

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYK KOL OGI

Vol.56 nr.03 2019

Cynthia Bulik:

- Spiseforstyrrelser tar bolig i relasjonen

Forskningsintervju

**ANKER I
NORMALITET**

Vitenskapelig artikkel

**Jørgen Sundby
og kolleger:**

- Vi trenger uhildede sakkyndige

Meninger

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-03



RETURUKE 15 185 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 3** 2019

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165

Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

Redaksjonssjef Per Olav Solberg (debattansvarlig),
perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS
Ivar Iversen, frilanser

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus
Astid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Fraværspolitik

«**OM IKKE PSYKOLOGENE VIL** bestemme over fremtiden – gjør noen andre det for oss», skrev Jarle Refnin for 12 år siden. (Se Fra arkivet, side 184.) Ser vi på helseforetakene, virker nettopp «noen andre» å bestemme: År etter år ber Bent Høie sykehusene om å prioritere psykisk helse og rus. Mens helseforetakene gjør tvert om og lar somatikken vokse mest.

Heller ikke psykologer virker å bestemme all verden: «Hverken jeg eller Psykologforeningen kan ta ansvar for at helseforetakene ignorerer sin eier», skriver foreningens president, Tor Levin Hofgaard. Han er ikke enig i påstanden til Håkon Kongsrud Skard – en utfordrer kandidat til presidentvervet – om at den sittende presidenten har sovet i timen når nedbyggingen av psykisk helsevern har fortsatt år etter år. (Les mer om og fra de to presidentkandidatene i denne utgaven og på nett.)

Når verken profesjoner eller politikere bestemmer i helseforetakene, er dette en følge av Stoltenberg-regjeringens helseforetaksreform i 2001. Reformens kongstanke var at sykehusenes eierskap skulle vekk fra politisk styrte organer, og at en «bedriftsledelse» ikke ville ha råd til å gi etter for krav fra mektige profesjoner og velgergrupper, skriver Aslak Bonde i Morgenbladet (15. februar). Slik slapp man interesseorganisasjonenes tidvis sterke innflytelse, enten det gjaldt pasientorganisasjonene eller profesjonsforeningene. Men det svekket også den politiske styringen. Og foretakene ble seg selv nok.

I dag virker det som om pasienten er invitert inn i varmen igjen, i hvert fall hvis vi skal tro regjeringens slagord «pasientens helsetjenester». Også Hofgaard betoner at pasienten må settes først i spesialisthelsetjenesten, selv om også kvalitet og kompetanse er viktig. Samtidig forteller psykologer i spesialisthelsetjenesten at deres tjenester forvitrer. Ja, mange steder foregår det en spesialistflukt fra de samme tjenestene, fra det offentlige til det private, hevder Håkon Kongsrud Skard. Slik svekkes tilbudet til de svakest stilte pasientene.

Landskapet kompliseres ytterligere ved at kommunene i mange tilfeller overtar de pasientene spesialisthelsetjenesten ikke kan yte hjelp til, og kommunens psykiske helsetjenester kan derfor også omtales som tredjelinjetjenesten. Denne delen av tjenestetilbudet snakkes det langt mindre om enn lavterskeltilbud, kommunepsykologer og forebyggende tiltak. Kanskje fordi dette koster langt mer av ressurser enn vi liker å tenke på. Og fordi kommunen sliter minst like mye som andre deler av tjenesteapparatet med å rekruttere rett kompetanse.

Det viktigste med en kamp om presidentvervet er kanskje derfor at den synliggjør hvilke veivalg foreningen kan ta, enten det er i første-, andre- eller tredjelinje (og i samspillet mellom disse). Og ikke minst hvilke følger disse valgene får for pasienter og pårørende, psykologer og helsearbeidere, stat og kommune. Slik blir fagforeningspolitikk til helsepolitikk og (kommune)politikk. Det gir forhåpentligvis drahjelp til langt flere enn psykologprofesjonen når det psykiske helsetilbudet skal bestemmes. ✘



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Landskapet kompliseres ytterligere ved at kommunene i mange tilfeller overtar de pasientene spesialisthelsetjenesten ikke kan yte hjelp til

148/150/186

FOTO: ARNE OLAV L. HAGEBERG



UTFORDRES

Det blir kamp om presidentvervet i Norsk psykologforening fram mot landsmøtet til høsten. Nåværende president Tor Levin Hofgaard (bildet) utfordres av Håkon Kongsrud Skard som ønsker mer oppmerksomhet på psykisk helsevern.

Nå, Aktuelt, Meninger

154

FOTO: FARTEN RUDIORD



VILLA-FELLESKAPET

Kultur- og aktivitetshuset Villa Walle er et møtested for folk som av forskjellige grunner er utenfor det ordinære arbeidslivet. - Her lager vi våre egne krykker. Det er billigere enn å få dem av helsetjenesten, sier en av medlemmene i villa-fellesskapet.

Reportasje



DRØMMEN OM A4-LIVET

Når endringer i selvopplevelse kombineres med A4-livet, opplever pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse bedring

Vitenskapelig artikkel

Innhold

- 145 **Fraværspolitik**
Leder | Bjørnar Olsen
- 148 **Kandidaten**
NÅ: Håkon Kongsrud Skard | Ida Holth
- 150 **Går for tre nye år**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 154 **Tar skjeen i egen hånd**
Reportasje | Nina Strand
- 166 **Anker i normalitet – Betringsprosessar hjå menneske med rus- og psykisk lidning**
Vitenskapelig artikkel | Elisabeth Adams Kvam et al.
- 178 **Når psykisk helsevern arbeider for jussen**
Faglig innspill | Kirsten Rasmussen et al.
- 182 **To om bedring**
Forskningsintervju: Cynthia Marie Bulik | Kjersti Gulliksen
- 185 **MENINGER**
Hovedinnlegg: En nødvendig kursendring | Håkon Kongsrud Skard (s. 186)
Debatt: Psykologforeningen (s. 189), Utviklingspsykologi (s. 190), Kommunepsykologi (s. 192), New Public Management (s. 194), Sakkyndighet (s. 195)
- 199 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: Differensialdiagnostisk koldtbord (s. 200), En svært god lærebok om demens (s. 204), Kunnskap reduserer skam (s. 206), Usunn ulikhet (s. 210), Språkfølelse | Hans Andreas Tvedt (s. 208)
- 213 **Kurskalenderen**
- 213 **Annonser**
- 217 **Stillingsannonser**

I SLEKT Håkon Kongsrud Skard er nominert til presidentvervet i Psykologforeningen av Oslo lokalavdeling. Skard er forøvrig barnebarnet til Psykologforeningens første sekretær og senere formann Åse Gruda Skard.



Kandidaten

Psykologforeningen har blitt for sentralisert, mener presidentkandidat Håkon Kongsrud Skard. Det vil han gjøre noe med.

TEKST Ida Holth

FOTO

Brian Cliff Olguin

– **Du har nettopp blitt lansert som ny presidentkandidat i Psykologforeningen av Oslo lokallag – hvorfor trengs det en forandring?**

– Jeg har vært bekymret for utviklingen i psykisk helsevern en god stund. Den ble forsterket av at stadig flere studenter jeg møtte på universitetet fortalte at de gruet seg til å gå ut i arbeidslivet, noe som var en helt annen opplevelse av arbeidslivet enn da jeg gikk ut. Jeg begynte derfor å utforske dette mer og snakket med kollegaer om denne endringen. I den prosessen ble jeg fra flere ulike hold oppfordret til å stille til presidentvervet.

– **Enkelte hevder at Psykologforeningen har for lite kontakt med grasrota – har du noen tanker om det?**

– Jeg tenker at Psykologforeningen har fremstått som mer sentralisert og toppstyrt i de senere årene. Beslutninger starter i større grad i sekretariat og i Kirkegata, og formidles så ut i medlemsmassen snarere enn at det er lokallagene som initierer saker inn til landsmøtet. Flere forteller også om å melde inn saker som ikke følges tilstrekkelig opp. Sentralisering er ikke galt i seg selv, men jeg tror det er uheldig for en demokratisk medlemsorganisasjon.

– Har du et eksempel på en prosess som har gått den veien?

– Et eksempel er arbeidet med hovedsatsningsområder, der det ble gjort en god jobb i forkant, men som så ble det presentert som et temmelig ferdig produkt å ta stilling til. Jeg ønsker å være mer aktiv overfor medlemmene, gå ut og høre på hva de er opptatt av og hva de trenger av foreningen i sin fagutøvelse, og så kunne agere på det, snarer enn å sitte å tenke hva som kan være smart for dem i deres fagutøvelse, og handle på det.

– Hvilke saker ønsker du å fremme?

– Først og fremst utviklingen i psykisk helsevern, men det er ikke ment som en nedprioritering av andre områder. Jeg ønsker fortsatt satsning på forebyggende tiltak og at lavterskeltjenester skal kunne utvikles i kommunene. Jeg er også opptatt av en tettere dialog med universitetene for å få en større helhet i utdanningen og spesialiseringen.

