbe, og hva jeg skal jobbe med. Jeg kan styre dagen min helt selv.»

Flere av informantene vektla privat praksis som en arena hvor de kunne bestemme den faglige profilen sin og hvilke typer tjenester de ville tilby. De brukte begreper som *frihet*, *selvrealisering*, *autonomi* og *å komme hjem*. Flere var også opptatt av at de kunne styre behandlingens lengde etter faglige hensyn eller av når pasienten selv valgte å avslutte, og ikke av kapasitet. Dette opplevde de som et gode. Informant G uttrykker følgende: «Det å gå over i det private det er å kunne jobbe mer med pasienter over tid, da, og

muligheten til at det er de som kan bestemme, eller ha litt styring på når er det behandlingen skal avsluttes.»

Samtidig problematiserer enkelte av informantene avveiningen mellom å velge egen autonomi versus å prioritere pasientgrupper med de største behovene – som da gjerne behandles i det offentlige. Dette dilemmaet beskrives av informant E på følgende måte:

Det var ikke noe lett valg, for prinsipielt sett tenker jeg at vi trengs der hvor folk er sykest og har det vanskeligst. Men så ser jeg nå at jeg jobber mer enn jeg gjorde før, og jeg er mindre sliten.

Tema 3: Svekket tillit

Utøvelse av ledelse og kontroll. De fleste informantene hadde fått svekket tillit til ledelsen. Noen uttrykte at dette var en konsekvens av konkrete lederbeslutninger, mens andre hadde fått svekket tillit på grunn av ledelsesutøvelse mer generelt.

I sammenheng med konkrete lederbeslutninger opplevde også flere informanter at leders tillit til *dem* var svekket. De oppfattet utfallet av lederbeslutninger som en kritikk av den enkelte informant langs dimensjoner som innsats, kompetanse, evne eller faglig skjønn. Eksempler på slike beslutninger var avslag på søknader om spesialistpermisjon og at ambisjoner om å stige i gradene ikke ble innfridd. Informant H: «Nå har jeg ikke noe tillit her, og de ønsker ikke meg, så da sa jeg opp på stedet.»

Et viktig forhold informantene fremhevet, var som nevnt generell ledelsesutøvelse. Mange informanter oppfattet ledernes kontrollbehov som en form for mistenkeliggjøring, som ytterligere bekreftet mangelen på tillit fra ledelsen. Følelsen av å bli kontrollert ble for eksempel utløst når ledere sjekket timebøker, at journalføring var utført, og at kodene var registrert. Fra informant D: «Hvis det eneste du snakker med sjefen din om, er om du har godkjent alle journalnotatene eller sendt inn alle kodene [...], så kan man jo få følelsen av at den jobben jeg bruker masse tid på [pasientbehandling], den driter vi i.»

Noen opplevde altså at dette fokuset hadde fått for stor oppmerksomhet relativt til det faglige. De følte tidvis at ledelsen sjekket dem for sjekkingens skyld. Følgende sitat fra informant D illustrerer denne type betraktninger: «Vi skulle sees i kortene på alle mulige måter, de var veldig opptatt av driftsmarkører, snakket 90 % av tiden om det, og tilnærmet ingenting om fag.»

En fortolkning av informantenes utsagn er at en leders utøvelse av kontroll kan oppfattes av medarbeiderne som om leder ikke har tilstrekkelig tillit til dem, noe som i neste omgang vil svekke medarbeiderens tillit til ledelsen. Denne type mekanisme er tro-

lig mindre sannsynlig hvis medarbeiderne oppfatter lederen som noen som også er opptatt av det faglige (kjerneaktiviteten).

Tema 4: Avstand

Toppstyring og tilsynelatende involvering. Informantene opplevde at helsevesenet generelt, og sektoren spesielt, hadde en organisatorisk struktur som skapte avstand mellom ledelse og medarbeidere. Dette hadde konsekvenser både for informasjonsstrukturen og -innholdet. De var opptatt av å formidle at helsetjenesten typisk hadde for mange ledernivåer og var for toppstyrt. Dette skapte en avstand mellom ledelsen og behandlerne. Samtidig gikk informasjonsstrømmen i hovedsak ovenfra og ned. Ifølge våre informanter medførte dette at de i liten grad følte de ble involvert i de beslutningene som ble tatt.

Flere av informantene var ikke bare opptatt av informasjonsstrukturen (ovenfra-og-ned), men også av innhold og mengde. Enkelte mente mye av informasjonen bar preg av å skulle involvere, men det var ofte uklart hvordan de kunne melde tilbake, og om eventuelle tilbakemeldinger faktisk ville bli tatt hensyn til. Dette ga en opplevelse av «tilsynelatende involvering». Informasjonsmengden var ofte unødvendig omfattende, og informantene følte at beslutningene allerede var tatt. Informant D beskriver det slik: «Men jeg opplevde i veldig liten grad at det var medvirkning som var målet.»

Altså ble informasjonsinnholdet og -mengden en slags bekreftelse på eksistensen av en manglende vilje til å involvere. Informant D uttrykker følgende:

En endeløs mengde med informasjon om ting de snakket om på sine møter, ting de vurderte å gjøre, ting de ikke vurderte å gjøre. Jeg har et inntrykk av at de har blitt opplært til å være ledere på en viss måte, og eksisterer i et ekkokammer av andre ledere som også har den samme jobben, og som blir målt på de samme tingene [...]

Tema 5: Utrygghet

Forventninger og syndebykk. Det siste hovedtemaet omfatter forhold som etterlot en følelse av usikkerhet og utrygghet hos informantene. Denne utryggheten ble tydelig når de snakket om problemstillinger som vedrørte oppnådd spesialistkompetanse og pasientsikkerhet.

Flere informanter var opptatt av at oppnådd spesialistkompetanse førte til bortfall av veiledning, økt ansvar, flere tilleggsoppgaver samt forventninger om en høyere arbeidskapasitet. Informant F oppsummerer i denne forbindelse sine bekymringer på følgende måte:

Veldig pussige ting som skjer når du får spesialistdiplomet ditt. Du forventes å ha høyere kapasitet plutselig. Og det har du ikke. Du forventes ikke lenger å ha behov for veiledning. Det er tull. [...] og du får en del tilleggsp oppgaver som du naturlig nok skal ha som spesialist. Og alt dette er helt greit, men ikke sammen med at du som spesialist blir forventet å ha de vanskeligste sakene alene, og et høyere antall enn andre. Dette er forbruk av mennesker som er uklokt.

Dette sitatet henviser til flere forhold. For det første synes informantene å kommunisere at arbeidsbelastningen blir for omfattende når man oppnår spesialistkompetanse. Informanten uttrykker også bekymring for at man som spesialist ikke får veiledning, samtidig som de må ta de vanskeligste oppgavene alene. Bekymringen kan tolkes som en faglig prestasjonsangst forbundet med det å bli spesialist – altså at andres faglige forventninger til ens nye rolle skaper en type utrygghet. Avslutningen på sitatet peker imidlertid på en opplevelse av å bli behandlet som et redskap heller enn å bli sett og anerkjent som menneske.

Noen informanter gav uttrykk for at et forverret arbeidsklima spilte inn på beslutningen deres om å bytte til det private. Denne forverringen skyldtes enten nærmeste leder eller «systemet oppover», noe som bidro til at de valgte å «ligge lavt». Dette kan tolkes som at de opplevde en usikkerhet som førte til at de resignerte. Informant H synes å uttrykke slike forhold på følgende måte:

Jeg kan ikke sette meg i posisjonen hvor jeg blir hersert med som psykolog, eller av andre som har andre agendaer. Det tåler jeg ikke. Så da leide jeg meg et lite kontor for meg selv. Så det var liksom den private starten, da.

Utryggheten hos informantene var også koblet til frykten for selv å gjøre noe galt og for at pasienter skal begå selvmord. Flere snakker om betydningen av å ha tilstrekkelig lederstøtte, altså ledere som ivaretar en hvis noe skulle gå galt. Noen trakk også frem at de ikke var trygge på at de hadde egne ledere i ryggen. To av informantene formidlet en engstelse for at man kunne bli gjort til syndebukk. Et utsagn som illustrerer sammenhengen mellom frykten for uheldige utfall og manglende lederstøtte, er følgende (informant C): «Jeg tenkte at hvis denne pasienten tar livet sitt, hvem har jeg i ryggen da? Ingen. Ingen. Så det ble faktisk utrygt.»

Samtidig var noen informanter opptatt av at det å arbeide i offentlig sektor også gav en viss trygghet. De var blitt mer oppmerksomme på dette etter at de hadde forlatt de offentlige tjenestene. Informantene

henviste særlig til sikkerhetsnettet (pensjonsrettigheter og krav på sykepenger) de hadde hatt i offentlig sektor.

Diskusjon

Vi har utført en tverrgående tematisk analyse for å identifisere tema som kan belyse mulige årsaker til at psykologspesialister forlater de offentlige helsetjenestene. Vi kom frem til fem hovedtemaer, med ulike bakenforliggende faktorer (kategorier) som spiller inn på dem: (1) krysspress (tid og faglig spagat), (2) rigiditet (styring av tid og faglig profil), (3) svekket tillit (utøvelse av ledelse og kontroll), (4) avstand (toppstyring og tilsynelatende involvering) og (5) utrygghet (forventninger og syndebukk).

I hovedsak tilhører kategoriene hvert sitt hovedtema, men de kan også spille inn på flere på samme tid. For eksempel vil økende tidspress på grunn av endrede rammebetingelser (økt symptomtrykk hos pasienter og kortere behandlingsforløp) som bidrar til krysspress også kunne medføre usikkerhet i rollen som behandler (utrygghet). Begrensede muligheter til å styre egen arbeidshverdag (styring av tid) vil begrense muligheten til å utvise faglig skjønn (rigiditet), men kan også svekke tilliten til ledelsen.

De bakenforliggende faktorene (kategoriene) virker også på ulike nivåer. Noen er på et aggregert nivå fordi de er et resultat av nasjonale reformer (pakkeforløp og fristbrudd), eller fordi de følger av en gitt organisering (hierarkisk oppbygd struktur med mange ledernivåer). Andre er mer relasjonelle og individuelle, som forholdet til nærmeste leder. Og andre igjen vedrører ledelsesutøvelse på avdelingsnivå, altså hvordan medarbeidere oppfatter en leders beslutninger, prioriteringer og atferd. Ledelsesutøvelsen har igjen betydning for medarbeidernes oppfatninger om graden av involvering, tilliten de føler lederne har til dem, og hvor utrygge de kjenner seg. Når det gjelder følelsen av utrygghet, synes dette for noen av informantene også å omfatte det som betegnes som psykologisk usikkerhet. Informantene opplevde det som utrygt å si fra og å komme med egne innspill, altså valgte de heller å trekke seg tilbake (resignere). Lederes atferd spiller en kritisk rolle for den psykologiske tryggheten og et velfungerende arbeidsklima, for eksempel gjennom konstruktive tilbakemeldinger, forespørsler om råd fra ansatte og innrømmelser av egne feil (se f.eks. Edmonson, 2019).

Informantene uttrykte frustrasjon over innføringen av nye reformer som pakkeforløp og frist for oppstart av behandling. De nye reformene bidro nemlig til en generell reduksjon i tid med pasienten til for-

del for administrative oppgaver. Hver enkelt pasient fikk også et kortere behandlingsforløp. Informantene uttrykte i liten grad at de innførte endringene hadde positive effekter for pasientene. Vi kunne jo ha tenkt oss at endringene bidro til at tilgjengelige ressurser kom flere pasienter til gode, eller til et mer likt tilbud uavhengig av hvor i landet man bor. Våre informanter var først og fremst opptatt av egne pasienter, og vektla i mindre grad fordeling av ressurser mer overordnet sett.

Selv om informantenes enkelthistorier er ulike, er det et betydelig samsvar mellom dem når det gjelder de uttrykte motivene for å forlate det offentlige. Det at mange beskrev lignende erfaringer kan muligens forklares av en viss homogenitet i gruppen. Informantene har alle samme grunnutdanning, de er alle psykologspesialister i Stor-Oslo som i løpet av de siste fem årene har forlatt de offentlige tjenestene til fordel for helprivate tjenester (samtlige driver privatpraksis), og alle jobber med samtalerapi. Vårt hovedinntrykk fra intervjuene kan oppsummeres med begrepet «endringer», da alle informantene på en eller annen måte rapporterte at det over tid hadde blitt mer krevende å jobbe i sektoren. Eksempler på «endringer» er en opplevd økende avstand oppover i ledernivåene, økende kontroll, redusert mulighet for å utøve faglig skjønn, mindre tillit, mer standardisering, endrede rammebetingelser og økt pasienttyngde.

En litteraturkartlegging om årsaker til turnover blant helsepersonell fant få studier fra de nordiske landene, og de fleste omhandler sykepleiere (Oslo Economics, 2022). De internasjonale studiene på sin side peker mot lønns- og arbeidsvilkår og forhold ved ledelsen som de viktigste årsakene til turnover blant leger, og nødvendigheten av å flytte på seg på grunn av spesialisering for psykologer. En enkeltstudie fra Norge finner at den viktigste årsaken til turnover blant leger og psykologer er dårlig arbeidsmiljø (Martinussen et al., 2020). I likhet med tidligere forskning finner også vi at forhold ved ledelsen kan ha betydning. I våre data fremstod derimot ikke lønns- og arbeidsvilkår og arbeidsmiljøet som viktige faktorer. For eksempel var våre informanter i liten grad opptatt av lønnsbetingelser samtidig som de formidlet at de hadde gode relasjoner til sine kolleger.

Oslo Economics (2022) presenterer en innholdsriktig liste over tiltak som har blitt innført for å motvirke turnover blant helsepersonell. Samtidig presiserer rapporten at vi mangler informasjon om effekten av de ulike tiltakene. Listen omfatter utdanningstiltak, regulatoriske tiltak, finansielle og organisatoriske tiltak samt tiltak som skal sørge for profesjonell og personlig støtte. Europakommisjonen (European Com-

mission, 2015) har publisert en oversiktsartikkel om hvordan rekruttere og beholde helsepersonell. Også her peker forfatterne på betydelige kunnskapshull når det gjelder effekten av tiltakene, og på behovet for mer forskning.

En identifisering av de mest effektive tiltakene synes altså å være vanskelig per nå. Samtidig peker våre funn mot at ledelse kan være en mulig nøkkel i innsatsen for å hindre spesialistflukten. Ledelse spiller nemlig en avgjørende rolle i å adressere problemene som informantene påpeker. En leder som bygger tillit, prioriterer kjerneaktiviteten (pasientbehandling) og involverer de ansatte i stedet for å skape avstand, kan gjøre en betydelig forskjell. Et naturlig mottiltak synes derfor å være å bevisstgjøre ledere på betydningen av forhold som medvirkning, åpenhet og å bygge tillit.

Det er et paradoks at informantene våre opplevde nasjonale reformer som er myntet på å være kvalitetsforbedrende, som kvalitetsforringende. Slike oppfatninger kan komme av at reformene i hovedsak oppleves som politikerdrevet og ikke i tilstrekkelig grad er forankret i sektoren. Våre funn peker altså mot at endringene som har funnet sted i den offentlige helsetjenesten over tid, har ført til at den relative attraktiviteten til den private sektoren har økt. I lys av dette vil selvfølgelig effektive mottiltak være å modifisere disse endringene. Videre bør ikke reformer innføres før initiativtakerne har etablert en god forståelse for hva de ønsker å oppnå, samtidig som de også erkjenner at visse ulemper nødvendigvis vil måtte inntreffe.

Begrensninger

I vår analyse er det flere forhold som kan ha betydning for hvordan man skal fortolke og vektlegge resultatene. For eksempel hadde informantene på intervjuet allerede tatt et valg om å forlate offentlig sektor til fordel for en helprivat praksis. Dette har to mulige konsekvenser. For det første kan våre informanter ha egenskaper og karaktertrekk som skiller dem fra andre psykologspesialister (selv-seleksjon). Dette kan bety at oppfatningene og erfaringene deres avviker fra de til andre psykologspesialister (for eksempel tidligere kolleger). For det andre kan det å ha tatt en beslutning i seg selv påvirke egne vurderinger sammenlignet med om informantene enda ikke hadde tatt denne beslutningen (etter-rasjonalisering). Et annet forhold som gjør at våre informanter er en selektert gruppe, er hvordan de ble rekruttert. De ble ikke kontaktet direkte, men aksepterte deltakelse ved å besvare en generell forespørsel annonsert på et sosialt medium. Videre utviste informantene et særlig engasjement under intervjuene. Det er uklart hvilke konsekvenser denne seleksjonen hadde for våre resultater.