– Hvorfor er det viktig for deg?

– Fordi universitetene melder at de opplever at spesialiseringen i varierende grad henger sammen med grunnutdanningen, og det er også noe av opplevelsen jeg sitter med i voksenutvalget. De universitetsansatte opplever også Psykologforeningen som ganske irrelevant i deres arbeidshverdag. De frykter at vi kan havne i en situasjon hvor det ikke lenger er psykologer som underviser i psykologi på universitetene og ser på det som uheldig. Jeg vet ikke om det er sant, men det er noe jeg ønsker en dialog med universitetene om.

– Arne Holte twitret som svar på ditt debattinnlegg (se innlegg side 186) at vi ikke kan behandle oss til psykisk helse – vil du kommentere på det?

– Dette er ikke et enten-eller-spørsmål. Hvis ressursene i kommunene faktisk skal kunne brukes til forebygging og tidlig innsats, må vi ha et adekvat behandlingsapparat, for ellers vil ressursene bli brukt opp av dem med de mest alvorlige behovene. Og i tillegg, det er en del som kommer for sent til forebyggingsfesten, og de har også behov. Hvis forebygging over tid reduserer behovet for behandling, er ingenting bedre enn det, men det er noe vi eventuelt ser om tyve år. Frem til da ser jeg på det som feil å skulle bygge ned behandlingstilbudet.

Hvorfor NÅ?

- 11. februar lanserte Oslo lokallag Håkon Kongsrud Skard (40) som ny presidentkandidat for Norsk psykologforening.
- Kongsrud Skard er ansatt som psykologspesialist ved Vinderen VPA, og underviser sisteårs-studenter ved Psykologisk institutt, UiO, en dag i uken.
- Han sitter som nestleder i fagutvalget for voksenpsykologi i Psykologforeningen og i forhandlingsdelegasjonen ved Diakonhjemmet sykehus.
- Valg av president i Psykologforeningen skjer på Landsmøtet i september i år.

– Hvilke belegg har du for at det skjer en nedbygging av behandlingstilbudet?

– Den gylne regel har ikke noen vedtatte rapporteringsmål. Bent Høie snakker om kortere ventetider, foretakene kan peke på økt aktivitet, som om dette er indikasjonen på god behandling! Vi har mange tall som belegger et redusert tilbud, men det viktigste for meg er at psykologer i foretakene forteller om å ikke kunne levere faglig tilfredsstillende tjenester. Foretakstillitsvalgte jeg snakker med beskriver et enormt arbeidspress. Dette gir ineffektive behandlingsforløp.

– Og da blir jo neste spørsmål: Hva vil du gjøre med de problemene?

– Jeg har ikke noen magisk løsning på dette, og kan ikke love konkrete resultater. Men det har vært for lite fokus på disse problemene fra foreningen sentralt. Og det er også flere eksempler på at foreningen ikke har deltatt på viktige arenaer

– Noen eksempler?

– For eksempel diskusjonen i etterkant av medioppslagene om suicid i psykisk helsevern. Her var ikke Psykologforeningen representert, så vidt jeg vet. Eller da Raskere tilbake-midlene, som vi jobber under her [på Diakonhjemmet], skulle inn i rammen, altså vanlig drift, var det ikke noen selvfølge at midlene skulle videreføres på psykisk helse. Psykologforeningen var ikke en del av denne diskusjonen. Psykologforeningen har heller ikke vært opptatt av regional utviklingsplan til Helse Sør-Øst og forholdene ved kommende sykehusbygg, som jo handler om dimensjoneringen og plasseringen av helsetilbudet til halvparten av landets befolkning. Det er en viktig sak, men den virker å være fraværende i foreningen. Det er også et par kontroversielle temaer vi må tørre å diskutere. Slik som pakkeforløp og innsatsstyrt finansiering. Dette er konkrete realiteter som påvirker spesialisthelsetjenesten alt nå. Og jeg sier ikke at jeg er noen tilhenger av verken pakkeforløp eller innsatsstyrt finansiering, men per nå har holdningen vært: Vi er imot pakkeforløp, vi er imot innsatsstyrt finansiering, og så stopper det der. Men innsatsstyrt finansiering er innført i somatikken, pakkeforløp er innført i psykisk helsevern. Da hjelper det ikke bare å være imot. Da må man være en del av dialogen om hvordan dette forvaltes. ✘

Går for tre nye år

Den sittende presidenten har ikke glemt spesialisthelsetjenesten. Han jobber med den hver dag, sier han. Og brenner for å digitalisere foreningen.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Brian Cliff Olguin

- SPESIALISTHELSETJENESTEN ER det vi jobber aller mest med her på huset, og det jeg jobber mest med til daglig. Det er der vi har de fleste medlemmene våre, det er der vi får flest tilbakemeldinger om at alt ikke nødvendigvis fungerer som det skal. I tillegg har satsingen på kommunene, delvis vært begrunnet med at spesialisthelsetjenesten skal begynne å fungere bedre.

Psykologtidsskriftet møter sittende president Tor Levin Hofgaard (51) på kontoret til Norsk psykologforening i Oslo sentrum. Kommunikasjonssjefen hans har ønsket å vite innhold og vinkling på intervjuet før avgjørelsen om å stille opp.

På vei til intervjuet går vi forbi «møterom Skard» i etasjen over presidenten, oppkalt etter legenden Åse Gruda Skard, bestemoren til han som nå har tatt kampen opp mot Hofgaard om å bli øverste psykologleder. Presidentutfordrer Håkon Kongsrud Skard ønsker ny kurs, noe vi skal komme tilbake til.

UTFORDRES

Det er uvanlig med kamp om toppvervene i Psykologforeningen, men det skjedde også i 2007, da Hofgaard ble valgt som president første gang. Nylig ble Håkon Kongsrud Skard lansert av Psykologforeningens lokalavdeling i Oslo som deres presidentkandidat. Foreløpig har også Buskerud sagt at de støtter Skard.

Psykologtidsskriftet har spurt alle sentralstyremedlemmene om hvem de vil ha som leder.

– Jeg kjenner ikke til Håkon Kongsrud Skard. Men jeg vet at en president i Psykologforeningen må klare å stå i bresjen for hele bredden i foreningens interesseportefølje. Det gjør dagens president, skryter Britt Randi Hjartnes Schjødt.

Heller ikke varamedlem Rudi Myrvang kjenner den nye kandidaten, men han tenker generelt sett at det er fint med litt konkurranse om presidentvervet. Så får landsmøtet velge.

– Nåværende president gjør en utmerket jobb, samtidig som han nå har sittet i 12 år og fire perioder. Det er jo ikke ønskelig at han ender opp i et horn på veggen, svarer Myrvang.

– *Hvorfor vil du fortsette som president, Hofgaard? Du er ikke redd for å ende opp i et horn på veggen?*

– Jeg vil fortsette fordi det er store, viktige prosjekter som vi er i ferd med å lansere, og som vi har lansert, og som jeg vil dytte fremover. Det gjelder både som fagforening, faglig forening og som den utdanningsinstitusjonen Psykologforeningen jo er.

– *Vil du si noen ord om et par av disse prosjektene?*

– Innenfor fagpolitikken, som de fleste tenker er viktig, er det å sikre at vi får på plass en



PRESIDENTKANDIDATENE Tor Levin Hofgaard (øverst) har vært president i Norsk psykologforening siden 2007. Nå blir han utfordret av Håkon Kongsrud Skard.

spesialisthelsetjeneste som faktisk har kvalitet og kompetanse i førersetet. Og som setter pasienten først.

SPESIALISTHELSETJENESTEN

Lokallagsleder Even Rognan i Buskerud, som støtter Skard, ønsker et nytt blikk på utfordringene i spesialisthelsetjenesten. Hofgaard vil gjøre mye annerledes innenfor denne delen av helsetjenesten.

– Vi har lent oss framover og sagt at vi vil ha en lederreform i spesialisthelsetjenesten som lager et vanntett skott mellom de pasientnære lederne og pasientene, opp mot det finansieringssystemet som finnes i helsetjenestene. Vi anerkjenner at man må ha et finansieringssystem i et skattebetalt helsesystem, men det finansieringssystemet skal ikke treffe pasienten.

I tillegg ønsker Hofgaard å fronte en kamp for å få på plass det han kaller livsmestring, som en kvalitetsmålsindikator for helsetjenesten. Han vil ha en kvalitetsmålsreform.

– Det skal bli det viktigste kvalitetsmålet vi har. Vi må måle hva pasienten vil i sitt liv. Og hvordan skal vi hjelpe pasienten dit med de helsetjenestene vi har?

Dette er de to store, viktige prosjektene han mener vil føre til at pasienten skal få det bedre. Og for at arbeidsvilkårene for psykologer skal bli bedre.

KOMMUNEPSYKOLOGENE

I tillegg til en lederreform og kvalitetsmålsreform i spesialisthelsetjenesten vil Hofgaard fronte en kamp for å få på plass en kommunehelsetjeneste som leverer psykisk helsetjenester til den delen av befolkningen som ikke trenger spesialisthelsetjeneste, men som har behov for hjelp i en annen tjeneste.

– Kommunehelsetjenesten er ikke der i dag at de kan levere på det. Vi har fått lovfesting av psykologer, det er et skritt på veien. Men jeg vil at det skal bli én dør inn til en tverrfaglig helsetjeneste der psykologen sitter i team med fastlegen og andre i førstelinjetjenesten.

Han vil også gjøre det enkelt for dem som jobber i barnehager, skoler og i fritidsordninger å kontakte et støtteapparat i førstelinjetjenesten, så de kan få hjelp til å møte de barna som sliter.

– Støtten skal være én telefon unna.

Dette er de store fagpolitiske prosjektene Hofgaard vil rulle i gang.

– Jeg har vist at jeg har gjennomføringsevne i den typen prosjekter. Dette kan jeg bidra godt til å lande.

– *Din utfordrer Skard er opptatt av spesialisthelsetjenesten. Er det først nå du og Psykologforeningen har rettet oppmerksomheten mot denne helsetjenesten?*

– Forslagene til hvordan vi konkret vil endre spesialisthelsetjenesten, er noe vi akkurat har »



– En president i Psykologforeningen må klare å stå i bresjen for hele bredden i foreningens interesseportefølje. Det gjør dagens president

*Britt Randi Hjartnes Schjødt,
sentralstyremedlem*



– Det er jo ikke ønskelig at han ender opp i et horn på veggen

*Rudi Myrvang,
varamedlem i sentralstyret*

spilt inn i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen. Vi sendte innspillene for rundt halvannen uke siden.

Det er også spesialisthelsetjenesten foreningen arbeider mest med, og kommunesatsningen er dels begrunnet med at det vil gi en bedre fungerende spesialisthelsetjeneste, påpeker Hofgaard. Han forsikrer at foreningen har avklart med tillitsvalgte at de deler ledelsens syn på hvor foreningen skal sette inn støtet.

– *Har du oversett utfordringene i spesialisthelsetjenesten?*

– Nei. Det er vanskelig å overse noe vi snakker så mye om. Vi har politisk verksted to ganger i året, vi har lederkonferanser og mange andre muligheter til å få med oss og jobbe med det som skjer i spesialisthelsetjenesten. Vi har mange folk her på huset som hver dag jobber med spesialisthelsetjenesten og for de som jobber der.

Hofgaard understreker at landsmøtet har gitt ham i oppdrag å legge vekt på kommunehelsetjenesten som et spesielt satsingsområde.

– Og det gjør jeg. Men det er en tydelig link mellom kommunehelsetjenesten og arbeidsvilkårene i spesialisthelsetjenesten. Hver gang jeg snakker med medlemmer om det, så er de enig i at en slik link eksisterer.

Det kan ifølge presidenten godt hende at Psykologforeningen sentralt kunne kommunisert bedre alt det de jobber med.

– Nyhetsbrevene vi sender ut til 6000 medlemmer hver sjettede uke, inneholder for eksempel mye nyttig informasjon om hva vi gjør i spesialisthelsetjenesten, men det er bare rundt halvparten som åpner det. Det betyr at det er mange som ikke får innsikt i det vi driver med.

DIGITALISERING

– Jeg brenner veldig for at vi må gå fra å være en analog til å bli en digital forening. Både i spesialistutdanningen og som fagforening er vi i dag analoge. Jeg tror at de rundt 5000 medlemmene som kommer de neste ti årene, vil forvente at vi er digitale.

Hofgaard fremholder at det finnes flere som går på digitale studier på Harvard per år, enn det noen gang har gått på campus, gjennom hele Harvards historie.

– Vi skal ikke bli Harvard, nødvendigvis. Men vi skal kunne levere den typen tilbud til medlemmene. Fordi de ikke nødvendigvis kan

reise så mye, og kanskje de ikke bør reise så mye heller, som de må gjøre i dag for å gå på kurs. Vi må som fagforening levere på dette, og også som utdanningsinstitusjon. Det er den veien utdanningene går.

Spesialistutdanningen er helt analog i dag, ifølge Hofgaard. Det betyr at en psykolog må reise til et eller annet sted i Norge, sitte ved en pult og høre på en forelesning.

– *Hva vil du konkret gjøre for at Psykologforeningen skal bli digital?*

– Jeg vil de tre neste årene starte prosessen med å digitalisere Psykologforeningen. Det er ikke lett å gjøre det, det er kostnadskrevenende. Det vi har snakket om i sentralstyret allerede, er at vi må begynne å digitalisere utdanningene våre. Det betyr ikke at vi bare skal ha digitale kurs. Vi må utrede og finne ut hvordan vi skal digitalisere.

BLOGG

Selv skriver presidenten jevnlig på sin blogg på DagensMedisin.no. I tillegg har Hofgaard eget domenenavn og sin egen blogg. Her legger han ut tekster han har skrevet i andre sammenhenger, som Dagens Medisin, Aftenposten og NRK. Og nylig la han ut teksten «Tre nye år» hvor han skriver om hvorfor han vil stille seg «til disposisjon i tre nye år». Han har også en egen twitterkonto.

– Twitterkontoen er privat, sier Hofgaard.

– *Betyr det at du alltid twitrer etter arbeidstid?*

– Nei, men det jeg twitrer, er privat. Psykologforeningen har sin egen konto.

Om twittermeldingene er private eller ikke, handler ikke så mye om når på døgnet de blir sendt, men om saksinnholdet i meldingene, mener advokat Vidar Strømme, ekspert på blant annet medierett.

– Og om det er uttrykkelig sagt om det er privat eller ikke privat. Hvis han sier «dette er min mening», må man jo stole på det, sier Strømme.

Forøvrig har Psykologtidsskriftets journalist i en periode vært blokkert på twitter av Hofgaard.

– Blokkeringen på twitter hadde jeg helt glemt. Det må være lenge siden jeg la det inn og kan ikke huske hvorfor, sier han.

ELTE

Etter at norske myndigheter i 2016 nektet psykologkandidater fra det ungarske ELTE-universitetet autorisasjonsrett i Norge, har saken preget nyhetsbildet med jevne mellomrom. Hofgaards syn er at ELTE-saken avdekket at det var stor uforutsigbarhet for studenter som dro til utlandet.

– Det førte til store problemer for en del studenter. Så opplever jeg at norske myndigheter har funnet en løsning de mener er faglig forsvarlig. Når de blir godkjent som lisenspsykolog, er det greit, hvis norske myndigheter mener det er greit.

– *Studentene går til rettssak mot staten, den kommer opp i oktober, ifølge psykologisk.no.*

– Det vet jeg ingenting om.

– *Neste spørsmål er om du håper at ELTE-studentene vinner rettssaken i oktober.*

– Jeg håper ELTE-studentene, gjennom det programmet som det er lagt opp til nå, kan jobbe som psykologer i Norge. ✘

Presidentkamp i Psykologforeningen

- Tor Levin Hofgaard (51) har vært president i Norsk psykologforening i fire perioder, til sammen 12 år.
- Hofgaard ønsker en ny periode som president.
- Lokalavdelingene i Oslo og Buskerud vil bytte ut Hofgaard med Håkon Kongsrud Skard (40).
- Håkon Kongsrud Skard og hans støttespillere ønsker fornyelse og en ny kurs for Psykologforeningen, blant annet med større oppmerksomhet på spesialisthelsetjenesten.
- Se også NÅ på side 148 og Meninger på side 186 og 189.

REPORTASJE

Tar skjeen i egen hånd

Gro og Anna står utenfor det ordinære arbeidslivet, men jobber frivillig timevis hver uke ved kultur- og aktivitetshuset Villa Walle i Bærum. – Det er en utopi at alle skal kunne ha en ordinær jobb, sier daglig leder i villaen.

TEKST Nina Strand | FOTO Fartein Rudjord





SNART LUNSJ Gro Stenberg og Anna Felföldi forbereder dagens lunsj som kan kjøpes for 30 kroner. «Jeg trenger ikke terapi. Jeg strikker» står det på forkledet til Gro.



PSYKISK HELSE I KOMMUNE-NORGE

Frem mot kommunevalget 2019 retter

Psykologtidsskriftet søkelyset mot psykisk helsefeltet i et utvalg norske kommuner.

Først ute er Bærum.