Konklusjon

Våre funn peker mot at en kombinasjon av ulike faktorer samlet sett bidrar til at psykologspesialister går over fra offentlig til privat sektor. Til tross for noen individuelle variasjoner var det stor enighet blant informantene om de viktigste årsakene. De inkluderte forhold som manglende tillit, manglende involvering, usikkerhet og krysspress. Etterspørselen etter psykologtjenester er stor. Bedre rammevilkår i det offentlige som tilpasses arbeidsmengden, og lokalt lederskap som bygger tillit, prioriterer kjerneaktiviteten og involverer de ansatte, vil kunne bidra til å bremse spesialistflukten. ✕

Referanser

- Braun, V. & Clarke, V. (2020). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21, 37–47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 1–25. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Edmonson, A. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. John Wiley & Sons.
- Erlandsen, A.R. (2022). Flammen som nesten sluknet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/12/flammen-som-nesten-sluknet>
- European Commission. (2015). *Recruitment and retention of the health workforce in Europe*. Directorate-General for Health and Food Safety.
- Hanevik, E. (2022). Hjertesukk fra nyskremt psykolog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2022/11/hjertesukk-fra-nyskremt-psykolog>
- Helse Vest. (2022). *Ekstern turnover: Faktabasert kunnskapsgrunnlag. Et viktig grunnlag for de rette tiltakene*. <https://helsevest.no/Documents/Nyheiter/Ekstern%20turnover%20rapport.pdf>
- Hom, P.W. (2011). Organizational exit. I S. Zedeck (Red.), *Handbook of industrial/organizational psychology* (2. utg., s. 67–117). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12169-003>
- Lunde, A.L. (2022, 7. august). Psykologer rømmer det offentlige og jobber privat i stedet. Men mange pasienter har ikke råd til å betale. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/oslo/i/V97o8p/psykologer-roemmer-det-offentlig-og-jobber-privat-i-stedet-men-mange-pasienter-har-ikke-raad-til-a-betale>
- Martinussen, P.E., Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Frich, J.C. (2020). Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Services Research*, 20(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05261-4>
- Norsk psykologforening. (2021). *Kartlegging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemsnytt/slik-oppleverpsykologer-mulighetene-for-aa-hjelpe-pasienter>
- Oslo Economics. (2022). *Psykiske helsetjenester og tilgang til psykologtjenester i Norge* (Rapport). Norsk psykologforening. <https://osloeconomics.no/2022/06/15/psykiske-helsetjenester-og-tilgang-tilpsykologtjenester-i-norge/>
- Smith, J. & Firth, J. (2011). Qualitative data approaches: The framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52–62. <https://doi.org/10.7748/nr2011.01.18.2.52.c8284>
- Storeide, E.H. (2022). Er jeg egentlig egnet som psykolog? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2022/11/er-jeg-egentlig-egnet-som-psykolog>
- Weber, R.P. (1990). *Basic content analysis* (2. utg.). Sage Publications Inc.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Open University Press.

Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering

FORFATTERE Astrid Dahlgren, Hilde Tinderholt Myrhaug, Tonje Lossius Husum

DOI <https://doi.org/10.52734/FUOS6071>



FOTO: PRIVAT

Førsteforfatter
Astrid Dahlgren

Å hjelpe barn og unge med psykisk lidelse med rett behandling til rett tid har stor betydning. Psykologer og helsepersonell baserer helsehjelp på nasjonale retningslinjer. Retningslinjer med god kvalitet er sentralt i kunnskapsbasert praksis, og for å sikre best mulig behandling. Retningslinjer kan variere i kvalitet og i anbefalinger. Det finnes kriterier for en systematisk og åpen utviklingsprosess – og kvalitetsvurdering – av retningslinjer, f.eks. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (AGREE-II), som de norske også skal være utarbeidet etter. Formålet med studien var å vurdere kvaliteten på norske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge, og sammenlikne dem med tilsvarende retningslinjer fra Sverige og Danmark.

GJENNOMFØRING

På Helsedirektoratets nettsider identifiserte forfatterne fem retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge; ADHD, bipolar lidelse, psykose, selvmord og spiseforstyrrelser. Fra nettsidene til nasjonale helsemyndigheter i Sverige og Danmark inkluderte man en svensk nasjonal retningslinje (ADHD og autisme) og tre danske nasjonale retningslinjer (ADHD, anoreksi og bulimi). Kvalitetsvurderingen ble gjennomført med en sjekkliste basert på den norske oversettelsen av AGREE II. Sjekklisten består av flere punkter i seks ulike hovedområder: avgrensning og formål, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet (f.eks. tydelige kriterier for valg av kunnskapsgrunnlag og tydelig sammenheng til anbefa-

lingen), klarhet og presisjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet (f.eks. erklæring av interessekonflikter). Alle retningslinjer ble uavhengig vurdert av minst to forfattere.

HOVEDFUNN

De svenske og danske retningslinjene hadde svært god kvalitet og oppfylte de fleste kriteriene på sjekklisten. De norske retningslinjene hadde lavere kvalitet, større variasjon i kvalitet og store svakheter. Retningslinjene oppfylte kriteriene for avgrensning og formål og involvering av interessenter, men hadde store mangler under områdene metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet. Retningslinjene beskrev i liten grad *hvordan* anbefalingene ble fattet, om det har vært faglig uenighet, og hvordan uenighet ble håndtert.

IMPLIKASJONER

At de norske retningslinjene er svake på metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon og anvendbarhet, har implikasjoner. F.eks. kan svak gjennomskiktighet om utviklingsprosessen svekke tillit og dermed etterlevelse i praksis. En retningslinje av god kvalitet skal synliggjøre forskningsgrunnlaget og beskrive en strategi for oppdatering. Ingen av de norske retningslinjene hadde en slik plan, som betyr at ansatte i helsetjenestene får et større ansvar for å supplere retningslinjene med ny oppsummert forskning. Videre kan svak klarhet og presisjon gjøre det vanskelig for klinikere å omsette anbefalingene i praksis. ❌

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress – en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina

FORFATTERE Ragnhild Bjørknes, June T. Forsberg, Elfrid Krossbakken, Merete Saus, Simon-Peter Neumer, Marcela Douglas Aranibar, Pål Wessel, Lene-Mari Potulski Rasmussen

DOI <https://doi.org/10.52734/DKGB4796>

Siden Russland invaderte Ukraina i februar 2022, har Norge tatt imot ukrainske flyktninger. Alle voksne flyktninger har rett og plikt til å gjennomføre introduksjonsprogrammet, som er et obligatorisk opplæringsprogram med bl.a. samfunns- og språkopplæring samt foreldreveiledning. I 2023 fikk kommunene tillatelse til å tilpasse og forkorte foreldreveiledningen for ukrainske flyktninger på grunn av kapasitetshensyn. For å gjennomføre velinformerte tilpasninger av foreldreveiledningen trenger kommunene mer informasjon om de spesifikke behovene til ukrainske flyktningfamilier. Studiens mål var å fremskaffe kunnskap som kan hjelpe beslutningstagerne i fremtidig planlegging og tilpasning av sosial- og helsetjenesten, gjennom å undersøke levekår, emosjonelle plager, foreldrestress og resiliens.

HOVEDFUNN

Familiene rapporterte høyt utdanningsnivå, men lave økonomiske levekår. Til sammen 26 % av foreldrene oppgav angst- og depresjonsymptomer i klinisk område, og symptomtrykket var større hos mødrene. Samtidig rapporterte foreldrene høy grad av resiliens som bl.a. inkluderte sosial kompetanse og familietilhørighet, her var det ikke kjønnsforskjeller. Bare 4 % av foreldrene skåret over grenseverdien for høyt foreldrestress. Det var en sterk sammenheng mellom foreldrestress og levekårsfaktorer, og en moderat assosiasjon mellom foreldrestress og emosjonelle plager.

METODE

Data er fra Supported Parenting Interventions for Families with Refugee Background (PIRM)-prosjektet. Studien baserer seg kun på inntaksdata fra ukrainske familier som flyktet til Norge i perioden fra august 2022 til mars 2023. Deltagere var familier med barn i alderen 6–12 år fra syv ulike kommuner. De besvarte et elektronisk spørreskjema som inkluderte Hopkins Symptom Checklist (kortversjon), Resilience Scale for Adolescents og Parenting Stress Index (kortversjon).

IMPLIKASJONER

Flyktningfamilier fra Ukraina kan være en utsatt gruppe i samfunnet. Familiene i studien har svake økonomiske levekår, og foreldrene svarer at de har emosjonelle plager, spesielt mødrene. Samtidig angir foreldrene høy grad av resiliens og lav grad av foreldrestress, noe som tyder på at familiene klarer seg relativt bra på tross av krig, flukt og ny etablering i et fremmed land. Forfatterne vektlegger at reduksjoner av tjenestetilbudet innskrenker mulighetene til å fange opp sårbare familier. De anbefaler at beslutningstakere i kommune og stat, i tilpasningen av det fremtidige tjenestetilbudet, tar hensyn til at flyktningfamilier kan ha flere og ulike hjelpebehov. Forfatterne konkluderer at det er viktig å merke seg at psykiske vansker og økt foreldrestress kan oppstå etter en viss tid med bosetting i Norge, og at dårlige økonomiske forhold kan forsterke plagene. ✘



Førsteforfatter
Ragnhild Bjørknes

FOTO: INGVLID CONSTANCE FESTERVOLL MELLEN

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



Psykologiprofessor Arvid Ås og den norske premieren på posthypnose

Ole Johan Reine minnes en for noen ukjent professor, som lot seg inspirere av tryllekunstneren Arnardo.

TEKST

Ole Johan Reine

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

Vi har sett at Tidsskrift for Norsk psykologforening feiret 50 år med sin jubileumsutgave i oktober 2023. Nylig er vi blitt minnet om at det i år er 90 år siden Norsk psykologforening ble stiftet. Her kommer derfor nok et viktig psykologisk tilbakeblikk. I 2025 vil det være 100 år siden psykologiprofessor, på Universitetet i Oslo, Arvid Ås (1925–1969) ble født, og ikke minst er det i år trolig 80 år siden han utførte det første posthypnotiske eksperimentet i Norge.

Er det så lenge siden, vil du kanskje tenke. Og kan det muligens ha vært sirkusdirektør Arnardo som sto for denne bragden? Men nei. Arnardo har riktignok en viktig birolle i denne fortellingen, men det var Arvid Ås som hadde den hele og fulle regien på denne bemerkelsesverdige premieren, og det allerede før han hadde begynt på selve psykologistudiet. Og for en premiere det var! Ble det en braksuksess, eller ble det en total flopp? Meningene vil nok være delte. At det ble en spektakulær opplevelse for mer eller mindre intetanende tilskuere, er i hvert fall sikkert. Psykologi kan være morsomt, og premierer er ofte spennende! Her får vi begge deler.

Vi må først en tur tilbake i tid til Oslo våren 1967. En gruppe studenter hadde nettopp avsluttet metodekurs 2 på veien til embetsekamen i psykologi. Nå var vi samlet i leiligheten til vår medstudent Haldis Hjort. Psykolog og lærer Arvid Ås var sammen med oss. Det var han som hadde holdt kurset der personlighetspsykologi var temaet. Utpå kvelden satt vi alle i en stor sirkel på gulvet. Vi hadde først lekt flasketuten peker på. Men det utviklet seg raskt til en mer alvorlig happening, der vi etter tur delte med hverandre bakgrunnen for at vi ville bli psykolog.

Gjennom kurset var vi blitt overraskende trygge på hverandre. Og slik jeg husker det, var det en slags magisk atmosfære i rommet. Vi delte håp og hendelser som vi kanskje aldri tidligere hadde satt ord på. Vi var en gruppe unge mennesker som hadde hatt fine opplevelser sammen, kommet hverandre nær, og som nå sa farvel til dette enestående fellesskapet, spente på veien videre.

Arvid Ås ventet til vi alle hadde hatt ordet. Så kom han med sitt bidrag. Det var en spektakulær, frodig og ellevill historie. Fortellingen hans var også en bit av hypnosens historie i



ARVID med sønnen Håkon i 1961. Foto: privat

Norge. Han omtalte fortellingen som «norsk premiere på posthypnose». Jeg opplevde den som et personlig og varmt farvel med oss, der han ønsket oss lykke til videre i profesjonslivet.

Historien hans startet med at han som ungdom var med noen venner på en forestilling med tryllekunstneren Arnardo, senere berømt sirkusdirektør, som blant annet utførte massesuggesjon på publikum. Arnardo ba tilskuerne folde hendene bak hodet og suggererte dem til å tro at hendene låste seg i hverandre. Da han sa at nå kunne de ikke få hendene fra hverandre, lo de fleste og viftet triumferende med hendene. Men noen fikk ikke hendene fra hverandre. Arvid Ås var en av disse. Han måtte fram til Arnardo for å få hendene løs. Arnardo, som nå hadde funnet et godt medium, demonstrerte ytterligere hypnotiske stunt med Arvid, til publikums store begeistring.

Slik ble Arvids interesse for psykologi og hypnose vekket. Han leste utenlandske bøker innen feltet. I parallellklassen på gymnaset hadde han en kamerat som var et godt medium å trene hypnose på. En lørdag ettermiddag hadde Arvid hygget seg sammen med en flokk skolevenner. Han hypnotiserte kameraten til

å tro at vannglasset hans inneholdt ren sprit, og kameraten ble mer og mer ruspåvirket etter hvert som han drakk. Stemmen ble snøvlete og gangen ustø. Ja, han ble bøtte full.

Det var jo litt morsomt, men en av vennene sa at dette hadde de sett han gjøre flere ganger tidligere. Hadde ikke Arvid lært noen nye triks som han kunne vise dem?

Arvid tok utfordringen. Han hadde nylig lest om fenomenet posthypnose. En hypnotisk suggesjon gitt på ett tidspunkt kan plutselig utløse en bestemt hypnotisk atferd på et annet sted og langt senere. Den hypnotiske tilstanden startes ved at personen på en måte får beskjed om å gå inn i den forutbestemte transen. Personen behøver ikke selv å være bevisst på at han er blitt programmert til å reagere på denne måten.

Arvid ga vennen en hypnotisk induksjon. Han ble fortalt at på skolen førstkommande mandag klokken 12 skulle en elev, som satt bak han i klasserommet, smelle igjen en bok. På det signalet skulle han reise seg, gå fram til læreren, slå han på skulderen og si: «Hei på deg, lærer.» Så skulle han gå tilbake til pulten og sette seg. Men han skulle ikke huske at han hadde fått denne beskjeden.

”

Det var en spektakulær, frodig og ellevill historie

»



Blivende hypnosepioner. Foto: privat

”

Hun sprang ned til sin egen klasse, rev opp døren og ropte: «Arvid, du må komme! Noe har gått galt!»

Mandag hadde det spredd seg et rykte på skolen om en usedvanlig hendelse som muligens skulle skje klokken 12. Klokken 12 var Arvids klasse midt i en historietime med skolens rektor. Arvid hadde dessverre allerede brukt opp sin kvote tilgivelse fra rektor dette skoleåret. Han turte ikke belaste forholdet ytterligere med å be om å få forlate klasserommet. Men like før 12 ba en av jentene i klassen om å få gå ut i et nødvendig ærend.

Hun sprang ned til døren til klasserommet der den norske premieren skulle skje. Gjennom det lille runde vinduet i døren kunne hun følge med på det som skjedde i klasserommet. Klokken nærmet seg 12. Det lå tydelige forventninger i luften. Ryktet om en mulig premiere hadde spredd seg. Mediet selv merket en økt interesse for sin person. Han fikk en slags premierenerver uten å skjønne noe av det. Han bestemte seg for at han skulle sitte rolig og ikke dumme seg ut, uansett hva som skjedde i klasserommet.

Presis klokken 12 slo jenta på pulten bak han igjen en bok. Gutten skvatt til, men ble sittende. Et nytt smell, og samme reaksjon. Nå innså jenta at premieren kunne bli en fiasko, og at alt sto og falt på henne. Hun løftet boka og smelte den kraftig igjen ved guttens øre.

Det gjorde susen! Gutten reiste seg opp, gikk fram til læreren, slo han på skulderen og sa hei på deg, lærer. Men i stedet for å sette seg igjen, virret han nå ustøtt omkring i klasserommet. Han tok sikte på døren. Det var tydelig for alle at han plutselig var blitt overstadig beruset. Ja, helt dritings!

Jenta som sto utenfor, sprang etter ham og prøvde å vekke ham med å knipse med fingrene slik hun hadde sett Arvid gjøre, og si «Våk opp! Våk opp!» Han reagerte ikke på det, bare vaklet videre. Hun sprang ned til sin egen klasse, rev opp døren og ropte: «Arvid, du må komme! Noe har gått galt!»