Januar går mot slutten, det er nysnø, og midt i den lange bakken opp fra Sandvika i Bærum dukker Villa Walle opp. Den ærverdige sveitservillaen med utsikt mot Oslofjorden, som for hundre år siden var polfarer Otto Sverdrups familiebolig, er i dag et livlig møtested for kulturglade asker- og bærumsfolk med utfordringer av ymse slag. De fleste av dem uten ordinært arbeid. Midt på formiddagen kan de delta på yoga, korøvelse, eller i malergruppe. Eller ta et tak på kjøkkenet, i hønsehuset eller på kontoret. En stor og dedikert gjeng legger ned flerfoldige timers frivillighetsarbeid på huset hver eneste uke.

Klokka nærmer seg 11 en onsdag formiddag. Fotografen og jeg børster av oss snøen og stiger inn i den trange entreen. Snart skal den tomme knaggrekka på veggen fylles av vinterjakker og varme skjerf, men akkurat nå er det stille i den store villaen. Vi ønskes velkommen

av daglig leder Marianne Bruusgaard, som skal vise oss husets mange rom og aktiviteter. Ifølge Marianne har villaen drøyt 220 medlemmer som i varierende grad bruker tilbudet. På en vanlig dag er rundt 20 personer innom, ofte mer. Terapi er ikke blant tilbudene i villaen, og det er ikke helsepersonell på huset.

– Ledelsen og medlemmene deler en tro på at tilhørighet i et fellesskap og et mangfold av arenaer der en kan bruke sine ressurser, er noe vi trenger. Også, og ikke minst, når man opplever helseutfordringer. Menneskemøtene er hjertet i driften, sier Marianne, som legger til at de også prøver å påvirke samfunnet og arbeidslivet til større forståelse og romslighet.

LANGBORDSAMTALE

Omvisningen begynner. Foran oss åpner den staselige spisestua seg. Blikket trekkes mot det store vinduet mot hagen og fjorden, og mot det hundre år gamle tapetet med blomster som gløder i oransje og dypgrønt på sølvgrå bakgrunn. Stua domineres av et robust langbord som innbyr til å slå seg ned for en prat, eller til bare å sitte litt på avstand og lytte til praten, hvis man ønsker det. Da jeg to uker tidligere besøkte Villa Walle for første gang, fikk jeg delta i en åpenhjertig samtale ved dette bordet. Mai Britt Hausland, som jobber frivillig på kjøkkenet, hadde plassert en nybakt fruktkake på bordet, og mens

FOR DE «NERVESLITNE» Villa Walle ble gitt som gave til Bærum kommune av de tidligere huseierne Margit og Bjarne Walle, som ønsket at huset skulle være et tilbud til «nerveslitne». På initiativ blant annet fra Mental Helse kom man i gang med kultur- og aktivitetshuset Villa Walle i 2004.



tekoppene ble sendt rundt, begynte en samtale om språk. For blant de som jevnlig bruker Villa Walle, foretrekker mange å kalle seg medlemmer eller deltakere istedenfor brukere.

Aktivitetene på huset er startet og ledet av deltakerne selv. Rundt bordet er de enige om at det er en avgjørende forskjell på Villa Walle og dagsentrene flere har erfaring med.

– Folk kommer inn med kunnskap de har fra før, sier Tor Husby, som er kunstnerisk veileder på huset. Elisabeth Karlsen nikker. Hun har økonomiutdannelse fra BI og erfaring fra et revisjonsfirma, men har strevd psykisk i mange år.

– Jeg var såkalt svingdørspasient med en lang rekke innleggelses før jeg kom hit i 2014. Først jobbet jeg mye på kjøkkenet. Nå bidrar jeg med regnskapet, sier Elisabeth, som nå har vært uføretrygdet i 15 år.

– Å gå på Villa Walle er godt for meg, og det har gjort meg mer stødig. Til tider er jeg veldig ustabil, og da er det fint å ha Villa Walle så jeg ikke isolerer meg hjemme. Selv på mine dårligste dager er jeg velkommen. Jeg får bidra med det jeg klarer og kan, og får pause fra arbeidsoppgavene når jeg trenger det.

Villa Walle ble gitt som gave til Bærum kommune av de tidlige huseierne Margit og Bjarne Walle, som ønsket at huset skulle være et tilbud til «nerveslitne». På initiativ blant annet fra Mental Helse kom man i gang med kultur- og aktivitetshuset Villa Walle i 2004, og huset har nå

VIL KNUSE MYTER – Det ligger nær å tenke at den som er uføretrygdet, er en byrde og en utgiftspost for samfunnet. Det er langt fra sannheten. For det første er trygden ganske lav, samtidig som uføretrygdede bidrar med mye verdifullt arbeid for samfunnet og for fellesskapet. Dette arbeidet er lite synlig og dermed lite anerkjent, sier daglig leder ved Villa Walle, Marianne Bruusgaard.



KONTORLYKKE Gunvor Langeland er ansatt i halv kontorstilling, med ansvar for datasystemer, hjemmeside og «duppeditter» av ymse slag. Villa Walle er ikke et sted hvor folk graver seg ned i elendigheten, mener hun. – Det er noe med en ærlighet om livet, en felles forståelse av at det går i rykk og napp. Mange kommer hit og finner en slags aksept for at livet er som det er, og når man greier det, frigjøres det mye energi til å finne på ting å gjøre som gjør hverdagen bra.

sin plass i kommunens helsetilbud. Da Villa Walle skulle etableres, reiste en forprosjektgruppe rundt i landet for å se etter mulige modeller. De vurderte å opprette et Fontenehus (se faktaboks s. 157), men ble mer inspirert av Amalie Skrams hus i Bergen. Her vektlegger de også aktiviteter innenfor kunst og kultur. Seks regionale brukerstyrte sentre kom til i årene etter dette, for som ledd i Opptappingsplanen for psykisk helse har Helsedirektoratet siden 2006 gitt tilskudd til opprettelsen av slike sentre. Sentrene skal fungere som regionale ressursbaser for brukerkompetanse.

Marianne kom fra Rådet for psykisk helse til lederstillingen ved Villa Walle i 2011. Hun mener studier i psykologi, kriminologi, kultur og etikk og deretter sexologi og familieterapi la et godt grunnlag for refleksjoner rundt annerledeshet og utenforskap. Praksis som miljøterapeut likeså.

– Det viktigste jeg har med i jobben, er likevel levd liv, sier hun.

– Du sier at dere ikke er en helseinstitusjon, og at dere ikke driver med terapi. Men flere av medlemmene sier de har stor glede av samtaler med deg?

– Jeg har en god del en-til-en-samtaler med enkelte av medlemmene. Men terapi er det ikke, sier Marianne.

BRYTER ISOLASJONEN

Mange av medlemmene har utfordringer med psykisk helse, andre har kroppslige plager, eller de kjente på utenforskap som gjorde at de oppsøkte villaen. Flere av dem har erfart at arbeidslivet ikke var et sted for



mestring og inkludering. I villaen kan man både få et mer aktivt liv og en tilknytning. Andre igjen ønsker språktrening, eksempelvis Anna Felföldi, som er fra Ungarn. Hun oppdaget villaen, og tenkte at her kunne hun videreutvikle ferdighetene sine i norsk. Som grafiker har hun også tegne- og malerkurs for medlemmene. En annen deltaker med kompetanse på dyr bidro til at Villa Walle skaffet seg høner. Nå er det dannet en hønsegruppe som året rundt sikrer forsvarlig hønsehold.

Praten ved langbordet glir over på erfaringer med hjelpeapparatet. Gunvor tar ordet med en fortelling om å ha både fysiske og psykiske helseutfordringer, som på det meste gjorde at hun gikk på 14 typer medisiner.

– Spesialistene satt på hvert sitt kontor og bare la på og la på medisiner, sier hun.

Bivirkningene var store. Blant annet opplevde hun det hun kaller et «demens-aktig hukommelsestap», og la på seg over 30 kilo. Da diagnosen ble endret fra bipolar til posttraumatisk stresslidelse, kunne hun i samarbeid med fastlegen slutte med medisinene. Kiloene rant av, hjernen ble klar og effektiv igjen. PTSD stemte mer med hennes egen opplevelse.

VOND SPIRIK

Vi følger daglig leder Marianne inn i dagligstua med sofa og myke lenestoler. Midt i harmonien av mahogni og smånips henger to store tavler med utklipp fra aviser. Overskrifter som «Slutt for Villa Walle» og

PAPIR-DOKUMENTASJON Tapeten i spisestua på Villa Walle i Sandvika forteller om velstående eiere med sans for kvalitet og skjønnhet. Sveitservillaen fra 1889 fikk en unik historie – fra å være privat bolig for blant annet polfarer Otto Sverdrup til dagens status som kultur- og aktivitetshus. Avisoppslagene forteller om perioder med usikkerhet og frykt for manglende oppløsning i Bærum kommune. I dag er daglig leder Marianne Bruusgaard ganske trygg på villaens plass kommunens tilbud.