Arvid, som allerede satt ansent, føk opp som en fjær og sprang ut av klasserommet. Snart var også en del av skolens øvrige elever og lærere kommet seg ut av klasserommene for å følge med på oppstyret. Kameraten hadde rukket å komme seg ut av bygningen. Han krysset en trafikkert vei utenfor skolen. Forbipasserende på gaten kunne nå se en overstadig beruset elev komme vaklende ut av skolebygningen midt på lyse dagen, med en elev i hælene som knipset med fingrene og ropte «Våk opp! Våk opp!»

På et parkområde utenfor skolen fikk Arvid omsider lagt kameraten i bakken. Arvid instruerte han om at han ville våkne opp etter at Arvid hadde telt ned fra 10 til 1. På 1 våknet kameraten og lurte på hva som hadde skjedd. Og slik endte den norske premieren på posthypnose – med en høyst utilsiktet dramatik og et påfølgende møte på rektors kontor.

Arvid Ås (1925–1969) var en pioner innen psykologi, terapi og hypnose. Jeg husker ham med takknemlighet som en engasjert og spennende lærer som bød på seg selv. Han fikk oss til å tro på faget og psykologiens muligheter.

Arvid gikk på gymnaset i Moss. Hans debut som scenograf i det posthypnotiske eksperimentet fant trolig sted en gang mot slutten av krigen. Det er morsomt å tenke på at han ble avgjørende påvirket av Arnardo (mindre kjent som Arne Otto Lorang Andersen, 1912–1995), som på den tiden opptrådte som hypnotisør og tryllekunstner. Senere ble han Norges mest kjente og folkekjære sirkusdirektør.

Arvid døde så altfor tidlig, under arbeid som psykolog i Uganda i 1969. Han rakk å bli professor i psykologi. Vi vil huske ham for sin rauselighet og sine bidrag til hypnosens utvikling og utbredelse i Norge. ✘

Psykologtidsskriftet lanserer temanummer



TEMAKVELD KLINISK HELSEPSYKOLOGI

4. DESEMBER

Et helhetlig syn på det sammensatte mennesket

Møt **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 helse råd
- psykologens rolle når pasienten må ta en aktiv rolle som egen behandler

Vel møtt til faglig inspirasjon og 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: tidskrift@psykologtidsskriftet.no

Arrangementet er gratis og vil strømmes.



FOTO: PRIVAT

TEKST Rebecka Mikkelsen

MERKNAD Karoline er et fiktivt navn, saken er anonymisert og personen har samtykket skriftlig til publisering av teksten.

Hjelp til assistert selvmord

Karoline ønsket en erklæring om at hun er samtykkekompetent – for å avslutte livet i utlandet.

«**K**an du hjelpe meg å dø?». Spørsmålet var krystallklart, og pasientens stemme var både bestemt og usikker. Bestemt på at assistert selvmord var det hun ønsket, usikker på om jeg ville hjelpe henne med det hun spurte om.

Karoline har en ikke-dødelig uhelbredelig somatisk sykdom som i løpet av noen år hadde tatt fra henne alt. Foreldrerollen, jobben, forholdet og friheten til å bestemme hva kroppen skulle gjøre for henne. Enkle hverdagslige oppgaver som å gå på toalettet var som å løpe en maraton, men med straffende symptomøkning de påfølgende timene. Hun har konstante og vanskelig kontrollerbare smerter. Karoline var allerede borte. I hvert fall den Karoline hun og alle andre kjente til fra før. Og verre kunne det bli. Tanken på forverring og forvitring var for Karoline nesten like uutholdelig som de kroppslige plagene. Etter utallige legebesøk som ble avsluttet med skuffelse og fortvilelse, så hun ikke noe annet alternativ enn å avslutte

livet. Men hun ville ikke avslutte det helt på egen hånd. Hun ønsket å benytte seg av tilbudet assistert selvmord i utlandet. Som et ledd i søknaden om assistert selvmord trengte hun en erklæring om at hun var samtykkekompetent. Og av den grunn havnet hun hos meg.

Å GI ROM TIL FAGETISK REFLEKSJON

Det var ingen tvil om at hverdagen til Karoline bar preg av stor lidelse og stort funksjonstap. Lidelse stor nok til at hun vurderte livet som uverdigg å fortsette. Det hadde vært en mulighet å avfeie forespørselen, og la henne sitte alene med ønsket om erklæringen som ville vært begynnelsen på slutten. Men hva slags hjelp er det i en slik avvisning? Egen berøringsangst for problemstillingen assistert selvmord måtte ikke bli grunnlaget for hvordan jeg skulle møte henne. Tanken på at det kunne være en mulighet å skrive erklæringen, måtte få lov å ta like stor plass som tanken på å ikke gjøre det. Dermed ble jeg konfrontert med en rekke fagetiske og juridiske spørsmål på veien. Det var tilsynelatende få lover og regler om hva man som helsepersonell skulle forholde seg til i en slik situasjon. Jeg drøftet problemstillingen med kolleger, veileder og juridisk avdeling i Psykologforeningen. Jeg sendte henvendelse til foreningens fagetiske råd. Jeg tok telefoner til organisasjonen for assistert selvmord, Dignitas, i Sveits, og e-postkorrespondanser ble opprettet.



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

Hadde jeg overhodet lov å skrive en erklæring om samtykkekompetanse når den skulle brukes til assistert selvmord? Og hvis det ikke er ulovlig, hvor etisk ville det vært? Min umiddelbare tanke var at selv om man som psykolog ikke var den som utstyrte pasienten med den fatale dosen medisin som sender pasienten i evig søvn, så ville erklæringen uten tvil være et indirekte bidrag til aktiv dødshjelp. Når man får en slik forespørsel, får man en slags portvokter-funksjon.

MEDVIRKNING TIL SELVMORD

En særdeles relevant lov i denne sammenhengen er straffelovens paragraf 277 i kapittel 25, «Medvirkning til selvmord og til selvpåført betydelig skade på kropp eller helse» (Straffeloven, 2005). Ville det å skrive en slik erklæring føre til at jeg kom på kant med straffeloven? I samtale med Jus- og arbeidslivsavdelingen i Norsk psykologforening ble det stilt juridisk usikkerhet om i hvilken grad en slik erklæring kan anses som medvirkning til selvmord. Og kunne man likestille et selvmord og et assistert selvmord?

Sikkerhet var mangelvare, og det var få psykologer, bortsett fra psykolog, forfatter og førsteamanuensis Kari Vigeland, som hadde uttalt seg om temaet (Strand, 2004). Vigeland ga allerede i 1996 ut boken *Assistert død – en etisk utfordring*. Hun var en nokså ensom svale i helsevesenet når hun inntok en positiv holdning til assistert selvmord og oppfordret »

”

Tanken på at det kunne være en mulighet å skrive erklæringen, måtte få lov å ta like stor plass som tanken på å ikke gjøre det

til en endring i lovverket for å legalisere slik hjelp. Overlege Morten Horn, som eksplisitt har stilt seg negativ til aktiv dødshjelp, oppfordret psykologstanden til å ta en intern debatt om assistert selvmord i et debattinnlegg i Psykologtidsskriftet i 2009. Stillheten ser fremdeles ut til å råde. Til min lettelse oppdaget jeg at Rådet for legeetikk hadde behandlet en tilsvarende sak, hvor en pasient oppsøkte psykiater for å få den nødvendige erklæringen om samtykkekompetanse i forbindelse med søknad om assistert selvmord (Bergrem, 2022). Rådet konkluderte med at leger *ikke* skal bidra til assistert selvmord, og at en slik erklæring vil utgjøre et slik bidrag. Førstnevnte er felt ned i paragraf 5 i Alminnelige bestemmelser i de etiske regler for leger (Den norske legeförening, 2021). Det fremheves at leger ikke har plikt til å hjelpe til med det som er nødvendig for at pasienten skal få gjennomført sitt dødsønske. Jeg kan ikke se at noe annet burde gjelde for psykologer. Samtidig er det viktig å merke seg at det er en forskjell mellom å ikke ha plikt til å hjelpe og å ha forbud mot å hjelpe.

ASSISTERT SELVMORD ER NOE ANNET

Skal vi tro den sveitsiske frivillige organisasjonen Dignitas, er det en vesensforskjell mellom selvmord og assistert selvmord, og en erklæring om pasientens samtykkekompetanse vil dermed ikke anses som et bidrag til selvmord. Ved et assistert selvmord hevder de at avslutningen på livet blir verdig, og at nærmeste venner og familie får en lettere sorgprosess med anledning til å ta farvel før pasienten avslutter livet (Dignitas, u.å. a, s. 8). I pasientskrivet fremkommer det videre at organisasjonen jobber *for* selvmordsforebygging. Av juridiske årsaker opplyser de samtidig om at pasienten må være den som utfører den siste og endelige fatale handlingen, som å svelge narkosemedisinen eller administrere medisinen intravenøst. Det er dette som skiller assistert selvmord fra eutanasi. Ved assistert selvmord sørger helsepersonell for at pasienten får tilgang til en fatal dosering av medisinen, og instruerer pasienten i hvordan han eller hun skal administrere den – og det er aldri noen annen part enn pasienten selv som foretar den fatale handlingen. Ved eutanasi kan en annen part enn pasienten administrere den fatale dosen. Organisasjonens eksistens hviler på den sveitsiske straffeloven om at det kun er straffbart å bidra til

noens selvmord når motivet til den bidragsytende part er av selvsk karakter (Dignitas, u.å., s. 3). Å handle ut fra barmhjertighet er ikke en straffbar handling. Tilbudet om assistert selvmord er hovedsakelig for personer som har terminal sykdom, sykdom som medfører uutholdelig uførhet og handicap og/eller uutholdelig og ukontrollerbar smerte. Jeg tenker at en utfordring er at det som er uutholdelig i dag, ikke nødvendigvis er uutholdelig i fremtiden. Hvor lenge må noe være uutholdelig for at det skal være tilstrekkelig for dødshjelp? Og hvor mye smerte er nok smerte? Det er innlysende at det ulevelige og uutholdelige er høyst subjektivt. Det er kun det enkelte individ som kan svare for seg selv. På samme måte vil det være høyst subjektivt blant helsepersonell hvordan de stiller seg til å være en bidragsyter til assistert selvmord. Slik jeg ser det, er det to parter som må ha autonomi til å velge: pasienten og helsepersonellet.

VALGETS KVALER

La oss gå tilbake til Karoline. Etter mye om og men landet jeg på beslutningen om å ikke skrive erklæringen om samtykkekompetanse. Det var flere grunner til at nettopp det ble konklusjonen. Den ene grunnen var formålet med erklæringen. Vel vitende om at en slik erklæring var et første steg mot pasientens avslutning på livet, var for meg å bidra til noens død. Om denne døden var assistert eller selvskapt, var ikke det mest vesentlige. Det avgjørende var at jeg ville ha bidratt til at pasienten ikke lenger skulle få muligheter kun fremtiden potensielt kunne tilby. For hva hvis man fant en behandling pasienten kunne ha nyttiggjort seg? Og hva hvis det som hadde vært et vedvarende og stabilt dødsønske de siste par årene, endret karakter og ble mer ustabil og påvirkbart? Det irreversible aspektet ved å bidra til assistert selvmord var utslagsgivende for beslutningen i saken. Her er det viktig å huske på at Karoline ikke hadde en dødelig sykdom med kort levetid. Hun fylte kriteriene i kraft av å ha en sykdom som innebar betydelig uførhet og ukontrollerbare smerter. Andre viktige grunner til avslaget var at rammene for en slik beslutning mildt sagt var mangelfulle. En slik vurdering bør etter min mening ikke foretas uten ordnede forhold i form av spesialistkompetanse på tematikken, et kollegialt fellesskap preget av tverrfaglighet, og ikke minst: et avklart lovverk. Ved å avslå

forespørselen opplevde jeg at jeg dømte Karoline til å fortsette et liv fylt med lidelse i uviss tid. Jeg tenkte mye på om jeg gjennom avslaget økte risikoen for at Karoline skulle ta saken i egne hender og avslutte livet for egen maskin. Da hadde jeg fratatt henne det siste ønsket, som var å få dø med de rammene som tilbudet om assistert selvmord kunne tilby. Det var ingen enkel etisk avveining, og ingen beslutning følte riktig.

En annen slagside ved beslutningen handlet om avslagets etterspill. Hadde Karoline erfart at det ikke nyttet å spørre om en slik erklæring generelt, eller at det bare ikke nyttet hos meg? Hva hindrer henne i å oppsøke en annen psykolog eller psykiater med samme forespørsel, men at den gangen får hun et ja? Det er ingen eksplisitte og klare juridiske hindringer for at helsepersonell kan godkjenne forespørsel om samtykkekompetanse for assistert selvmord, selv om det danser på kanten av straffelovens paragraf 277. Det er faren ved at det ikke finnes tilstrekkelig klare retningslinjer eller lovverk som setter tydelige føringer for og regulerer hva norsk helsepersonell har lov til å gjøre i en slik situasjon. Legeforeningens alminnelige bestemmelser i de etiske reglene for leger var den klareste retningslinjen jeg kunne finne. Jeg kunne ikke finne en tilsvarende retningslinje for psykologer. Tatt i betraktning at assistert selvmord er godkjent i flere europeiske land, er det ikke urimelig å forvente at forespørsler om slike erklæringer vil fortsette å komme. Det varierer fra organisasjon til organisasjon om det må være en psykiater som skriver erklæringen om samtykkekompetanse, eller om en psykolog kan skrive det. Hvilken rolle skal psykologer ha i møte med dette vanskelige landskapet?

Etter at jeg ga Karoline et avslag på forespørselen, ble ikke hjelpebehovet borte. Og her var jeg straks mer på kjent territorium: å stå sammen med et menneske som bærer på uutholdelig livssmerte og betydelige fysiske plager. Karolines ønske om assistert selvmord ble vårt utgangspunkt for videre samtaler og en slags fortsettelse. En viktig forutsetning for god behandlingsallianse var at det forelå en aksept, respekt og forståelse for dødsønsket hennes. Ønsket ble ikke ansett som noe patologisk, men som noe høyst naturlig tatt sykdombildet hennes i betraktning. ✕



Det var ingen enkel etisk avveining, og ingen beslutning følte riktig

REFERANSER

- Bergrem, A.K. (2022, 13. oktober). *Når noen ønsker hjelp til å dø*. Norsk psykiatrisk forening. https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskpsykiatri/aktuelle-saker/nar-noen-onsker-hjelp-til-a-do/?fbclid=IwY2xjawEV5t9leHRuA2F1bQIxMAABHeNQfeUweg05ELmDeS8nK_w8qjZqLGNgQNY9swzMF2y-k0OJL_ebtWsq3hg_aem_Mn3LwGULLOuOSI8bfngpbw
- Den norske legeforening. (2021). *Etiske regler for leger*. <https://www.legeforening.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Dignitas (u.å.). *An information brochure about DIGNITAS*. (Brosjyre). <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/informations-broschuere-dignitas-e.pdf>
- Horn, M. (2009, 5. oktober). *Hvor er psykologene i dødshjelpsdebatten?* Tidsskrift for Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2009/10/hvor-er-psykologene-i-dodshjelpsdebatten>
- Straffeloven (2005). *Lov om straff*. LOV-2005-05-20-28. Lovdata <https://lovdata.no/nav/lov/2005-05-20-28/de12>
- Strand, N. (2004, 1. juli). Retten til å dø handler om menneskeverd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/intervju/2004/07/retten-til-avslutte-livet-handler-om-menneskeverd>

Meninger

DEBATT

Så mye livssmerte

«Hva har skjedd med deg?» skal behandlere spørre. Ikke «Hva er galt med deg?». Men som pasient synes jeg noen ganger det sistnevnte er enklere å svare på.



TEKST Malin Røise



FOTO: CHRISTINA RØISE

KONTAKT

malin@roise.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

FØR JEG BLE pasient i psykisk helsevern, tenkte jeg at psykiske vansker handlet om hvordan man håndterte selve livet – hvordan man «taklet» sin sårbare eksistens i en krevende tilværelse. Det var jo selvsagt naivt, og selv om det kanskje ligger noe sannhet i det, på et eller annet metafysisk nivå, bunnet holdningen i arroganse og uvitenhet. Jeg tenkte av samme grunn at å bli psykisk syk ikke vedrørte meg. Jeg var jo så glad i livet. Jeg var så flink til å leve. Så lærte jeg på den vonde måten at psykiske lidelser ikke handler om hvorvidt man er «flink til å mestre livet» eller ei.