KUNSTVEILEDER Tor Husby er kunstnerisk veileder ved Villa Walle. Her gir han råd til Marianne Loe. Med sin solide kunstneriske utdanning nedlegger han mye arbeid i villaen hver uke. – Jeg er arbeidslivsufør, ikke arbeidsufør, sier han til Psykologtidsskriftet. – Slik er det med mange her. De jobber *mye*. Jeg kunne ikke vært i et arbeid som krever stabilitet over lang tid, men i gode perioder kunne jeg hatt en deltidsjobb. Jeg savner mer bevissthet om hvordan en kan inkludere arbeidstakere med psykiske helseutfordringer, sier han.

«Redder Villa Walle» forteller om perioder med frykt for manglende kommunal oppslutning, og forslag om nedleggelse av villaen til fordel for andre kommunetilbud. I dag håper hun at situasjonen er trygg, hun føler at de ulike kommunetilbudene har funnet sin plass i fredelig sameksistens.

Marianne gleder seg når deltakere får ordinært arbeid, eller begynner med en utdanning. Hun har vært referanse for flere som hadde en liten jobb på villaen, noe som bidro til at de fikk en ordinær stilling med høyere prosent. Samtidig betoner hun at det ofte er flere faktorer som virker sammen når noen får jobb.

Hun etterlyser mer kreativitet – fra både NAV og arbeidsgivere – i anstrengelsene for å tilby tilpasset arbeid. Hun har hørt om tre personer med helseutfordringer som fikk dele på en stilling, og kunne dekke opp for hverandre i dårlige perioder. Dette er et eksempel på at folk med svingninger i helsa kan føle seg trygge på at arbeidsoppgavene blir ivaretatt når de selv ikke klarer å jobbe. Likevel mener hun det må være aksept for at ikke alle kan ha som mål å komme seg i vanlig jobb.

– Det er et sprik mellom politiske visjoner og realiteter her, og dette spriket kan være vondt å leve i. For arbeidslivet er ikke alltid så inkluderende som man skulle ønske når man sliter med psykiske helseplager. Noen erfarer gang på gang at det å være i en vanlig jobb gjør dem syke, sier Marianne.

Villa Walle

- Et kultur- og aktivitetshus med varierte tilbud. I tillegg til kreative aktiviteter er det mulig å engasjere seg i oppgaver knyttet til drift av tilbudene, eller å bidra til å holde hus og hage i god stand.
- Tilbyr arbeidspraksis i samarbeid med NAV, eller praksisplass knyttet til ulike studier.
- Er åpent for alle som søker et fellesskap, noe å gjøre, nye erfaringer, inspirasjon til å komme tilbake i jobb, studier eller finne nye veier i livet.
- Deltakerne er den bærende kraften i aktivitetene og den daglige driften.

Fontenehus

- Frivillige arbeidsfellesskap for mennesker som har, eller har hatt, psykiske helseproblemer.
- Medlemmer og ansatte kolleger driver sammen et erfarings- og kunnskapsbasert, arbeidsrettet rehabiliteringstilbud.
- Husene drives etter internasjonale standarder for fontenehus. Det første fontenehuset startet i New York i 1948 av tidligere pasienter ved psykiatriske sykehus. I dag finnes det 14 fontenehus i Norge.

Kilder: villawalle.no og fontenehuset.no

Hver dag fascineres hun over å se hvor mye arbeidskapasitet noen har når de får friheten de tross alt har på Villa Walle. Derfor har hun laget slagord, som ofte siteres i villaen: Vi må verdsette det *originale* arbeidslivet, ikke bare det ordinære!

- INKLUDERINGSVILJEN FINNES

Daglig leder Marianne etterlyser mer kreativitet for å få folk inn i arbeid. Men er det realistisk? Ja, ifølge Ingeborg Malterud, spesialrådgiver i Arbeid og inkludering i NHO. Hun synes det er spennende at lederen ved Villa Walle er opptatt av hva arbeidsgivere konkret kan gjøre for å inkludere folk med helseutfordringer.

– «Jobsnekring» er et godt eksempel. På den enkelte arbeidsplassen pusler man sammen et sett arbeidsoppgaver som passer til den aktuelle arbeidstakerens kompetanse, sier spesialrådgiveren, som understreker at dette ofte forutsetter at bedriften får hjelp – fra arbeids- og inkluderingsbedriftene og fra NAV – til for eksempel å se hvordan arbeidsoppgaver fra forskjellige avdelinger kan kombineres til en stilling.

Malterud erfarer at mange næringslivsledere ønsker mer inkludering, men at det kan strande på grunn av manglende interesse for næringslivets perspektiv hos dem som jobber for inkludering. Nettopp ved å også se arbeidsgiverens behov vil man kunne gi et best mulig jobbtilbud til den enkelte arbeidssøker. Fallgruven er at man bruker mye tid på å forstå

– Ledelsen og medlemmene deler en tro på at tilhørighet i et fellesskap og et mangfold av arenaer der en kan bruke sine ressurser, er noe vi trenger

Marianne Bruusgaard

- Jo mer man vektlegger at alle skal i arbeid, jo mer stigmatisert blir det å ikke være i arbeid

Marianne Bruusgaard

og bli kjent med arbeidssøkerens ressurser og begrensninger, men ikke nok tid på å bli kjent med og forstå *bedriftens* muligheter og begrensninger. Resultatet kan bli feilplasseringer.

- Man bruker opp verdifull tid for bedriften. Samtidig rammer dette en gruppe arbeidstakere som burde slippe nok en manglende mestringsopplevelse, sier hun.

EN ANNEN NORMALITET

Å ha meningsfulle aktiviteter, et fellesskap og noen å dele måltider og feire høytider sammen med, er godt og viktig for alle mennesker, sier et medlem til oss. Marianne mener de har utviklet en annen normalitet på Villa Walle, og siterer kunstveileder Tor, som sier at han ikke er arbeidsufør, men arbeidslivsufør. Hun vil at vi skal ha to tanker i hodet på en gang. Arbeidslivet må legge vekt på tilrettelegging og inkludering. Samtidig må samfunnet akseptere at det til enhver tid vil være folk som av ulike grunner står utenfor arbeidslivet.

- Tenk deg å leve i en kultur der alle snakker om at det viktigste er at man er i ordinær jobb, hvordan er det da stå opp hver dag og vite at dette funker ikke for meg? Og så få krav om å prøve enda en gang når du har så mange erfaringer med at arbeidet gjør deg syk. Jeg mener at jo mer man vektlegger at alle skal i arbeid, jo mer stigmatisert blir det å ikke være i arbeid, sier Marianne, som møter mange som er slitne av arbeidstiltak som ikke fører til noe.

Det ligger nær å tenke at den som er uføretrygdet, er en byrde og en utgiftspost for samfunnet. Men det er langt fra sannheten, resonnerer Marianne og regner annerledes. For det første er trygden ofte lav, samtidig som uføretrygdede bidrar med mye verdifullt arbeid for samfunnet og for fellesskapet, mener hun. For to år siden skrev hun et debattinnlegg i lokalavisen Budstikka, der hun viste til en politiker som hadde rost frivilliges innsats for dem sliter med å bli integrert. Men frivillig-innsatsen gjøres ofte *av* de som faller utenfor arbeidslivet, ikke bare *for* dem, var hennes poeng: «nettopp i denne mangfoldige gruppen av folk finnes massevis av frivillig innsats. Frivillig innsats av folk på trygdeytelser er lite synlig og dermed lite anerkjent», påpeker hun.

MULIGHETENES HUS

Marianne vil gjerne vise oss mer av huset, og mot strømmen åler vi oss forbi medlemmer som er på vei inn i dagligstuen og til dagens lunsj tilberedt av kjøkkenansvarlig Gro Stenrud og Anna Felföldi.

Bak en dør innerst i kjelleren har musikerne i Rap Clinic faste øvingslokaler. I dag forbereder de en minikonsert for lokale politikere i en kommunal bolig noen kilometer unna. Mens de fortsetter øvingen, klatrer vi opp trappa fra kjellerdypet, og tar en tur ut i hagen for å se hønsehuset Villa Wagle, designet og snekret sammen i 2017 som en miniatyrversjon av Villa Walle. Når hønene får øye på hønse-ansvarlig Gunn-Tove Vetås, vet de at det er mat å få. De kakler ivrig, og stimler sammen rundt Gunn-Tove, som har fått tilnavnet «hønemor» av villa-medlemmene. I dag skal hun lære opp et nytt medlem i hønsestell, de trenger å være flere.

Vel inne igjen, tar Marianne oss med opp i annen etasje, der malergruppa er godt i gang. I dag er temaet akvarell, og villaens kunstveileder,



GJENSIDIG GLEDE Gunn-Tove er villaens høneansvarlig. Når hun går ned til hønsegården, kommer hønene løpende mot henne mens de kakler forventningsfullt. Det å høre godlydene hønene lager mens de spankulerer rundt i hagen, opptatt av sine hverdagssysler, kan endre en dårlig dag for flere av oss. Flere her starter dagen hos hønene, forteller Gunn-Tove i villaens egenproduserte bok: *Villa Walle. Kokebok – for nerveslitne.*



Tor Husby, inspirerer gruppa ved å vise dem lyset og fargespekteret i Kåre Tveters meditative vinterlandskap. Han snakker om snøens gylne fargetoner og de kjølige detaljene som bryter med varmen i snøen. Så setter de 8–10 deltakerne i gang med sine egne pensler og farger.