OMTALEN AV PSYKISK UHELSE

Jeg har vært pasient i psykisk helsevern i snart ti år. Gjennom disse årene har jeg observert meninger både i det offentlige og private, blant pasienter og behandlere, med en økende skepsis og kritikk mot psykisk helsevern og psyko-farmaka. I denne legitime skepsisen ligger det en særlig oppfordring om å tenke annerledes om psykisk helse. Blant annet å heller forstå psykiske utfordringer som en reaksjon på livssmerte, og at den medisinske, fenomenologiske forståelsen av psykisk uhelse, som biokjemi,

eller hjernesykdom, er utdatert. Vi må forstå psykisk helse i et større psykososialt bilde.

Personlig støtter jeg intellektuelt trenden til å fornye perspektivet som sykeliggjør normale reaksjoner, og henger med på resonnementet om å endre livsbetingelsene når det er livet som gjør vondt. Det grenser egentlig – etter min mening – til banalt, det sier seg selv at jo bedre livskvalitet, jo større forutsetning for god psykisk og fysisk helse. På den annen side mener jeg at en slik tilnærming ikke bare preger måten vi omtaler og tenker om psykisk uhelse på, men også har psykologiske, eksistensielle ringvirkninger.

Å TÅLE LIVET

Når jeg tenker på mine egne erfaringer og min egen diagnose – også kalt «psykososial funksjonsnedsettelse», dukker det opp flere spørsmål. Burde alle mine psykiske utfordringer tilskrives «livet som gjør vondt»? Og hvis denne smerten jeg kjenner, virkelig er livet som gjør så vondt, hva vil det si å «tåle» det?

Som pasient i psykisk helsevern foretrekker jeg betegnelsen *psykisk lidelse*. Ikke fordømmene og stigmatiseringen, eller at betegnel-



NORMALISERING bør ikke gå på akkord med anerkjennelse, skriver Malin Røise. Foto: Christina Røise

sen er forslitt og misbrukt. Jeg liker betegnelsen på grunn av noen trivielle, men personlige grunner.

Jeg husker da jeg fikk min første psykiatriske diagnose. Det ble understreket klart og tydelig fra behandler at dette var noe jeg hadde, og ikke noe jeg var. (Det er jo i grunn påfallende at en slik nyanse må understrekes fremdeles.) I psykisk helsevern er det aldri «bare» en diagnose. Den er uatskillelig fra en større kulturell, stigmatisert kontekst, og i den konteksten bærer jeg diagnosen schizoaffektiv lidelse med tidvis skam og usikkerhet. Derfor må det eksplisitt tydeliggjøres at dette er noe jeg har, og ikke er. Jeg liker betegnelsen psykisk lidelse likevel. Den er ryddig og konkret, og favner mye av min erfaring og livshistorie. Dessuten medfører psykisk lidelse et søkelys på behandling, ikke først og fremst et press på å måtte mestre eller tåle.

DET FORENKLEDE KAN VÆRE GODT

I mitt tilfelle vet jeg at hverken behandlingen, merkelappen «psykisk lidelse» eller utredningene gir et tilfredsstillende svar på hvorfor jeg har hatt det så vanskelig, og det er dette hvorfor-spørsmålet jeg ønsker å adressere her.

Hvorfor har jeg det vondt? Kropp og sinn henger sammen, og når vi snakker om psykisk helse, snakker vi også om livet og livssmerte. Diagnosemanualen i seg selv bidrar hverken til bedring eller forebygging av eventuelle tilbakefall, men den kan gi en forenklet forståelse av hvordan de psykiske plagene fremtrer. Som syk kan det forenklete være godt å forholde seg til.

Å fornye et perspektiv som sykeliggjør normale reaksjoner, støtter jeg. Å være nervøs er ikke det samme som å ha en angstlidelse, og å være nedfor er ikke det samme som å være deprimert. Så klart livet gjør vondt, men når ble det en radikal forståelse av psykisk helse?

Livet gjør vondt, og reaksjonene våre på livssmerte er individuelle og normale, men normalisering burde ikke gå på akkord med anerkjennelsen av alvorlig psykisk lidelse, og viktigere: Alvorlig psykisk lidelse finnes, uavhengig av hva som er godt og vondt i livet.

Personlig synes jeg livssmerteforståelsen blir problematisk når jeg overfører det til min egen eksistensielle sårbarhet. Livet er jo vondt for alle, og hvis det er sånn for alle, men jeg er en av dem som ikke klarer å leve, betyr det at jeg tåler livet mindre? Nå når jeg kjenner denne





Som syk kan det forenklete være godt å forholde seg til

psykiske smerten, er det fordi jeg ikke er like flink lenger? Er alle innleggelsene og de mislykkede forsøkene på å stabilisere, alt fraværet i mitt eget liv, mine tapte planer og ambisjoner, er det noe jeg har gjort eller ikke gjort som forårsaket det? Har jeg håndtert livet på «feil» måte?

FORVIRRENDE FORKLARINGER

«Hva har skjedd med deg?» skal behandlere spørre. Ikke «Hva er galt med deg?». Men som pasient synes jeg noen ganger det sistnevnte er enklere å svare på. Misforstå meg rett, selvfølgelig er ikke riktig tilnærming å se etter hva som er «galt» med oss, men jeg har gravd i min egen fortid, etter triggere, traumer og livets påkjenninger, og selvfølgelig finner jeg noe, men ikke nok til at det kan forklare alle mine utfordringer, og hele mitt symptombylle. Så hva er «galt» med meg?

Jeg vet ikke. Jeg vet bare at jeg har en sårbarhet for stemningssvingninger og psykose, og at jeg må ta visse hensyn til den sårbarheten for å leve et godt liv.

Det er – uansett hvilket syn og grunnlag man tar utgangspunkt i – smerte som kjennes unik, lidelse som kjennes udelt individuell, og når jeg blir møtt med forklaringer om at dette er «psykososialt», en naturlig reaksjon på «livssmerte», kjenner jeg meg rådvill.

Det er kanskje det jeg har savnet i denne oppfordringen til å tenke annerledes: perspektivet til oss med alvorlig psykisk lidelse, at det gjør noe med oss, det gjør i hvert fall noe med meg, når andre, særlig faglige autoriteter, gir meg flere forvirrende forklaringer på hvorfor vi som mennesker har det vondt. Eller verre, ikke gir noen forklaring i det hele tatt. Vi kan og må ikke ha berøringsangst for diagnoser, betegnelser eller definisjoner.

SELVSABOTERENDE SELVBEBREIDELSER

Så klart vet jeg at diagnosen er en konstruksjon, selvfølgelig defineres jeg ikke som menneske av symptomene mine. Men plagene mine eksisterer, og former meg, enten jeg vil det eller ikke, og det at jeg *har* en psykisk lidelse, det kan jeg ikke ignorere, normalisere eller grave meg ned i, det må jeg stå ved og se i øynene. Det er jo mitt liv, min helse som jeg aldri vil kunne flykte fra, uansett om det er livssmerten eller hjernen i kjemisk ubalanse som er årsaken.

Kanskje det er derfor jeg liker betegnelsen *psykisk lidelse*, fordi det paradoksalt tar vekk ansvaret for at det rammet meg i utgangspunktet. Det er godt å ha noe eller noen å skyld på, men å bebreide meg selv for at jeg har en sårbarhet for psykose, er et selvsaboterende og farlig prosjekt.

Så handler det kanskje heller ikke om hva jeg liker og misliker. Det handler om hva som er sant og ikke, men at jeg har en psykisk lidelse, og at det ikke handler om hvorvidt jeg håndterer «livssmerten», hvor flink jeg er, er hevet over enhver tvil. Selv den hardnakkede tvilen jeg baler med hver eneste dag. ✕

Arbeidssatsingen som rant ut i sanden

Norsk psykologforenings hovedsatsingsområde hadde stort potensial, men de store resultatene uteble.



MED TUNGT HJERTE minnes vi hovedsatsingsområdet «Arbeid» som Norsk psykologforening lanserte i 2019 (Holth, 2019). Målet var å gjøre arbeidslivet til en arena for inkludering, helse og psykologisk velvære, og man skulle vise hvordan psykologisk kunnskap kunne forme både fremtidens arbeidsliv og utdanning.

Den politiske ambisjonen bak et hovedsatsingsområde er å synliggjøre samfunnsarenaer hvor psykologisk kunnskap i for liten grad anvendes, og hvor det er få psykologer. Gjort riktig kan det skape arbeidsplasser, økt innflytelse og bedre løsninger for samfunnet. Arbeid (og utdanning) hadde et åpenbart stort potensial, og ble vurdert som «et utrolig godt valg» av en nyslått president Håkon Kongsrud Skard i 2019 (Holth, 2019).

RESULTATENE UTEBLE

Dessverre fant aldri satsingen et godt fotfeste. Etter halvannet var det få tegn til at foreningen hadde kommet videre i sitt arbeid (Olsen et al., 2019). I et tilsvarende erkjente Psykologforeningen utfordringene, skyldte på pandemien og lovet forbedringer (Skard et al., 2021). Lite skjedde, selv om et nytt håp ble tent i 2022. Da gikk satsingen inn i sin andre landsmøteperi-

ode, nå under banneret «Helse gjennom arbeid» (Norsk psykologforening, u.å.). Men tross nye løfter forble innsatsen fragmentert, og de store resultatene uteble. Etter fem år er vår konklusjon at satsingen aldri ble realisert.

Visjonen om «arbeid som helsefremmende arena» er rett nok fortsatt relevant. Nylig fastslo Riksrevisjonen at antall unge uføre er mer enn doblet siden 2010, og 70 prosent av disse har en psykisk diagnose (Riksrevisjonen, 2024). Det viser hvor viktig satsingen kunne ha vært, men også at gode intensjoner ikke er nok. For å skape de nødvendige endringene i samfunnet trengs tydelig lederskap, konkrete tiltak og en klar strategi. I stedet valgte foreningen å satse på mange ulike tiltak i det de så som et komplekst felt. Håpet var kanskje at tusen år skulle bli en kraftfull elv, men strategien bidro snarere til at satsingen sildret vekk.

HVIL I FRED

La oss derfor la «Arbeid» få hvile i fred. Måtte fremtidige satsinger lære av denne erfaringen, og lykkes med å bidra til samfunnet på et vis «Arbeid» aldri fikk muligheten til. ✕

TEKST Rudi Myrvang og Bjørnar Olsen

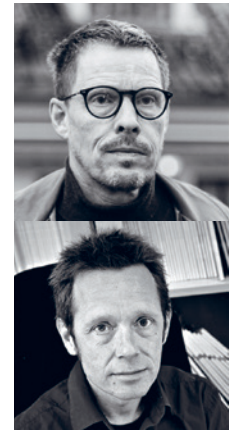


FOTO: PER HALVORSEN

FOTO: ARNE OLAV L. HAGEBERG

KONTAKT rudi.myrvang@gmail.com

MERKNAD Rudi Myrvang er leder for Norsk psykologforenings fagutvalg i organisasjonspsykologi, men skriver her som privatperson.

REFERANSER

Holth, I. (2019, 22. november). Psykologer inn i arbeidslivet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(12). <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2019/11/psykologer-inn-i-arbeidslivet>

Norsk psykologforening. (u.å.). Helse gjennom arbeid. *Norsk psykologforening*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/test-vare-kjernesaker/helse-gjennom-arbeid-2>

Olsen, B., Myrvang, R. & Næspe, N.L. (2021). Ingen arbeidslivssatsing. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(5), 406–407. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/05/ingen-arbeidslivssatsning>

Riksrevisjonen (2024). Arbeidsretta bistand frå styresmaktene til unge utanfor arbeidslivet. Dokument 3:17 (2023–2024). *Riksrevisjonen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/>

[rapporter/no-2023-2024/ungeutenforarbeidslivet.pdf](https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2023-2024/ungeutenforarbeidslivet.pdf)

Skard, H.K., Lauveng, A. & Frøyland, R. (2021). Utdanning og arbeid for alle. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 525–526. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/06/utdanning-og-arbeid-alle>

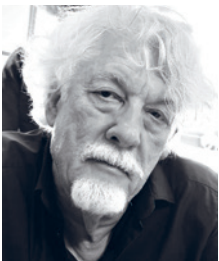
Seleksjonsvirksomhetens tvetydighet

Å skulle «spå» hvem som ikke kan hjelpes, krever en åpenhet om hvilke kriterier som ligger til grunn for avvisning og inklusjon.



TEKST Rolf Sundet

FOTO: PRIVAT



KONTAKT

rosundet@online.no

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

KARIANNE VRABEL (2024) skriver i sitt tilsvare til min kronikk om ukulturen i teorispesifikk seleksjon og behandling (Sundet, 2024) at mangel på tidligere endring er et inklusjonskriterium ved Modum Bad. For meg er det noe tvetydig over ideen om at et spesialisert tilbud for de som ikke har fått hjelp i tidligere behandlingstilbud, er avhengig av seleksjon. Ved Modum Bad selekteres pasienter via en utredningsperiode som plukker ut de som ikke kan hjelpes. Disse utsettes for en dobbel belastning. Først får de ikke hjelp ett sted. Deretter sendes de til et spesialisert tilbud bare for igjen å få fastslått at de ikke kan hjelpes. Jeg fastholder min påstand om at Modum Bad slik blir et tilbud som er spesialisert til å hjelpe dem som passer til deres metode, og ikke et tilbud som er spesialisert til å hjelpe dem som ikke har fått hjelp tidligere. Hadde de vært det, ville de tatt inn pasienten uten seleksjon og sammen med pasienten tilpasset tilbudet på måter som passet dennes muligheter for behandling.

KRITIKKEN BLIR IKKE BESVART

Det er bra at Modum Bad åpent erkjenner at de ikke kan hjelpe alle. Der er de like alle andre som arbeider med terapi. Men én ting

er å oppdage underveis at terapien ikke hjelper, for så å endre tilnærming eller overføre pasienten til en annen terapeut. En annen ting er på forhånd, via en utredning, «å spå» hvem som ikke kan hjelpes. Sistnevnte krever en åpenhet om hvilke kriterier som ligger til grunn for avvisning og inklusjon. Jeg kan ikke se at Vrabel kommenterer dette i sitt svar. Det er bekymringsfullt og åpner etter min mening opp for spørsmål om denne praksisens faglige forsvarlighet.

SELEKSJON TIL HINDER FOR HJELP

Meningsutvekslingen mellom meg og Modum Bad avslører at det finnes et hull i helsetilbudet pasienter gis. Det mangler et reelt spesialisert tilbud til dem som ikke har fått hjelp i tidligere behandlingstilbud. Bakgrunnen for at jeg mener dette, er erfaringer jeg har gjort meg fra arbeid i et team i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA). Dette teamet var spesialisert til å hjelpe pasienter som ikke hadde fått hjelp i tidligere behandling. Jeg skal ikke påstå at vi klarte å hjelpe alle. Men jeg vil påpeke at seleksjon av familier som passet, ikke var en del av arbeidet. Det eneste inntakskriteriet var at tidligere behandling ikke hadde hjulpet dem. Arbeidet startet der fami-



MODUM BAD erkjenner at de ikke kan hjelpe alle. Foto: Modum Bad

lien var når det gjaldt ønsker, erfaringer, kunnskaper og ideer om hvordan vi kunne være til hjelp. Vi hadde ingen foretrukken teori om psykiske lidelsers innhold, opphav eller løsning, men en klar praksis som vektla at terapi skulle utvikles og ta form i samarbeid med familiene.

Utforskning og eksperimentering var viktige ingredienser i dette arbeidet sammen med bruk av praksisbasert evidens. Vi fulgte familiemedlemmenes ideer som kom fram i samarbeidet. Spisskompetansen som ble utviklet i dette teamet, handlet om, innenfor etiske rammer, aldri å si nei til hva familien foreslo, samtidig som vi som terapeuter var avhengige av at de sa nei til det vi foreslo. Deres nei fortalte oss hvor vi ikke skulle gå, som igjen medførte nye utforskninger og ny eksperimentering. Forskningsfunn og teorier var et reservoar som foreslo praksisformer som kunne prøves ut. For oss var denne arbeidsmåten et svar på velferdsstatens forpliktelse om å skape et likeverdig tilbud. Fordi alle er forskjellige, krever et likeverdig behandlingstilbud at vi evner å gi forskjellige tilbud. Et likeverdig tilbud krever at hjelpen tilpasses den enkeltes muligheter for hjelpsom behandling.