POLITIKERBESØK

Det ringer på døra. Bærumspolitiker Eirik Bøe fra Venstre har invitert seg selv, han vil bli kjent med Villa Walles plass i kommunens tilbudsjungel.

– Vi blir for avhengig av de frivillige, de strekker seg for langt, sier Marianne til politikeren.

Hun mener kommunen i for stor grad baserer seg på frivillig innsats, oppgaver settes ut til frivillige istedenfor å satse på deltidsstillinger som kunne gitt en litt lavere terskel inn til arbeidslivet for folk med psykososiale helseproblemer. Nylig så hun at kommunens frivillighetssentral etterlyste noen som kunne drive en lesesirkel for innvandrerkvinner. Det skulle være et ledd i språkopplæringen.

– Da tenker jeg at kommunen heller kunne opprette en liten stilling innenfor kultur og litteratur. En slik stilling kunne for noen vært en overkommelig anledning til å spe på trygden sin. Hvorfor kunne ikke kommunen gjort det lettere for arbeidsgivere å administrere små stillinger?

RAP FOR POLITIKERE I et trangt kjellerlokale på Villa Walle har gruppa Rap Clinic øvingslokaler. – Vi trenger ikke terapi, vi spiller i stedet, roper de muntert til journalist og fotograf. Om et par timer reiser de til en kommunal bolig og skal spille for et tjuetall bærumspolitikere. Vi får en liten smakebit: «Jeg dropper ikke jobben fordi jeg er lat, jeg dropper jobben fordi jeg er desperat,» synger vokalist med artistnavnet Smith.

Bærum skulle heller ha som ambisjon å skryte av småstillingene sine enn av frivilligheten, sier hun.

Politikeren lytter, men er nøye med å si at han nå er her for nettopp det: lytte og lære. Før han går, sørger Marianne for å få frem et perspektiv som hun brenner spesielt for.

– Psykisk helse handler om så mye mer enn helsetilbud, understreker hun.

– Hva dere enn gjør: Ikke sett opp prisene på kollektivtransporten! Jeg møter folk her som ikke har råd til bussen, og som ikke har råd til å gå på en kunstutstilling eller på kino. Dette skaper skillelinjer og utenforskap, og det gjør at mange ikke får deltatt på aktiviteter som er inkluderende, og som skaper god psykisk helse.

SINE EGNE KRYKKER

I etasjen over rydder malergruppa sammen staffeli og malerutstyr. I dag ble gruppa supplert med en mann som er ny på Villa Walle. Han synes det er befriende å bli kjent med nye mennesker gjennom å gjøre noe sammen, som å male. Man hopper på et vis over den innledende konversasjonen, som kan bli litt stiv og anstrengt. Når man deler refleksjoner om kunst og om det man prøver å få til i sin egen kunst, blir samtalen åpne og personlige, synes han, og smiler skjævt:

– I malergruppa snakker vi sammen om det vi gjør, og det alle er dypt engasjert i. Her lager vi våre egne krykker. Det er billigere enn å få dem av helsetjenesten. ✕

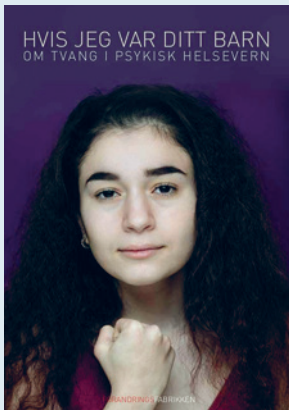
- Her lager vi våre egne krykker. Det er billigere enn å få dem av helsetjenesten

Medlem på Villa Walle

AKTUELT

- Lytt innover

BILDE: FORANDRINGSFABRIKKEN



- Lytt til det som ligger bak de smertefulle uttrykkene våre, og stopp oss på en trygg måte, ikke med tvang. Dette var ungdommenes klare budskap da de lanserte Forandringsfabrikkens rapport «Hvis jeg var ditt barn» mandag 18. februar. Rapporten bygger på intervjuer med 63 ungdommer mellom 16 og 18 år som har vært i behandling i psykisk helsevern. Undersøkelsen tar utgangspunkt i hva ungdommene selv opplever som tvang, som holding, beltelegging, fotfølging, tvangsmedisinering og skjerming.

I rapporten kan man lese ungdommenes

egne definisjoner av disse begrepene, hvordan det oppleves, og hva som kan gjøres annerledes. De forteller at slike tiltak anvendes uten gode begrunnelser, og at reglene om at alt annet skal være prøvd før tvang settes i verk, ikke overholdes. Et gjentakende tema er at ungdommer i døgn-

behandling ikke forteller om det som ligger bak de smertefulle uttrykkene, som overgrep og erfaringer av å ikke kunne stole på voksne. Når de som utfører tvang, ikke kjenner til ungdommenes traumatiske bagasje, vekker tvangen ofte traumatiske minner om tidligere krenkelser. Da svekkes ungdommenes tillit til voksne. Som erstatning for bruk av tvang etterlyser de «trygg stopping». Hva «trygg stopping» er for den enkelte, kan variere, og man bør ifølge ungdommene selv snakke med hver og en som kommer til behandling om hvilke smerteuttrykk barn og ungdom kan ha, og hva hun eller han da trenger. Rapporten inneholder anbefalinger til endring i lovverket om tvang i psykisk helsevern for barn og unge.

Tekst: Kjersti Gulliksen

VITSKAPELEG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 166-177 FAGFELLEVDERT

ELISABETH ADAMS KVAM, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

HANNE WEIE ODDLI, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

ANNE LANDHEIM, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

KONTAKT e.adams.kvam@gmail.com

ANKER I NORMALITET

- Betringsprosessar hjå menneske med rus- og psykisk lidning

Forsking på pasientar sine eigne erfaringar med å få det betre har ofte poengtert at betringsprosessar er djupt individuelle, unike prosessar. Basert på intervju med personar med samtidig rus- og psykisk lidning trer det fram ei sosialt situert endringshistorie som er komplementær til ei slik individualistisk forteljing.

Dei av oss som strever med rusproblem, har oftare psykiske lidningar enn andre, og menneske med psykiske lidningar strever oftare med rusproblem enn dei utan (Helsedirektoratet, 2011; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006). Personar med samtidig ruslidning og psykisk lidning, gjerne kalla dobbeltdiagnosepasientar, har ofte falle mellom fleire enn to stolar i hjelpeapparatet. Dette trass i at det å streve med rusproblem og psykiske vanskar samstundes heng saman med omfattande og langvarige problem i liva til dei det gjeld (Mueser, Linderoth, & Andersen, 2006), og dermed større hjelpebehov. Dette paradokset – at tenestene strever med å nå dei av oss som treng hjelpa mest – speglar seg også i forskingslitteraturen, som ofte handsamar høvesvis rus og psykiske vanskar kvar for seg (Handong & Weng, 2016; Hoertel, Le Strat, Lavaud, Dubertret, & Limosin, 2013; Moberg & Humphreys, 2016). Når strukturane i hjelpeapparatet ikkje har svart til behova brukarar har, og hjelpa ikkje har ført fram, har resignasjon og hjelpeløyse av og til ført til at pasientar blir erklært «umotiverte» eller «behandlingsresistente». Eit døme på at søking etter forklaringar på vanskar med å nå fram med hjelpa ofte har fokusert på eigenskapar ved pasientane framfor eigenskapar ved behandlinga eller

.....

Denne artikkelen er ei vidareutvikling av førsteforfattaren si hovudoppgåve, levert ved Psykologisk institutt, UiO i 2016.

ABSTRACT

Anchor in normality: Recovery processes among people with co-occurring substance use disorders and severe mental illness

The objective of this study was to elaborate on the core psychological concepts of change and recovery by exploring change processes from patients' perspectives. An important motivation was to expand existing knowledge on recovery among those of us who struggle with co-occurring substance use disorders (SUD) and severe mental illness (SMI), a demographic which by exclusion criteria in care systems as well as research traditions is often not given due attention. The method chosen was semi-structured interviews with eight users of an outreach treatment team for people struggling with co-occurring SUD and SMI, six of which were subjected to a grounded theory analysis. The core category, *an anchor in normality*, describes change-facilitating aspects of interactions with health care and public services, as well as clients' identity work. The results highlight that what users experienced as facilitating recovery in change processes is twofold. Social inclusion was described as «being offered an anchor in normality», while patients also described «feeling more normal» as idiosyncratic identity processes.