ET INNOVATIVT GREP

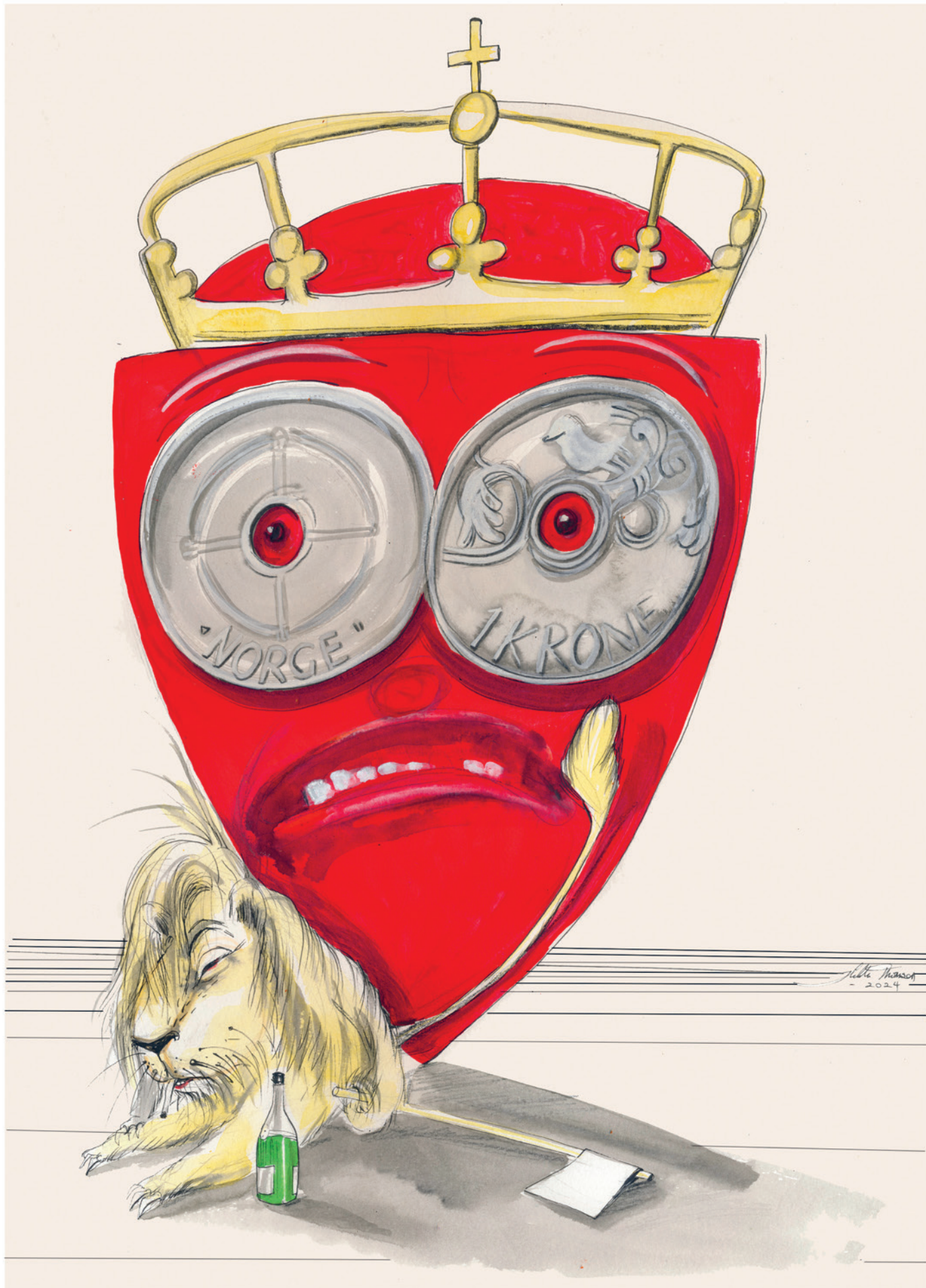
Modum Bad har fått betydelige forskningsmidler til å utvikle sin kompetanse i å hjelpe dem som ikke har blitt hjulpet tidligere, og har opparbeidet seg en stor kunnskapsbase over mange år. Etter mitt skjønn vil et innovativt grep være å slutte med seleksjon og heller utvikle terapi med utgangspunkt i hva pasienten tilbyr av muligheter, kunnskaper, erfaringer og ideer om hva som kan være til hjelp. Dette ville utvikle reell spisskompetanse i å hjelpe de som ikke har blitt hjulpet. I dag, slik Vrabel presenterer Modum Bad sitt tilbud, mener jeg praksisen framstår som en noe mer avansert versjon av det hun kaller standard behandling. ✕

REFERANSER

- 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>
- Vrabel, K. A. R. (2024, 12. september). Hjelp er ikke et udelt gode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/09/hjelp-er-ikke-et-udelt-gode>



Det mangler et reelt spesialisert tilbud til dem som ikke har fått hjelp i tidligere behandlingstilbud



Statsbudsjett og tomme lovnader

Målet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling lar seg ikke forene med en feilslått gyllen regel og stadige budsjettkutt.

NYLIG BLE FORSLAG til statsbudsjett for 2025 lagt frem, hvor det fremheves at de regionale helseforetakene skal innrette sin virksomhet med sikte på å oppnå tre hovedmål (Prop. 1 S (2024–2025), s. 12). Det første hovedmålet er å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Deretter følger målet om å styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, før rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp listes opp som det tredje.

Dette er gode hovedmål, og det er fint at styrkingen av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling står som det første hovedmålet. Det er mange fine satsinger og reformer som blir beskrevet i statsbudsjettet. Problemet er at det ikke nødvendigvis ligger inne noen finansiering av dem.

LOVNADER UTEN FINANSIERING

Rusfeltet har vært igjennom mange reformer allerede, og nye er på gang, men finansieringen av reformene lar fortsatt vente på seg.

Det er også nytt at barn som bor i barnevernsinstitusjonene, nå skal bli fulgt opp av et ambulanseteam fra psykisk helsevern for barn

og unge. Utfordringen er bare at også denne lovnaden mangler finansiering.

Den manglende finansieringen gir grunn til bekymring for at alle disse gode satsingene og reformene ikke vil medføre reelle bedringer av pasientenes tilbud.

Det har vært gjort forsøk med opptrappingsplaner for psykisk helsevern tidligere.

På slutten av 90-tallet vedtok Stortinget en åtteårig opptrappingsplan for å bøte på mangler innen psykisk helsevern. Da perioden gikk mot slutten, ble det klart at intensjonen om å prioritere psykisk helsevern ikke var blitt realisert. Ressurstildelingen og satsingene innenfor somatikken hadde fortsatt økt svært mye mer enn hva som var tilfellet for psykisk helsevern. Derfor ble det i 2003 vedtatt at opptrappingsplanen skulle forlenges med to år, og det ble gjort klart for foretakene at det ville få konsekvenser om føringene i planen ikke ble fulgt opp.

DEN GYLNE REGEL

Utvidelsen av opptrappingsplanen var bakgrunnen for at daværende helseminister Ansgar Gabrielsen (H) i 2004 innførte «Den gylne regel». Innføringen medførte en faktisk prio-



TEKST

Birgit Aanderaa, konserntillitsvalgt i Helse Sør-Øst for Akademikerne, Foretakstillitsvalgt for Psykologforeningen ved Oslo universitetssykehus HF



FOTO: OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

KONTAKT

birgit.aanderaa@gmail.com

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

MERKNAD

Aanderaa er leder for Norsk psykologforenings lokalavdeling i Oslo



Det er ikke bærekraftig.
Det er uforenlig med kravet
om økt pasientbehandling
og kortere ventetider

ritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som kan avleses i regnskapet for denne perioden.

Den gylne regel var en politisk føring som hadde tre ben å stå på: 1) krav om økt aktivitet, det vil si mer hjelp til flere mennesker, 2) kortere ventetider til behandling og 3) at økningen for budsjettet for psykisk helsevern skulle være større enn økningen i budsjettet til somatikken.

Etter noen år henstilte helseforetakene regjeringen om at Den gylne regel bare skulle måles ut fra økt aktivitet innen de prioriterte feltene, uten kravet om å måles på hvor mye av ressursene feltet fikk til del.

Problemene med Den gylne regel oppstod da regjeringen Stoltenberg II i 2010 gikk med på helseforetakenes henstilling og fjernet forutsetningen om at budsjettet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skulle øke mer enn somatikkens budsjett.

Forventningene om økt aktivitet og kortere ventetider for pasientbehandlingen vedvarte, men få helseforetak fikk penger til å faktisk klare å behandle flere.

REGISTRERING AV AKTIVITET

Endringene i hvordan Den gylne regel nå ble håndhevet og praktisert, medførte at sykehusene begynte å endre hvordan aktiviteten ble registrert. I tillegg ble sengeposter nedlagt i enda større grad, og halvparten av midlene ble overført til somatikken. Samtidig ble det vist frem en aktivitetsøkning innen poliklinisk behandling som fikk den resterende halvparten av budsjettet til sengeposten.

Dermed sank budsjettandelen som psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fikk igjen. Dette skyldtes at målene som ble brukt for Den gylne regel, ikke var godt definert. Målene hadde heller ingen iboende mening innen psykisk helsevern.

Den gylne regel ble gjeninnført i 2014 av helseminister Bent Høie (H) med krav om økt kostnadsvekst, men den manglet effektiv oppfølging i seg selv. For tillitsvalgte kunne den være et godt verktøy for budsjettendringer. I årene etter at den ble gjeninnført, økte likevel pengebruken i somatikken fem ganger mer enn pengebruken i psykisk helsevern, selv om henvisningsmengden til psykisk helsevern stadig økte.

PASIENTENES FAKTISKE BEHOV

Erfaringene og problemene med Den gylne regel viser at det er helt avgjørende hvordan oppfølgingen av det første hovedmålet i statsbudsjettet om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling foregår.

Årets forslag til statsbudsjett legger til grunn at det sykehusene skal bli målt på, er hvorvidt det er samsvar mellom de behandlingsbehovene sykehusene har beregnet at folk vil ha behov for, og de faktiske behandlingstilbudene sykehusene har lagt til rette for. En nokså sirkulær vurdering, med andre ord. Pasientenes faktiske behandlingsbehov vil bli forbigått i disse vurderingene.

Modellen som i dag anvendes for framskrivning av behandlingsbehov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har blitt bedre etter de siste bearbeidingene. Modellen gjør et forsøk på å beregne hva som vil være behandlingsbehovene fremover. Den viser at det er behov for å øke behandlingsskapiteten innen psykisk helsevern. Men det er fortsatt slik at modellen ikke gir et fullgodt bilde av de faktiske behovene. En stor utfordring er også at det ikke er gjort noe for å

dekke opp for de akkumulerte tapene som følge av at budsjettene i en årrekke har vært basert på altfor lave framskrivningsbehov.

Et eksempel på et felt som ikke blir frem-skrevet på en adekvat måte, er tilbudet til eldre innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Eldre har historisk sett i svært liten grad fått et tilbud innen psykisk helsevern. Budsjettet for hele psykisk helsevern blir dermed mindre når eldre som gruppe blir større blant totalmengden av pasienter. Det betyr at helseforetakene kan redusere antallet døgnplasser innen psykisk helsevern fordi det beregnede behovet er redusert. Eldre menn topper selvmordsstatistikken i Norge. De eldre med psykiske lidelser kan ikke overlates til et allerede fullstendig forstrukket kommunetilbud. Det er eldrediskriminering at de eldre ikke skal få behandling for sine psykiske lidelser. Undersøkelser har vist at eldre ønsker og har nytte av samtalebehandling.

ALVORLIG UNDERDIMENSJONERING

Psykologforeningens medlemsundersøkelser har anslått at én av ti pasienter får for sjelden behandling til å ha effekt. Minst én av ti pasienter avsluttes før behandlingen er ferdigstilt.

Også Riksrevisjonens rapport om psykisk helse (Riksrevisjonen, 2021) viser at mange må vente lenge på hjelp, og at mange som trenger hjelp, ikke får det eller ikke får det etter gjeldende retningslinjer. Riksrevisjonen peker på at det er behov for sterkere styring og virkemidler for å få prioritert psykisk helsevern. Tjenesten er rett og slett underdimensjonert i forhold til behovet.

Underdimensjoneringen ble også bekreftet i arbeidet de regionale helseforetakene gjorde angående aktivitetsfremskrivning, hvor tall fra Global Burden of Disease-studien fra 2021 ble hentet inn (IHME, 2024). Dette er tall som estimerer forekomst av psykiske lidelser i flere sykdomskategorier og ned på fylkesnivå. Tallene fra studien stemte godt overens med forekomststudier gjort i Norge fra før, og de regnes således som rimelig pålitelige. I arbeidet de regionale helseforetakene la ned, ble forekomsttallene sett opp mot hvor mange pasienter som mottar behandling, noe som avdekket et stort behandlingsgap for psykisk lidelser. Kun 21 % av de med angstlidelser, 25 % av de med depressive lidelser og kun 13 % av de med psykiske lidelser som skyldes

alkoholbruk, er i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Behandlingsgapet er særlig alvorlig fordi det er angst- og depresjonsdiagnoser som ligger til grunn for den gruppen uføre som øker mest, nemlig unge i alderen 25–30 år.

KUTT I BUDSJETTENE

Dagens Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033) foreslår et tilskudd på totalt 400 millioner kroner: 250 millioner til spesialisthelsetjenesten og 150 millioner til kommunehelsetjenesten for budsjettåret 2025. Forslaget må sees i sammenheng med kuttene som står for tur i sykehusene. Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) ved Oslo universitetssykehus (OUS) har fått krav om å kutte 110 millioner i budsjettet for 2025. Antagelig vil kravet om budsjettkutt i 2026 være tilsvarende sum, men foreløpig er det bare kjent at kravet er minimum 55 millioner. KPHA skal flytte inn i et nytt bygg for Avdeling forsterket behandling i 2026/2027, noe som vil gjøre at en regning på nye 110 millioner kroner slår inn. Det planlegges også for at klinikkens budsjett skal kuttes med ytterligere 202 millioner for å betale for nybygg på Aker. Klinikkens budsjett skal med andre ord kuttes med nærmere 25 % i løpet av få år. Det er en skandale. Det er ikke bærekraftig. Det er uforenlig med kravet om økt pasientbehandling og kortere ventetider.

KPHA ved OUS er i en ekstrem situasjon, men det skal også kuttes innen psykisk helsevern ved mange andre sykehus. Eksempelvis skal Helse Møre og Romsdal kutte med 43 millioner, St. Olavs hospital med 41,5 millioner, og Vestre Viken med 70 millioner over to år.

KUN GODE ORD

Med årets forslag til statsbudsjett og oppfølgingen som følger med, vil sykehusene kunne kutte flere sengeposter, så lenge de planlagte kuttene tilsynelatende står i stil med framskrivningen av behandlingsbehov – de beregnede behandlingsbehovene. På denne måten kan sykehusene innfri byggelånene og de høye IKT-kostnadene. Men pasientbehandlingen blir skadelidende. Finansieringen av sykehusbygg og IKT i Norge må endres. Eller så må sykehusbudsjettene økes slik at helseforetakene kan betale for ønskene om nye bygg med enerom til alle og nye IKT-systemer, uten denne dramatiske nedbyggingen av psykisk helsevern



og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vi nå står foran i mange norske sykehus.

Endring må til – ellers blir årets gode ord i statsbudsjettet kun gode ord i en veldig lang rekke av gode ord om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som ikke fører til gode forhold for pasientene. ✕

REFERANSER

IHME (2024, 16. mai). Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/research-analysis/library/global-burden-disease-2021-findings-gbd-2021-study>

Prop. 1 S (2024–2025). *Proposisjon til Stortinget (forslag til Stortingsvedtak). For budsjettåret 2025*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6aa02b79155b44278bf5bf9e817fbfc5/no/pdfs/prp202420250001hodddpdfs.pdf>

Riksrevisjonen (2021). Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester. Dokument 3:13 (2020–2021). *Riksrevisjonen*. <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

Call for abstracts

Temanummer **Psykologen som utreder og tester**

Formålet med psykologisk utredning varierer. Psykologen som utreder skal innhente og sammenstille informasjon fra flere ulike kilder, spesielt psykologiske tester.

Tidsskrift for Norsk psykologforening ønsker med dette temanummeret å utforske, kritisere og forstå ulike aspekter ved utredning og testpraksis. Gjesteredaktører er Cato Grønnerød og Rudi Myrvang.

Vi ønsker artikler som omhandler teoretiske rammeverk, anvendelsesområder, kultursensitivitet, erfaringsdeling, ulike kartleggingsmetoder, ny teknologi og etiske dilemmaer knyttet til psykologfaglig utredning.

Send en kort beskrivelse av artikkelen (maks 250 ord) du/dere ønsker å skrive til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Oppgi «temanummer» i emnefeltet.

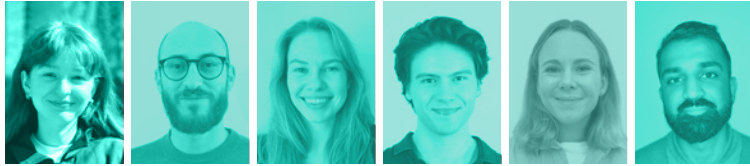
Frist for innsending: 2. januar 2025

I tillegg til vitenskapelige artikler kan alle våre tekstsjangere være aktuelle for temanummeret. Du finner Psykologtidsskriftets forfatterveiledninger under *Skriv for oss* på psykologtidsskriftet.no, eller ved å skanne QR-koden nedenfor.