Keywords: drug addiction, severe mental illness, recovery, change mechanisms, qualitative

»

terapeutane, viser Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen og Duckert (2013) si metaanalyse av studiar om dropout frå rusbehandling, som fann at 91 % av studiane fokuserte på eigenskapar ved pasientane.

Forskarar har dei siste tiåra sett nærare på pasientar sine eigne erfaringar med å få det betre – med eller utan støtte frå hjelpeapparatet. Gjennom kvalitativ intervjuforskning (for ein gjennomgang, sjå De Ruyscher, Vandevælde, Vanderplasschen, De Maeyer, & Vanheule, 2017) har ein søkt etter kunnskap frå eit tidlegare lite utforska perspektiv: Kva kan vi lære av erfaringane til personar som sjølv har levd med ruslidingar og alvorlege psykiske lidingar? I framhaldet av eit slikt fokusskifte tek Levitt, Pomerville og Surace (2016) til orde for at eit hovudmål for psykoterapiforskinga bør vere «å styrke terapeutar si forståing av klientar, og gjennom å anerkjenne klientar som endringsagentar i timar støtta eit paradigme som ser klienten sjølv som den viktigaste hjelparen» (s. 1, vår omsetjing).

Vendinga mot å studere erfaringane til menneske som sjølv har levd med psykiske vanskar og rusproblem (det vi kan kalle førstehandsperspektiv på betring), som Levitt og medarbeidarar (2016) tek til orde for å gi større plass i forskning og klinikk, har ofte innebore ei understreking av at vegen til å få det betre er heilt unik for kvar enkelt. Ein mykje sitert definisjon er at «Betring er ein *djupt personleg, unik* prosess med endring av eigne haldningar, verdiar, kjensler, mål og/eller rollar» (Anthony, 1993, vår omsetjing og utheving). Sett i ein historisk samanheng der menneske med rus og psykiske vanskar ofte har blitt møtt med moralisering eller fordømming, har ein definisjon som løftar det unike enkeltindividet, utan tvil hatt ein viktig korrigerande og avstigmatiserande funksjon. Samstundes er budskapet om at betring handlar om å finne ein heilt eigen veg som er unik for enkeltindividet, kritisert for å underminere tydinga av sosiale forhold (Topor, Borg, Di Girolamo, & Davidson, 2011). Klinisk psykologi og andre helse- og sosialfag sin aukande tendens til å føretrekke individualterapeutiske intervensjonar har frå ulike hald fått liknande kritikk for å bidra til å individualisere kollektive problem (t.d. Kam, 2014; Madson, 2014). Både kritikkpunkt baserer seg på ein tanke om at det finst fleire moglege forteljingar om korleis problem oppstår og i sin tur kan

løysast. Forklaringar som fokuserer på enkelt-personar og deira psykologi, blir forstått som så vidt dominerande at andre moglege forståingsmåtar forsvinn ut av syne. Parallelt med dette vil ein i eit kulturpsykologisk narrativt perspektiv tenkje at personlege forteljingar som utgjer identiteten til enkeltmenneske, er knytte til kva forteljingar som er kulturelt tilgjengelege på ein gitt plass til ei gitt tid (Hammack, 2008). Gjennom å studere overordna forteljingar i kulturen kan vi lære noko om moglege forteljingar enkeltmennesket kan skape i strevet etter å forstå seg sjølv og skape identitet, og omvendt kan enkeltmenneske sine historier bli ei linse inn i forsøket på å forstå kva overordna historier som er kulturelt gyldige. Fordi ulike historier gir rom for ulike løysingar, er det viktig å utforske kva forteljingar som til ein gitt plass i ei gitt tid får status som dominante narrativ (Hammack, 2008).

Det å leggje pasientar sine eigne problemforståingar til grunn er fundamentalt sett frå ei kontekstuell forståing av terapi (Oddli & Rønnestad, 2012; Wampold & Imel, 2015), der det å tilby pasientar kulturelt passande forklaringsar er føresetnader for vellukka terapi. Utforskinga av førestillingar om korleis problem oppstår, og korleis dei kan løysast, må finne stad i det partikulære møtet mellom hjelpar og hjelpesøkande, men kan også utforskast på eit overordna nivå. Evna til å forstå og leve seg inn i pasientar sine perspektiv har dessutan ein positiv samanheng med utfall i behandling (Elliott, Bohart, Watson, & Greenberg, 2011). Dermed er det avgjerande å samle kunnskap om førstehandsperspektiv både for å kunne utvikle betre behandling og betre tenester, og for å styrke terapeutar si forståing av livsverda til menneska dei møter.

Spørsmålet om korleis menneske som tradisjonelt har falle mellom stolar i hjelpeapparatet så vel som i forskingslitteraturen, forstår sine eigne betringsprosessar, var utgangspunktet for denne studien. Gjennom å vende oss til personar som sjølv har levd og strevd med alvorleg rusmisbruk og alvorlege psykiske lidingar, har vi søkt å utforske kva forteljingar om endring som trer fram.

METODE

Informantane blei rekrutterte blant pasientar i eit team for personar med samtidig rus og psykisk liding (heretter ROP-team) i eit norsk fylke.

Det aktuelle teamet blei oppretta med formål om å styrke det eksisterande tilbodet for denne pasientgruppa gjennom å koordinere kommunale og spesialisthelsetenester og gi behandling i tråd med nasjonale retningslinjer. Teamet har mål om å arbeide oppsøkjande, og sørge for kontinuitet i tenestene til brukarane; det er tverrfagleg samansett, har ikkje medisinsansvar og disponerer ingen sengeplassar. Da tilsette i teamet rekrutterte informantar til studien, låg følgjande inklusjonskriterium til grunn: a) Personen skulle ha vore i kontakt med ROP-teamet i minst to år og b) skulle sjølv oppleve å ha det betre enn før kontakten med teamet.

Seks personar, fire kvinner og to menn mellom 26 og 49 år, deltok i studien. Kontakten med ROP-teamet hadde vart frå 27 til 29 månader. Alle informantane oppfylte kriteria for rusavhengigheit ved inntak i teamet: Opiat og amfetamin var hovudrusmidla til fem informantar, medan éin primært sleit med alkoholproblem. I tillegg fylte kvar av dei diagnosekriteria til minst éi alvorleg psykisk lidning: alvorleg eteforstyrring, psykoseliding og/eller personlegdomsforstyrning. Alle hadde bak seg innleggingar i psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling, og to informantar var ved inntak i teamet underlagt tvungent psykisk helsevern utan døgnopphald i institusjon. Fire informantar var utan fast bustad ved inntak i teamet, medan to budde i høvesvis kommunal og privat bustad. Ved intervjutidspunktet hadde alle seks fast bustad; tre budde i privat bustad og tre i kommunal bustad. Alle seks var utan arbeid ved inntak i teamet; med unntak av at éin var i arbeidstiltak ved intervjutidspunktet, heldt dette seg stabilt. Ved intervjutidspunktet var tre i sambuarforhold. Medan ein av dei einslege fann mykje støtte i sin familie, var dei to siste så godt som utan sosialt nettverk. To informantar hadde barn som dei ikkje hadde den daglege omsorga for, og ein skulle snart bli forelder.

Det blei gjennomført åtte intervju. To av desse valte vi å ekskludere frå analysen fordi kvaliteten blei vurdert til å vere slik at tolkingane sto i fare for å ha utilfredsstillande validitet: Ein informant var svært ordknapp, og ein annan var påfallande springande. Desse to intervju gav dimed ikkje grunnlag for ein robust fundert analyse, slik dei resterande seks gjorde.

Informantane deltok i semistrukturerte intervju som førsteforfattaren gjennomførte i

mars-april 2016. Eit sentralt element i arbeidsmåten til teamet er å møte brukarane der dei lever, og det var også eit metodisk poeng i studien å snakke med informantane heime, der vi tenkte at mykje endring hadde funne stad (Brinkmann & Kvale, 2015). I eit intervju trakk informanten fram kriseplanen sin frå ein skuff, og i stua vi sat i, rollespelte han situasjonen som hadde funne stad i same rom sist han blei så sint at han nesten mista kontroll. Intervjuaren opplevde at det å treffe informantane på heimebane la til rette for ein tryggleik og ein form på utvekslingane som ikkje ville ha funne stad i ein annan samanheng. Kvale og Brinkmann hevdar at den materielle konteksten for kvalitative intervju ofte er oversett (Kvale & Brinkmann, 2009). Deira understreking av intervjuet som *kroppsliggjort utveksling* (Kvale & Brinkmann, 2009, vår omsetjing) svarer til erfaringa av at slik rike data gav djupn til analysane. Fleire av informantane sa at dei gjerne ønskte å dele av erfaringane sine til intervjuaren som, sidan ho snart var ferdig psykolog, kunne formidle desse vidare til andre i hjelpeapparatet. To av intervjuarane fann stad ved høvesvis samhandlingsteamet sine kontorlokale og eit kommunalt aktivitetssenter etter ønske frå informantane sjølve. Intervjuarane varte mellom 51 og 104 minutt.