Spørsmål kan rettes til sjefredaktør Katharine Williams katharine@psykologtidsskriftet.no

Skann QR-koden for å lese våre veiledninger





MARIA IGLAND er spaltist i novemberutgaven

Et psykologfaglig blikk på arbeidslinja

Dagens arbeidsliv klarer ikke å ivareta de helsefremmende gevinstene ved å stå i jobb.

Debatten om norsk sykefravær har pågått den siste tiden. I mai stormet det rundt Sanna Sarromaa sin kommentar i VG om at det er «typisk norsk å være lat» (Sarromaa, 2024). Ved inngangen av september kunne Statistisk sentralbyrå (SSB) meddele at sykefraværet i Norge er høyere nå enn under pandemien (SSB, 2024). Fraværet ser ut til å øke på tvers av alle næringene, men er spesielt høyt innenfor helse- og sosialtjenester (Arbeids- og velferds-etaten [NAV], 2024). Kommentarene har ikke latt vente på seg. Nestleder i Venstre, Sveinung Rotevatn, har varslet at partiet vil kutte i sykelønnsordningen (Knutsen & Blaker, 2024). Mens legestanden strømmer til avisene med den ene kronikken etter den andre, er det forbausende stille blant våre egne. Hvor er egentlig det psykologfaglige blikket på norsk sykefravær?

TYPISK NORSK Å BIDRA

Debatter om sykefravær og sykelønnsordningen er blant de debattene som dukker opp hvert år. I likhet med andre potente emner, foregår ofte denne debatten uten alle nyansene. Heller enn å

feste blikket på sykefravær som overordnet tema, koker debatten ned til å bli en slags pingpong-sekvens mellom å være for eller mot sykelønnsordningen. Selv ser jeg egenverdien i å forsvare sykelønnsordningen når den er under angrep. Likevel savner jeg en debatt om andre aspekter. Leiren som ofte fremhever at Norge har høyere sykefravær enn nabolandene, glemmer symptomatisk å nevne at vi er blant landene i verden med høyest sysselsetting (Horgen, 2023). I tillegg til det, har Norge siden 1930-tallet hatt en verdiskapning som, hvis vi trekker fra petroleumssektoren, har blitt syvdoblet i realverdi (NOU 2015: 1, s. 13). Ikke bare er det typisk norsk å gå på jobb. Det er også typisk norsk å bidra til verdøkningen i samfunnet. Så, hva er det egentlig som gjør at sykefraværet øker? Jeg tror det er noe med måten arbeidslivet vårt er organisert på som bidrar til at mennesker brenner ut.

PSYKISKE PLAGER RAMMER OGSÅ OSS

Psykiske plager er blant de fremste årsakene til at mennesker her til lands blir sykmeldte (NAV, 2024). Denne realiteten kjenner vår faggruppe godt til. Vi møter dem i førstelinjetjenesten

MERKNAD Igländ sitter i sentralstyret til Sosialistisk Venstreparti

NYE STEMMER

En spalte hvor yngre psykologer deler sine betraktninger fra fagfeltet.





Sykmelding forårsaket av psykiske helseplager rammer også i våre egne rekker

når problemet først har slått rot. I spesialisthelsetjenesten kommer de når problemet er blitt omfattende nok til at de kommer seg forbi det trange nåløyet, og i tredjelinjen kommer de inn når krisen har nådd et toppunkt. Men det er ikke bare via pasientene våre at vi får se denne realiteten. Sykmelding forårsaket av psykiske helseplager rammer også i våre egne rekker.

Statens arbeidsmiljøinstitutt rapporterte i 2021 at rundt 40 % av leger, psykologer og andre behandlere opplever å bli psykisk utmattet av jobb minst én gang i uken (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021). Yngre psykologers utvalg (YPU) publiserte året etter en undersøkelse som viser at én av fem nyutdannede psykologer blir sykmeldt i løpet av det første året i arbeidslivet (YPU, 2022). Første gang jeg ble konfrontert med disse tallene i forelesning, var det som om budskapet gjallet i forelesningsveggene i flere minutter etterpå. Blant vår egen faggruppe er det ikke et spørsmål om vi blir utbrente, men *hvem* av oss som rammes. Mekanismene som ser ut til å stå bak utbrentheten, er tvil om egne terapeutiske evner og emosjonell utmattelse (Olaussen et al., 2010). Og det er i grunn ikke rart, hvis vi minnes om hvordan flere beskriver egen arbeidshverdag.

SLITASJEN FRA ARBEIDSLINJEN

Allerede før vi er uteksaminert oppfordres vi til å holde oss unna spesialisthelsetjenesten. DPS og BUP snakkes om som en plass der psykoterapeutisk kreativitet blir gravlagt. Skrekkhistoriene om hamsterhjulet og helseforatakene som stadig vekk forventer høyere tempo, lever i beste velgående. Det samme gjør fortellingene om premature utskrivelser av pasienter, som før eller siden kommer i retur, og da ofte i verre forfatning. Når psykologers arbeidsdag ser slik ut, er det ikke rart at det på et tidspunkt sier stopp.

Det ser ikke ut til å bare være vårt yrke hvor rammene og arbeidslinjen går på helsen løs. Ser vi på kollegaene våre; det dyktige renholdspersonalet, helsefagarbeideren som holder liv i miljøet på dogn og sykepleierne som sitter time inn og ut på skjermet avdeling, har de alle høyere risiko for å bli sykmeldte. Slitasjen fra arbeidslinja er ikke særegen for vår sektor. Den gjelder også de andre yrkene som sammen får et hamsterhjul av en velferdsstat og et samfunn til å gå rundt. Likevel er det ikke slitasjen i arbeidshverdagen som blir til overskrifter i avisene når debatten om sykefravær og sykkelønn ruller og går. Perspektivene som omhandler helsemessige belastninger, forsvinner igjen og igjen.

ØKTE FORVENTNINGER

Samtidig som det pågår en debatt om hvordan å få bukt med sykefraværet, foregår det også endringer i hvor lenge det er forventet at vi skal stå i jobb. I februar vedtok et flertall på Stortinget et pensjonsforlik, med enighet om å øke pensjonsalderen i takt med at befolkningen lever lenger. Pensjonsforliket kan ved første øyekast virke uproblematisk, for skal vi ikke jobbe lenger når vi lever lenger? En økt pensjonsalder bør ses i lys av norsk sykefravær. Når vi allerede sliter med at mennesker ikke klarer å stå i arbeid til dagens pensjonsalder, hvordan kan vi da forvente at de vil kunne stå i arbeid når pensjonsalderen økes? Hvordan skal da en høyere pensjonsalder bidra til at folk står i jobb lenger, når arbeidslinjen allerede går på helsa løs?

HELSEFREMMEDE ARBEIDSLIV

Tiden er overmoden for at psykologstanden ikke sitter på gjerdet mens sykefraværdebatten ruller og går. Vår jobb er ikke bare å behandle men-

nesker tilbake fra sykemelding. Den handler også om å bruke kunnskapen vi har opparbeidet oss til å finne løsninger slik at arbeidslivet kan oppfylle sitt helsefremmende potensial.

De helsefremmede gevinstene ved å være i jobb er mange. Å være i jobb gir folk et fellesskap å gå til, og en tilhørighet. Vi er heldige i Norge med at de fleste av oss har en jobb vi kan gå til. Likevel må vi ikke ta dette privilegiet for gitt. Arbeid kan være helsefremmende når det ikke bidrar til mer slitasje på kropp og psyke. Mye tyder på at dagens arbeidsliv ikke klarer å ivareta disse helsefremmende aspektene. På lang sikt kan det bli en fallitterklæring, både for vår egen profesjon og samfunnet for øvrig. ✕

REFERANSER

- Arbeids- og velferdsetaten [NAV]. (2024, 30. mars). *Sykefravær grunnet psykiske lidelser øker*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/nyheter/sykefravaer-grunnet-psykiske-lidelser-oket>
- Henriksen, A. (2024, 29. februar). Nytt bredt politisk forlik om pensjonsreform. *Kommunesektorens organisasjon*. <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/pensjon/nytt-bredt-politisk-forlik-om-pensjonsreform/>
- Horgen, E. (2023, 06. februar). Norge blant landene med flest i jobb. *Statistisk sentralbyrå*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/arbeidskraftundersokelsen/artikler/norge-blant-landene-med-flest-i-jobb>
- Knutsen, M. & Blaker, M. (2024, 05. september). Rystes av syketall: -Norsk politikk lider av kollektiv handlingslammelse. *Nettavisen*. <https://www.nettavisen.no/okonomi/sykefravaret-i-norge-stiger-og-stiger-langer-ut-mot-politikerne/s/5-95-2002469>
- NOU 2015: 1. (2015). *Produktivitet – grunnlag for vekst og velferd*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef-2418d9076e4423ab5908689da67700/no/pdfs/nou201520150001000dddpdfs.pdf>
- Olaussen, I.M., Skaar, E., Hauge, L.J. & Skogstad, A. (2010). Utbrentet blant psykologer med kortere ansiennitet. *Tidsskriftet for Norsk Psykologforening*, 47(3), 195–202.
- Sarromaa, S. (2024, 25. mai). Det er typisk norsk å være syk. *Verdens Gang*. <https://www.vg.no/nyheter/i/LMn4Vq/det-er-typisk-norsk-aa-vaere-syk>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk*. <https://stami.brage.unit.no/stami-xmlui/handle/11250/2757495>
- Yngre psykologers utvalg (2022). *YPU-undersøkelsen 2022 – sammenfatning*. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/om-psykologforeningen/utvalg-rad-og-interesseforeninger/yngre-psykologers-utvalg>

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

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

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

Inntrykk

Essay og anmeldelser

BOKESSAY

Den uløselige klimakrisen

Spillteori og læringspsykologiske modeller kan forklare hvorfor vi ikke har klart å løse klimakrisen.

BOK *Etikk og bærekraft – et psykologisk perspektiv*



FORFATTER Mads Nordmo Arnestad

FORLAG
Fagbokforlaget
ÅR 2023

TEKST Sigmund Elgarøy og Jon Arne Løkke

MERKNAD
Ingen oppgitte interessekonflikter

Klimakrisen er ekstremt utfordrende å løse. I motsetning til været er klimaet abstrakt, globalt og måles over lange tidsperioder, noe som øker den psykologiske distansen vi møter klimakrisen med. Tiltakene som kreves for å holde global oppvarming godt under to grader, som Paris-avtalen forplikter oss til, er omfattende og kompliserte. Dessuten finnes det mange og til dels motstridende syn på hva som er gode løsninger.

Klimaengasjerte aktører har en rekke velmente forslag til hva vi *bør* gjøre, som til nå ikke har ført frem. Dette har fått den britiske filosofen og aktivisten Rupert Read til å hevde at klimakrisen ikke er en krise som kan løses, men en permanent tilstand som vil forverres, og som vi må leve med (Westminster Quakers, 2023). I boken *Etikk og bærekraft – et psykologisk perspektiv* presenterer forfatter Mads Nordmo Arnestad en rekke psykologiske utfordringer som står i veien for gode klimaløsninger. Boken tar for seg et bredt spekter av psykologisk forskning som på ulike måter viser hvordan vi *faktisk* handler og tenker, og at mange av klimaaktivistenes oppfordringer er ganske urealistiske i praksis. Med bakgrunn i empiri kommer han også med forslag til hva vi,

mer realistisk, kan prøve å få til. Bokens psykologiske hovedbidrag kan oppsummeres som at det ganske enkelt må være lønnsomt og enkelt å forurense mindre, samtidig som det bør bli dyrere å forurense, med flere opplevde negative konsekvenser. Hvis ikke vil folk i liten grad ta klimavennlige valg.

MOTKONTROLL OG KLIMAKRISEN

Alle norske regjeringer har hatt som prinsipp å ikke blande seg direkte inn i folks valg som forbrukere, selv om utslipp fra privat forbruk direkte og indirekte står for brorparten av de totale utslippene (Miljødirektoratet, 2024). Tiltak som forbud, kvotering og rasjonering kunne redusert forurensende forbruk kraftig, men vil antakeligvis være upopulære og dermed politisk vanskelig å gjennomføre. Slike inn-gripende og restriktive tiltak kan føre til ulike former for såkalt motkontroll fra innbyggerne og velgerne. Begrepet motkontroll («counter-control») ble innført av Skinner i boken *Science and Human Behavior* (1953, se særlig kapittel 20) og er en del av Skinners analyse av sosial og interpersonlig atferd. Det dreier seg om at personen som blir forsøkt påvirket eller kontrollert, motsetter seg forsøket på kontroll, noe

som i Skinners terminologi vil si manglende forsterkning av påvirkerens atferd. Påvirkeren kan forsøke å innføre regler, forbud, avgifter og skatter. Den som blir forsøkt påvirket, setter seg til motverge og straffer kontrolløren med kraftige debattinnlegg, sabotering av reglene og skifte av partitilhørighet. Målet med motkontrollen dreier seg om frihet fra kontrollørens atferd og i vårt tilfelle frihet fra statlige inngrep i folks forurensende forbruk.

Det er foreslått tre hovedformer for motkontroll som er relevante for klimakrisen (Delprato, 2002): 1) opposisjon og aggresjon i form av kraftig kritikk av tiltakene og politikerne, samt stemmeflukt fra politiske partier, 2) unngåelse og flukt i form av at folk saboterer iverksettelsen av tiltakene, og 3) passivitet i form av likegyldighet og manglende stillingstaking til klimaspørsmål. I møte med klimakrisen er motkontrollen så sterk at myndighetene fortsatt foretrekker å bruke indirekte og mindre inngripende metoder, som avgifter, for å påvirke folks handlinger, i tillegg til å satse på at folk tar klimabevisste valg. I en studie av 13 norske kommuners potensial for klimaplanlegging og endring (Westskog et al., 2022) ble det blant annet konkludert med at livsstilsendringer, som blant annet innebærer mindre motorisert transport hos innbyggerne, er vanskelig å få til og er en endring «... that many municipalities resist to confront and not at least to implement» (s. 14). Kontrasten til de svært inngripende koronatiltakene, som hadde bred politisk støtte, er slående. Samtidig er det viktige forskjeller mellom klimaproblemet og pandemien. Klimakrisen kan ikke løses nasjonalt, mens folk flest hadde stor tillit til at de norske koronatiltakene ville begrense smitten her til lands, og ikke minst at de var midlertidige.

Etikk og bærekraft redegjør for forskning som viser at en klimapolitikk som lar det være opp til den enkelte å avgjøre om man skal ta klimavennlige valg eller ikke, har liten sjanse til å lykkes. Nordmo argumenterer mot at vi bare kan basere oss på frivillighet, og at folk handler «klima-rasjonelt» ut fra en høy klima-moral. Modellen med frie forbrukere som handler rasjonelt i et fritt marked (som baserer seg på økonomiske modeller), egner seg ikke til å løse klimaproblemet, så lenge det ikke er sterke økonomiske og praktiske insentiver for å ta klimavennlige valg.

SPILLTEORETISKE TILNÆRMINGER TIL KLIMAKRISEN

Arnestad presenterer flere typer forskning og teoretiske modeller som understøtter at å satse på individers klimavennlige valg ikke er løsningen. En er spillteori og «klimafangens dilemma»: Hvis alle eller veldig mange, inkludert meg selv, lever klimavennlig (som også innebærer å forsake ting man ønsker seg), vil alle tjene på det ved at vi «redder» klimaet. Ser vi rundt oss, virker ikke dette som et særlig sannsynlig scenario. Hvis relativt få lever klimavennlig, men jeg gjør det, betyr det at jeg forsaker ting jeg ønsker meg, men likevel uten at klimaet reddes. Hvis ingen (heller ikke jeg) lever klimavennlig, får jeg i hvert fall (en stund, til klimakrisen rammer også meg) de godene jeg ønsker meg, selv om klimaet uansett ikke «reddes». Hvis veldig mange lever klimavennlig, men jeg ikke gjør det, får jeg i pose og sekk. Så hva velger jeg å gjøre? Det mest logiske er å ikke leve klimavennlig. Det er også slik folk flest velger, gitt liknende psykologiske forsøk (s. 104–105).

Her spiller også det velkjente problemet om ansvarsdiffusjon inn, nemlig at vi vanligvis foretar oss mindre jo flere personer som deler ansvaret for å gripe inn i en situasjon (s. 124). Dette er demonstrert eksperimentelt



en klimapolitikk som lar det være opp til den enkelte å (...) ta klimavennlige valg eller ikke, har liten sjanse til å lykkes





på ulike måter, og vi kjenner det også igjen fra dagliglivet. Hva klima/miljø angår, ser vi dette både på individnivå og på nasjonalt nivå.

Fellesgodespill (s. 124) går ut på at en gruppe mennesker får utdelt en lik sum penger hver. De kan velge å putte dem i en felles pott, som dobles og fordeles likt på alle, eller de kan beholde alle, eller noen, av pengene selv. Man kan ikke se hva de andre spillerne gjør med sine penger. Det optimale spillet er om alle legger alt i potten, siden pengene da vil dobles og fordeles likt. Slik får alle spillerne dobbelt så mye som de startet med. Men dette forutsetter at man stoler på hverandre. Det finnes nemlig en bedre mulighet for hver enkelt, nemlig at jeg beholder alle mine penger, mens de andre gir alle sine (eller en del av sine) til fellespotten. Jeg får jo uansett en lik del av potten, uavhengig om jeg har gitt av mine penger eller ikke. Så også her er det mulig å få i pose og sekk. Empirisk viser det seg at folk deler seg i tre cirka jevnstore grupper: Personer i den ene gruppen satser på å være gratispassasjer, det vil si ikke gi til potten uavhengig av hva de andre gjør; den andre gruppen gir, men hvis de ser at andre ikke gir, vil de i neste runde slutte eller gi mindre, mens personer i den tredje gruppen vil fortsette å gi til fellespotten uansett. Et annet sentralt funn er at jo flere spillere, jo mindre bidrar de frivillig til fellespotten. Hvis vi kan tenke på klimatilskott som et fellesgodespill hvor alle på jorda deltar, så blir konklusjonen at det er lite sannsynlig at frivillige, selvpålagte restriksjoner fra forbrukere kan løse problemet.

PSYKOLOGISK DISTANSE

Hvilken avstand vi har til hendelser, påvirker hvordan vi tenker rundt dem. Flere innspill fra økonomisk tenkning i psykologien omhandler temporal nedskrivning («discounting»), som dreier seg om at forsterkende hendelser mister verdi avhengig av tid til hendelsen (s. 158). Nåtid-bias, eller temporal nedskrivning, innebærer at vi foretrekker å få noe før heller enn siden. Det klassiske oppsettet i diskonteringslitteraturen er en valgsituasjon: 1000 kroner her og nå eller 2000 kroner om et år? Det gjennomgående funnet er at folk velger den umiddelbare utbetalingen, Small Soon (SS), fremfor den langsiktige gevinsten, Large Later (LL).

Senere teoriutvikling tar også for seg andre typer avstand enn tid. Teorien om mentale kon-

struksjonsnivå (Construal Level Theory, CLT) innebærer at den psykologiske avstanden til en hendelse påvirker hvordan vi tenker. CLT og diskonterings-teori spilles opp i bokens kapittel 5, og begge teorier bør være relevante for eksempelvis politiske beslutninger – særlig hvordan beslutningstakere tenker om fremtiden i det de beslutter. Det er formulert fire dimensjoner som angår psykologisk avstand i CLT: den temporale dimensjonen, den spatiale dimensjonen, den sosiale dimensjonen og den hypotetiske dimensjonen.

Den tidsmessige – temporale – avstanden er høy om du tenker langt inn i fremtiden og kort om du har et her-og-nå-perspektiv. Litt slagordmessig dreier det seg om at klimabeslutninger innebærer å «ta fremtiden inn i nåtiden». Det betyr at man må forestille seg de fremtidige konsekvensene av klimaendringene i beslutningene som fattes nå. Den romlige distansen eller spatiale dimensjonen er høy om du tenker på steder langt borte, og kort om du tenker på hendelser i ditt eget nærmiljø. Den sosiale distansen dreier seg om at det er forskjell på om du tenker på deg selv eller en nær venn kontra noen du aldri har truffet. Dersom vi tenker på helt abstrakte personer som «folk flest», er den sosiale distansen stor. Den siste dimensjonen dreier seg om hypotetiske, eller tenkte, opplevelser versus reelle opplevelser – jo større grad av ekte opplevelser, jo mer konkret og praktisk er tenkningen. Det finnes noe belegg for å hevde at jo nærmere folk føler seg klimakrisen på de fire dimensjonene, jo større er motivasjonen for å gjøre klimavennlige atferdsendringer (s. 160).

Selvkontroll-begrepet er også relevant for klimaatferd. En rekke avgjørelser er lønnsomme på sikt, men kjedelige eller belastende å ta inn over seg. Selvkontroll dreier seg i hovedsak om at temporalt utsatte og abstrakte konsekvenser (LL) får forrang foran temporalt umiddelbare og spesifikke konsekvenser (SS). Slik sett er det likhetstrekk mellom regelmessige sjekker av helsetilstanden, pensjonssparing og klimaatferd – SS vinner for ofte over LL. Vi har tidligere minnet på at læringspsykologien kan ha viktige bidrag i møte med klimakrisen (Elgarøy & Løkke, 2023). Slagordmessig og med et nikk til Skinners operante kammer eller skinnerboks dreier læringspsykologien seg om å få flere til å trykke ned spaken merket «LL» og færre til å trykke ned spaken merket «SS».



jo nærmere folk føler seg klimakrisen (...), jo større er motivasjonen for å gjøre klimavennlige atferdsendringer





Vi vil gjerne fremstå som moralske og lite egoistiske, og handler mer moralsk når andre ser oss

SOSIAL KONTROLL OG EGOISME I KLIMAKRISEN

Et viktig poeng i boken er at vi stadig står i et spenningsforhold mellom det moralske / hensyn til andre og fellesskapet og det egoistiske, altså hensynet til meg selv. Vi vil gjerne fremstå som moralske og lite egoistiske, og handler mer moralsk når andre ser oss, noe som understreker betydningen av sosiale relasjoner, samarbeid og gode forbilder i klima- og miljøtiltakene (s. 107). For eksempel kan informasjon om eget strømforbruk sammenliknet med naboenes, kombinert med tips om energisparing, føre til langvarig reduksjon av folks forbruk, selv om økonomiske insentiver er fraværende (Bator et al., 2019). Dette er et godt eksempel på hvordan sosiale kontrollmekanismer kan bidra til å begrense effektene av klimakrisen på lokalt plan.

RASJONALITETENS BEGRENSNINGER

Klimaforskere og -aktivister hevder at en vesentlig grunn til at folk ikke handler mer klimavennlig, er at de mangler kunnskap. For eksempel sier Greta Thunberg at «The sustainability crisis is a crisis of information not getting through» (Kinsman, 2022). Hvordan er det mulig å mangle kunnskap når mediene har vært fulle av klimastoff i årevis? *Etikk og bærekraft* gjør dette mer forståelig. Arnestad redegjør for system 1 (S1)- og system 2 (S2)-modellen, popularisert gjennom Daniel Kahnemans bok *Thinking, Fast and Slow* (2011), men som ifølge forfatteren kan føres tilbake til William James. S1 genererer automatisk intuisjoner om alt mulig, og fungerer bra på områder hvor gode intuisjoner har hjulpet oss evolusjonært, men kan bomme stygt på andre typer situasjoner eller temaer. «S1 bommer på klimakrisen, samtidig er S1 mer motiverende», skriver Arnestad (s. 64). Vår evolusjonshistorie har ikke fremmet gode intuisjoner på så abstrakte og komplekse problemer som klimaendringer.

Et annet aspekt ved rasjonalitetens begrensninger er motivert resonnering (s. 238 ff). Vi oppsøker kunnskap og argumenter som støtter vårt syn, og stoler mer på det som støtter det vi allerede tror. Vi leser motargumenter mer kritisk enn vi leser argumenter som støtter vår oppfatning. Dette gjelder høyt utdannede folk minst like mye som folk med lavere utdanning. I tillegg har vi internett-algoritmene, som sørger for at vi mates med stoff som likner på det vi allerede ser på. På nettfora havner vi med likesinnede, noe som kan ha en forsterkende effekt på de holdningene vi allerede har. Disse teknologiske dynamikkene kan bidra til å forklare hvorfor vi fortsatt kan se funn som at en fjerdedel av folk i Norge ikke tror klimaendringene er menneskeskapte (Peritia, 2022).

HVEM HAR ANSVARET?

Men hvem har egentlig ansvaret for å løse klimakrisen? Har også bedriftene som produserer det vi konsumerer, et ansvar? Arnestad tar ikke klar stilling, og konkluderer med at både individer, bedrifter og stater har ansvar for å løse klimakrisen. Vi kunne ønsket oss et tydeligere syn på hva vi bør forvente fra næringslivet, gitt at vi står overfor en eksistensiell krise for menneskeheten.

Det som ikke nevnes i drøftingen av bedrifters ansvar, er hvor aktivt mange mektige selskaper, spesielt i USA, har *motarbeidet* (øvet motkontroll overfor) både klimaforskning og politiske tiltak for å redusere utslipp ved å trekke forskning i tvil, gå til personangrep på profilerte forskere og beskyldt dem for fusk, og initiere «folkelige» opprør mot statlige tiltak. Dermed har de bidratt til å polarisere debatten og til å

stanse eller forsinke statlige reguleringer som kunne ha dempet den klimakrisen som vi nå befinner oss i. Et eksempel er den vellykkede kampanjen, finansiert av mektige næringsinteresser, for å stanse en karbonskatt som Clinton-regjeringen prøvde å få gjennomført i 1992, og som kunne vært et virkningsfullt tiltak og et sterkt signal til andre land om at USA ville gjøre sitt i kampen mot klimakrisen. Dette er godt dokumentert, blant annet av vitenskaps-historikeren Naomi Oreskes (Oreskes & Conway, 2010), og burde vært omtalt i boken når man først er inne på selskapers rolle, siden dette er en del av forklaringen på hvorfor vi ikke har kommet lenger til tross for kunnskapen om alvoret i problemet. Problemer med næringsinteresser som bremsekloss finner vi også i Norge. Klimautvalget 2050 bestilte en delrapport om maktforhold i norsk klimapolitikk, som konkluderer med at særinteresser, som olje- og gassbransjen, har for mye makt (Gulbrandsen & Handberg, 2023).

Det er fruktbart å prøve å forstå hva psykologien kan bidra med, så vel som hvor dens

begrensninger ligger, i møte med alvorlige samfunnsproblemer. Arnestad lykkes i sin bok med å demonstrere at vi ikke kommer langt med utelukkende individfokuserende forsøk på å takle klimaproblemet. Det må i stor grad løses politisk, og da er vi naturligvis inne på maktutøvelse og maktforhold. Psykologien kan bidra til bedre beslutninger hos de som har mest makt, for eksempel ved å skape bevissthet om psykologisk distanse og langsiktig gevinst (som å redde klimaet) fremfor kortsiktig vinning (tilfredsstillelse av umiddelbare behov (SS vs. LL)). I et intervju blir Daniel Kahneman (Wharton School, 2016) spurt om han har blitt bedre til å ta beslutninger etter som han har jobbet så mye med beslutningspsykologi. Han svarer at det har han nok ikke, i hvert fall ikke når det gjelder store og viktige beslutninger. Så vi skal kanskje ikke være for optimistiske. Å flytte hovedansvaret for klimakrisen og dens løsning fra folk flest til de som sitter med makten i politikk og næringsliv, er kanskje å henge bjella på katten, men om bjella får katten til å endre atferd, det kan vi ikke ta for gitt. ❌

REFERANSER

- Bator, R.J., Phelps, K., Tabanico, J., Schultz, P.W. & Walton, M.L. (2019). When it is not about the money: Social comparison and energy conservation among residents who do not pay for electricity. *Energy research and social science*, 56(5). <https://doi.org/10.1016/j.erss.2019.05.008>
- Delprato, D.J. (2002). Countercontrol in behavior analysis. *Behavior Analyst*, 25(2), 191–200.
- Elgarøy, S. & Løkke, J.A. (2023). Arven etter Skinner: psykologiens bidrag i møte med klimakrisen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 136–141. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2023/03/arven-etter-skinner-psykologiens-bidrag-i-mote-med-klimakrisen>
- Gulbrandsen, L.H. & Handberg, Ø.N. (Red.). (2023). *Hvem har makt i norsk klimapolitikk?* (FNI-rapport 2/2023). Fridtjof Nansens Institutt. <https://www.fni.no/publikasjoner/hvem-har-makt-i-norsk-klimapolitikk-15-bidrag-og-en-analyse-pa-tvers>
- Kinsman, J. (2022, 15. november). Greta Thunberg on how we all can be climate positive travellers. *Condé Nast Traveller*. <https://www.cntraveller.com/article/greta-thunberg-on-how-we-can-be-climate-positive-travellers>
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Miljødirektoratet. (2024, 8. januar). *Utslipp av klimagasser fra norsk forbruk er beregnet*. <https://www.miljodirektoratet.no/aktuelt/fagmeldinger/2024/januar-2024/utslipp-av-klimagasser-fra-norsk-forbruk-er-beregnet/>
- Oreskes, N. & Conway, E.M. (2010). *Merchants of Doubt*. Bloomsbury Press.
- Peritia. (2022). *Public perceptions on climate change*. The Policy Institute. <https://www.kcl.ac.uk/policy-institute/assets/peritia-climate-change%E2%80%8B.pdf>
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. Macmillan.
- Westminster Quakers. (2023, 26. april). *The horrible, wonderful truth about climate – Rupert Read – Salter lecture 2023* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=hX9soctwBsQ&t=1808s>
- Westskog, H., Aarsæther, N., Hovelsrud, G.K., Amundsen, H., West, J.J. & Dale, R.F. (2022). The transformative potential of local-level planning and climate policies. Case studies from Norwegian municipalities. *Cogent Social Sciences*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/23311886.2022.2033457>
- Wharton School. (2016, 15. juni). *Daniel Kahneman & Daniel Pink* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=BECqpdvte8>

Vi kan mene hva vi vil. Men vi må kunne begrunne det vi gjør.

Som tenåring ble jeg veldig fascinert da jeg første gang hørte sitatet som tillegges Voltaire:
Jeg er dypt uenig i det du sier, men vil til min død forsvare din rett til å si det.



Arnhild Lauveng, visepresident med ansvar
for fag- og profesjonspolitikk
Foto: Fartein Rudjord

Det er noe så umiddelbart riktig i utsagnet om at vi må tåle å høre ytringer vi er helt og grunnleggende uenig i. Og jeg mener fortsatt at en åpen diskusjon, hvor det er lovlig å ytre enhver mening, er et nødvendig grunnlag for et demokratisk samfunn.

Samtidig har ting blitt litt mer komplisert. En ting er hatefulle ytringer, hvor du selvsagt bør ha lov til å si at du avskyr noe eller mener de er feil, men hvor det kan være hensiktsmessig å forholde seg til sak og ikke personer. Hvis du virkelig mener at homofili er en synd, vel, da må du jo få lov til å si det, men helst uten å angripe homofile mennesker. Og å oppfordre til kriminelle handlinger og angrep på personer og steder er selvsagt forbudt.

En annen utfordring med ytringsfriheten, som vanligvis er mer relevant for psykologer, handler om grenseoppgangene mellom oppriktig engasjement og ukritisk formidling av dårlig dokumentert kunnskap. Dette er ofte vanskelig, og det er mange gråsoner. Engasjement er selvfølgelig bra, og som regel helt nødvendig for faglig utvikling. Noe av det fineste jeg opplever i jobben som visepresident er møtet med engasjerte psykologer som brenner for faget og det de holder på med. Det kan være den erfarne kliniker som over år har utviklet sin stil og sine intervensjoner, eller den unge forskeren eller kliniker som er ivrig etter å utforske og utvikle nye metoder for å bringe faget videre. Begge tror på det de gjør, begge opplever resultater, og begge er oppriktig engasjerte. Og det er veldig bra, i nesten alle tilfeller.

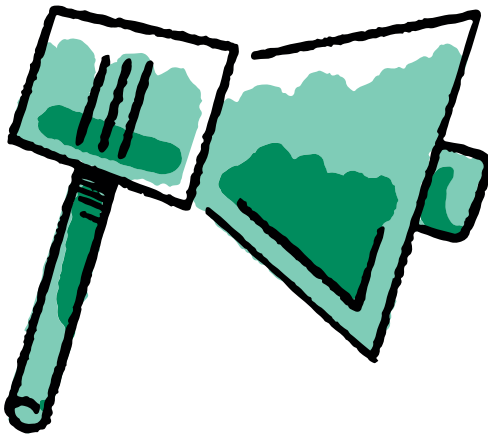
Samtidig blir det noen ganger utfordrende. Som psykologer er vi både akademikere som er forpliktet til å teste og begrunne kunnskap, og helsearbeidere som er forpliktet til å gi evidensbasert behandling. Det betyr at det vi gjør skal og må være basert på kunnskap, og at

både ny og etablert kunnskap alltid må kunne testes og begrunnes med noe mer enn tro og engasjement. Psykologforeningen baserer vårt arbeid på prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, som sier at: «Evidensbasert psykologisk praksis er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.» Prinsipperklæringen er kanskje ikke perfekt, men den klarer den viktige oppgaven å forene å klinisk skjønn og pasientenes preferanser med den «beste tilgjengelige forskningen».

Det betyr i praksis at ja, vi skal selvsagt ta hensyn til pasientens ønsker, men ikke hvis vi vet at dette vil være skadelig eller uvirksomt. Og ja, vi skal og må bruke vårt kliniske skjønn og erfaring, men vi må også alltid være åpen for at det vi har gjort, over år, kan måtte endres basert på ny kunnskap. Eller at den nye metoden, som vi er så begeistret for, faktisk ikke er så virksom, eller at skadevirkningene kanskje er større enn effektene, på gruppenivå.

Dette gjelder for den enkelte kliniker, som alltid må være åpen for å revurdere egne metoder og preferanser, og det gjelder i enda større grad for forskere, som må være nøyaktige i testing av både gamle og nye metoder. I Morgenbladet 24.09.24, har Anders Danielsen Lie en kommentar som handler om at det amerikanske legemiddelverket FDA har avvist å godkjenne MDMA som medisin ved posttraumatisk stressforstyrrelse. Her kritiserer han forskningen på MDMA for å være for lite nøytral, og ber både Psykologforeningen og Legeforeningen om å anbefale sine medlemmer å melde seg ut av lobbyorganisasjoner dersom de skal drive med denne typen forskning. En slik anbefaling måtte i så fall ikke bare gjelder

«Engasjerte psykologer som tror på det de gjør er fantastisk, de trenger vi flere av!»



forskning på MDMA, men på alle områder, og det vil være vanskelig å gjennomføre i praksis.

At forskere forsker på tema de er interessert i, og også er medlem av interesseforeninger er naturlig, og behøver ikke være et problem. Tvert imot. Engasjement er bra, og deltagelse i samfunn og foreningsliv er som regel også bra. Problemet oppstår når engasjementet blir så stort at den sunne, akademiske skepsisen forvitrer, og den nøytrale forskningen blir presset til side for forskning som har som viktigste formål å bekrefte min tro, ikke å utforske virkeligheten. Da er vi på ville veier.

Dette gjelder selvsagt ikke bare nye metoder. Også etablerte metoder og etablerte sannheter må tåle ny forskning. Som klinikere må vi akseptere at det vi har praktisert, kanskje i mange år, viser seg å være feil, unøaktig eller at det nå finnes bedre metoder. Det betyr selvsagt ikke at vi skal ha dobbelt blindede, randomi-

serte kontrollerte studier på alt vi gjør. Det er ikke praktisk mulig, og det vil begrense faget i stor grad. Men det betyr at vi må tåle å tenke nytt om det vi har gjort lenge. Da jeg var i hovedpraksis, for over tyve år siden, møtte jeg klinikere som sa at jeg aldri måtte spørre om selvmordstanker, for det kunne sette pasienten på ideer om selvmord. Nå vet vi at det ikke stemmer, vi skal og må snakke om selvmord. Samtidig vet vi også at det faktisk ikke er mulig å gjøre eksakte forutsigelser av alle suicid, på individnivå, og de de nye anbefalingene for suicidvurderinger er blitt justert etter denne kunnskapen.

Og sånn går utviklingen. Vi får ny kunnskap, vi lærer, og vi justerer praksis. Vi lærer av hverandre, av pasientene, av erfaring, og av forskning. Det viktige er at vi lærer, at vi er villige til å revurdere våre oppfatninger når det er nødvendig, og at vi kan begrunne våre meninger og handlinger.

Denne høsten har psykologforeningen nedsatt en arbeidsgruppe som ser på kravene til evidens i spesialistutdanningen, og hvordan prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis kan operasjonaliseres til konkrete kriterier fagutvalgene kan bruke i sin vurdering av utdanninger som søkes godkjent til spesialiteten. Det er ett tiltak for å styrke den kunnskapsbaserte tilnærmingen. Det finnes mange flere. Ingen av dem handler om at alt skal begrunnes med randomiserte studier, eller om å drepe engasjement eller hindre ytringsfrihet. Engasjerte psykologer som tror på det de gjør er fantastisk, de trenger vi flere av! Men vi må kunne begrunne det vi sier, og det vi gjør. Og vi må kunne begrunne det godt. Som psykologer har vi makt over personer i sårbare situasjoner. Da må vi basere våre valg på den til enhver tids beste tilgjengelige kunnskapen.

Hjelp oss med å oppdatere medlemslistene!

Oppdater arbeidsinformasjonen din på medlemssidene slik at vi kan fortsette å jobbe effektivt for dine rettigheter og fordeler.



Van Pham, rådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen
Foto: Psykologforeningen

En del av arbeidet sekretariatet gjør på vegne av foreningen og dens medlemmer krever ofte at vi har informasjon om hvilke arbeidsforhold medlemmene våre har. Informasjonen vi henter inn brukes til alt fra kollektive forhandlinger, utforming av politikk og i dialog med myndighetene og beslutningstakere. For at vi skal kunne nå ut til riktig del av medlemsmassen er vi avhengige av at medlemsregisteret vårt er oppdatert, særlig når det gjelder hvor dere som medlemmer har deres arbeidsplass.

Tidligere i år sendte vi ut og gjennomførte en undersøkelse blant medlemmer ansatt i kommunal sektor, og i disse dager sender vi ut en undersøkelse til medlemmer som jobber i privat sektor. For å få

bedre oversikt over hvor vi skal sende denne undersøkelsen trenger vi altså din hjelp. Dette gjør du enkelt ved å logge inn på din medlemsside og oppdatere arbeidsplass. Der er det mulig å oppdatere både hovedarbeidsgiver og biarbeidsgiver, og hele prosessen tar bare noen minutter. Vi oppfordrer deg til å gjøre dette uavhengig av hvilken sektor du jobber i! Vi er interessert i å vite hvor du jobber, enten det er i et helseforetak, som selvstendig næringsdrivende, i et helprivat aksjeselskap eller en stiftelse med eller uten offentlig finansiering.

Når vi får innhentet informasjon fra medlemmer i de forskjellige delene av arbeidslivet gir det oss et godt grunnlag for arbeid fra sentralt hold. Dette gir sentrale tillitsvalgte et solid faktagrunnlag for å fatte beslutninger. I tillegg gir det dere som medlemmer gode argumenter i møte med arbeidsgiverne deres der ute. Hvis du for eksempel har søkt på en stilling i en kommune

som nøler med å tilby dekning av spesialisering utgifter, vil det kunne være nyttig å vite hvordan dette er for andre psykologer i kommune-Norge. Visste du at godt over 90 % av psykologer ansatt i kommunen får fri med lønn og dekket kursavgift for å delta på spesialisering?

Kanskje er du en psykologspesialist som har fått et tilbud fra en privat klinikk, men de nøler med å gi deg spesialistpermisjon slik du har hatt i helseforetaket du jobber i? En medlemsundersøkelse vil enten kunne si at det er veldig vanlig å få dekket dette i den delen av privat sektor du har søkt deg til – så hvorfor skulle ikke din potensielle nye arbeidsgiver også tilby deg det samme? Eller kanskje vil statistikken avsløre at veldig få får dette, noe som kanskje også vil påvirke hvorvidt du egentlig kunne tenkt deg å jobbe der.

I tillegg til at dere bidrar med relevant informasjon, gjør dere det også mulig for oss å nå ut til dere med nytt om aktuelle medlemsaktiviteter. Det arrangeres blant annet seminarer og webinarer for de som er eller

«For at vi skal kunne nå ut til riktig del av medlemsmassen er vi avhengige av at medlemsregisteret vårt er oppdatert.»

ønsker å bli næringsdrivende, samt kurs for tillitsvalgte i diverse sektorer gjennom samarbeidet i Akademikerne. I foreningen arrangeres det også åpne spørretimer og medlemsmøter hvor vi gjerne ønsker flere deltakere, samt andre nyttige arrangementer både for medlemmer og tillitsvalgte. Utsendelse av slike invitasjoner og informasjon baserer seg på hva slags arbeidsgiver du har registrert i vårt medlemsregister.

For å hjelpe oss, trenger du bare å logge inn på dine sider via foreningens nettsider, og alt du trenger for dette er en mobiltelefon. Der kan du enkelt registrere både hoved- og biarbeidsgivere. Dersom du har spørsmål knyttet til hvordan du registrerer arbeidsforholdet og hva du skal registrere det som, er det bare å ta kontakt med oss. Vi i Jus- og arbeidslivsavdelingen er som alltid tilgjengelige for spørsmål og råd knyttet til problemstillinger som dukker opp i arbeidet og yrkesutøvelsen deres!

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



GRUNNUTDANNING I EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: www.emdrutdanning.no

Kronisk traumatisering og traumerelatert dissosiasjon

12 dagers kursrekke (4x3 dager) med
Arne Blindheim og Marianne Straume (psyk. spes.)

Oslo, februar 2025 – november 2025

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

www.krisepsykologi.no



SPESIALISTUTDANNELSE i mentaliseringsbasert psykoterapi

Institutt for Mentalisering arrangerer et tre-årig utdannelsesforløp i spesialisering i psykoterapi med fordypning i mentaliseringsbasert terapi.

Målgruppen for spesialiteten er psykologer som har gjennomført fellesprogrammet og skal arbeide med oppgaver der psykoterapeutisk kompetanse er relevant.

Ved gjennomføring av programmet vil kandidatene motta 160 timers teori og få 120 timers metodespesifikk veiledning. Alle disse veiledningstimene er inkludert i kurssamlingene. Krav til omfang og form er fastsatt av Norsk Psykologforening (NPF) og danner rammene for innhold til både teori og veiledning på utdannelsen.

Sted: Holberg Kurs og konferansesenter, Oslo

Datoer: 12 samlinger, til sammen 48 dager fordelt over 3 år. Oppstart september 2025.

For påmelding og informasjon, se www.mentalisering.no



Enkeltkontorer for helseaktører i Bergen sentrum.

Sentrale enkeltkontorer i kontorhotell i **Strandgaten 59**, ideelt for aktører innen helse som ønsker en god beliggenhet i Bergen. Utformet med ventesone for pasienter. God arena for relasjonsbygging og faglige diskusjoner innen helsesektoren.

Finn kode: 370091263

Kontakt oss på:
Tlf: 979 67 612
E-post: malin@midgardgruppen.no



MIDGARD

Mindfulness MBSR kurs

med psykologspesialister

Et 8 ukers forskningsbasert mindfulness kurs for deg som vil lære om stressmestring, finne større indre ro, tilstedeværelse, selvaksept, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde

Kursstart 29. januar 2025

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 24 timers vedlikeholdskurs



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson, psykologspesialister og MBSR lærer

Påmelding og kursinformasjon:
www.mindfulnesskurs.org

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

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

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post

tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

eller telefon 23 10 31 33



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

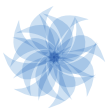
Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2025 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo, e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Søknadsfrist 3. januar 2025.



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



Undersøkelse av oppmerksomhet med CCPT-3 og BRIEF

Målgruppe

Psykologer som i sin praksis møter pasienter med mulige spesifikke vansker med oppmerksomhet.

Målsetting

Nyansere forståelse av oppmerksomhetsvansker: ulike måter å være uoppmerksom på, og uoppmerksomhet som problem ved en rekke lidelser (ikke bare ADHD).

Kursinnhold:

Utredning av oppmerksomhet bør gjøres både med spørreskjema og test. Hver av dem har ulike feilkilder som gjennomgås og drøftes. De to mest brukte verktøyene Conners' CPT-3 og Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) gjennomgås, og kliniske eksempler presenteres og drøftes.

Etter kurset

Forstå kompleksiteten i problematikken, men få verktøy til å redusere usikkerhet.

Kursledere er Jens Egeland og Olaf Lund.

Kurset godkjennes som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister.

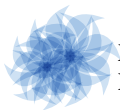
Sted og dato: Oslo, 23.-24. januar 2025

Medlemspris: kr 8 300,-

Påmeldingsfrist: 19. desember 2024

Kursnr.: 20UND25007

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



Norsk psykologforening
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

Toårig utdanning i gruppeskjematapi

Kursholdere: Psykologspesialist Erlend Aschehoug og psykolog/psykoterapeut Eva Barkman.

Gruppeskjematapi er en gruppebasert skjematapi som understøtter dyptgående og langvarig endring av personligheten vår eller visse deler av den. Undervisningen er modulbasert og følger de internasjonale retningslinjene til International Society of Schema Therapy (ISST).

Kursrekken søkes godkjent som vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 15. januar 2025

Sted: Kongsvinger, Fjellgata 14.

Oppstart: 27. mars 2025

Pris: 35 000 kr for samtlige kursmoduler inkl. lunsj, kaffe og frukt. Veiledningsutgifter kommer i tillegg.

Hjemmeside for påmelding:
psykologbehandling.no

Kontakt:
erlend@psykologbehandling.no



INSTITUTT FOR SKJEMATERAPI

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. desember**, frist for å bestille annonse til desemberutgaven er **15. november**

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

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



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2024

SPESIALPLASSERING:

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. Nettannonserne har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonseres i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12.24	15.11.24	02.12.24
01.25	11.12.24	02.01.25

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/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

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

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

**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

Varmedlemmer

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,
evakarinfoevaas@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
RETTPSYKOLOGI 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 Høy,
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

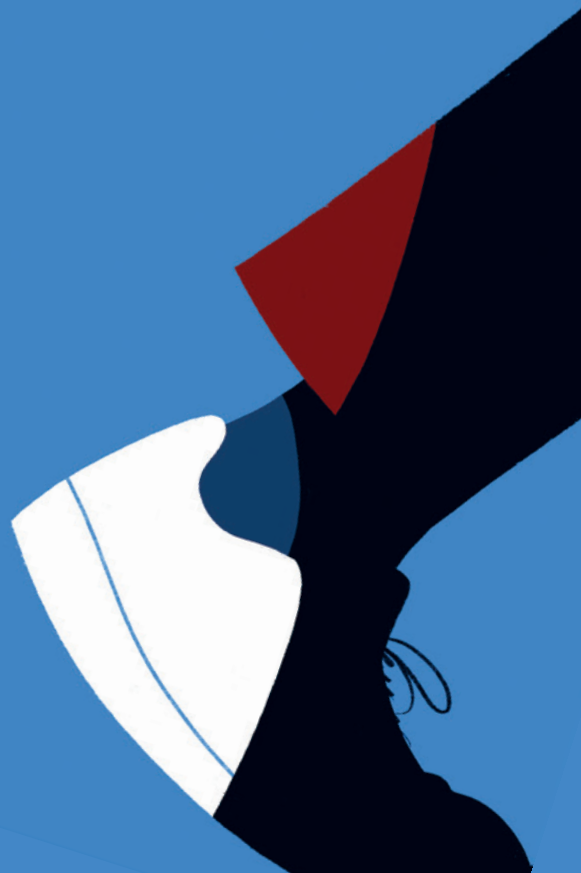
Utdanningsavdeling

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



Innhold

- 734 **Utvanning av profesjonsstudiet i psykologi**
Aktuelt | Nanna Skram
- 740 **Emosjonell jubileumskonferanse for IPR**
Kommentar | Daniel W. Gunstveit
- 743 **Intersubjektiv terapi med barn og unge**
Fra praksis | Moe et al.
- 751 **Behandling på bortebane**
Forskningsintervju | Matt Oxman
- 752 **Språkdeprivasjon hos døve og hørselhemmede**
Fra praksis | Cathrine Olaussen
- 758 **Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene**
Originalartikkel | Arner & Grepperud
- 766 **Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering**
Ny vitenskapelig artikkel | Dahlgren et al.
- 767 **Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress - en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina**
Ny vitenskapelig artikkel | Bjørknes et al.
- 768 **Psykologiprofessor Arvid Ås og den norske premieren på posthypnose**
Artikkelkommentar | Ole Johan Reine
- 772 **Hjelp til assistert selvmord**
Etikkpanelet | Rebecka Mikkelsen
- 776 **MENINGER**
Debatt: Så mye livssmerte (s. 776),
Arbeidssatsingen som rant ut i sanden (s. 779),
Seleksjonsvirksomhetens tvetydighet (s. 780)
Kronikk: Statsbudsjett og tomme lovnader (s. 782)
- 787 **Et psykologfaglig blikk på arbeidslinja**
Nye stemmer | Maria Igland
- 790 **INNTRYKK**
Bokessay: Den uløselige klimakrisen (s. 790)
- 799 **Annonser**
- 802 **Stillingsannonser**