Alle tre forfattarane samarbeidde om å utforme intervjuguiden, inspirert av Elliott (2011) sitt *Change Interview*. For å plassere samtalen i ein personleg relevant kontekst opna kvart intervju med å be informanten om å fortelje litt om livet før dei kom i kontakt med ROP-teamet. Rettleiande spørsmål i intervjuguiden fokuserte på informantane sine opplevingar av endring («Kva er det som har endra seg i livet ditt dei siste åra?»), og deira teoriar om kva terapeutiske og utanomterapeutiske forhold som høvesvis fasiliterer og hindrar endring («Kva er det som er årsakene til at desse endringane har skjedd?»); «Er det andre forhold i livet ditt som har gjort det vanskeleg for deg å få til endring?». For å gi rom for eit mangfald av forklaringsmodellar var spørsmåla opne, med unntak av nokre spørsmål som dreidde seg om rolla til samhandlingsteamet spesifikt («Er det noko du kunne trengt frå ROP/kontaktperson i ROP eller andre som har mangla?»). Førsteforfattar transkriberte intervjuarane ordrett, og noterte ned tidlege idear til kategoriar.



Det at fagfolk som sto i ein behandlerrelasjon til informantane, også kunne ta andre roller, gjorde at hjelpa blei oppfatta som fleksibel og relevant



Etikk. Prosjektet er godkjend av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk Sør-Aust. I artikkelen har informantane fått nye namn, og sitata er skrivne om der det var naudsynt for å ivareta kravet om konfidensialitet.

ANALYSE

Kvalitative analysar blei gjort ut frå ein modifisert versjon av konstruktivistisk grounded theory (Charmaz, 2014). I det analytiske arbeidet lét vi oss også informere av diskursive tilnærmingar, som narrativ teori (sjå t.d. McLeod, 2001; Riessman, 1993). Etter transkripsjon las førsteforfattaren gjennom alle intervju og gjorde ei initial koding der ho noterte ned spørsmål til teksten og tentative kategoriar for å stimulere refleksiv interaksjon med teksten. Deretter gjorde ho ein meir systematisk koding av eitt og eitt tekstsegment, med omgrepa betring og endring som rettleiande, sensitiviserande omgrep (Blumer, 1954). Parallelt med kodingsarbeidet førte ho i tråd med Charmaz (1995, 2003, 2014) metodiske notat, ein kombinasjon av tentative analytiske kategoriar og spørsmål til materialet med formål om å stimulere refleksivitet omkring eigne forforståingar og halde seg open for overraskingar i møte med materialet. Eit viktig prinsipp i grounded theory, *constant comparison*, innebar at ho i analyseprosessen rørte seg mellom heilskap og delar og kontinuerleg samanlikna kodar med tekstutdrag og andre kodar. Andre- og tredje forfattar bidrog i alle stadia av analysen. Forfattarane drøfta dei initiale kodane og kategoriane undervegs for å sikre semje om både analysen og resultatane. Koden som var på det høgaste abstraksjonsnivået, og som sto seg gjennom fleire rundar med analysing og re-analysering, er kjerne-kategorien som blei ståande som hjartet i analysen.

RESULTAT

Kjerne-kategorien *Anker i normalitet* famnar to gjensidig avhengige og utfyllande aspekt ved betringsprosessane slik dei trådde fram i materialet. På den eine sida hadde samspel med tenesteapparatet som informantane opplevde som betringsfremjande, til felles at dei på ulike måtar gav informantane større forankring i det dei kalla «normale liv». På den andre sida snakka informantane om å «bli meir normale», det vi forstår som identitetsarbeid omkring ei

indre forankring i normalitet. Fire underkategoriar skildrar kategori 1, og fire underkategoriar skildrar kategori 2 (sjå figur).

Forhold ved tenesteapparatet som

fasiliterer betring - å feste anker utover

Betringsfremjande interaksjonar med tenesteapparatet gav tilgang til betre materielle vilkår og bygde opp under informantane sin rett til ei stemme og eit betre liv.

Ein trygg heim er åstad for betring.

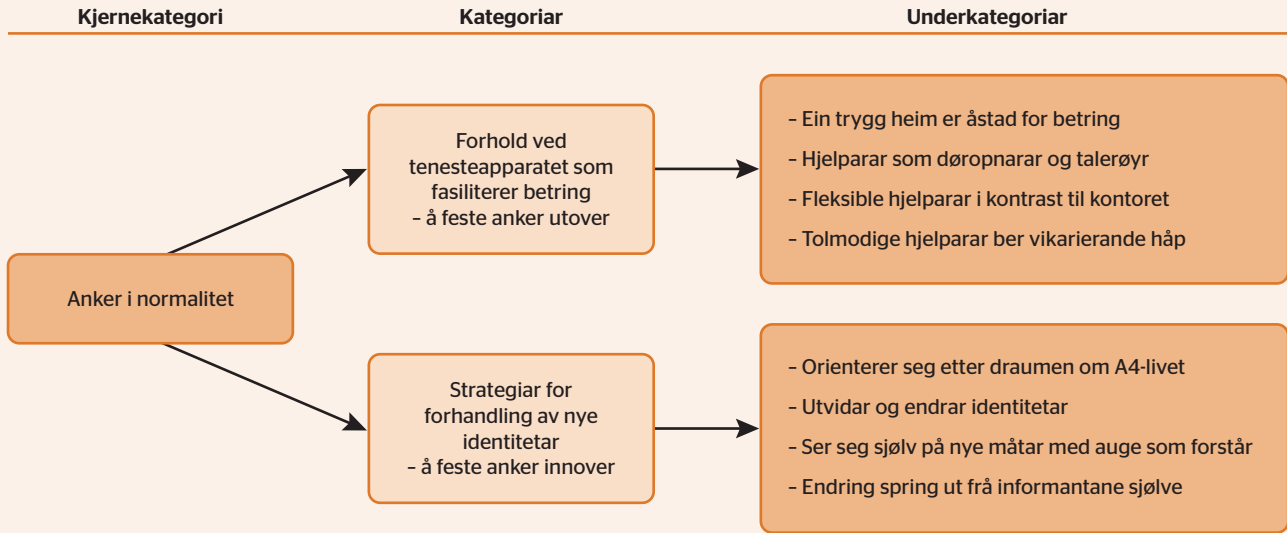
Det å få ein bustad som svarte til den enkelte person sine ønske og behov, blei snakka om som eit første steg mot eit anna tilvære. Informantane hadde endeleg fått ein fast og stabil busituasjon etter å ha mangla dette, eller dei hadde flytta frå ei løysing dei ikkje var nøgd med, og inn i ein ny og betre heim. Den nye, trygge heimen danna ramma for små endringar mot ein annleis og meir «normal» kvardag:

Ingrid: Jo, nei, det er deilig. Det gir jo meg litt mer vilje til å ... prøve å endre situasjonen min òg, lissom. For her har jeg jo ting å gjøre. Jeg har jo ovn her, så jeg må sørge for at jeg har ved til vinteren, og jeg får litt sånn huslige sysler, vet du. Skal ryddes og vaskes, og ... holdes ved like her inne.

Intervjuar: Du får litt å holde på med.

Ingrid: Jeg får litt normale sysler.

Forutan dei endra materielle føresetnadene og det tilhøyrande ansvaret heimen førte med seg, snakka informantane om at bustaden fungerte som eit symbol på håp eller fråvær av håp om endring frå hjelpeapparatet si side. For å forklare verdien av sjølve det å få tildelt ein heim, skildra fleire kontrasten; kjensla av å bli plassert i ein bustad berre på bakgrunn av tilhøyrsla til kategorien «rusmisbrukar». Det å få ein plass å bu som svarte til individuelle behov, kunne medføre ei kjensle av å vere «omprioritert» i tenesteapparatet. Ei slik omprioritering kunne vekke eller styrke ei kjensle av at endring var mogleg. Mange snakka om ein ny heim som ein føresetnad for andre endringsprosessar: Avstand til stigmatisering og moglegheita til å bli sett som ein nabo blant andre naboar var viktige følgjer av å flytte. Reint konkret innebar den trygge heimen som oftast ein avstand til sosial naud samt vanskelegare tilgang til rusmiddel. I tillegg til endra materielle føresetnader hadde tildelinga



FIGUR 1. Informantane opplever betringsprosessar som tosidige. Fire underkategoriar er knytte til forhold ved tenesteapparatet, og fire kategoriar dreier seg om identitetsforhandlingar.

av det som nettopp var ein *heim* og ikkje berre ein bustad, også sterk symbolsk verdi.

Hjelparar som døropnarar og talerøyr

Informantane snakka om at helse- og sosialarbeidarar kunne ha ei viktig rolle som pådrivarar i prosessen med å få tildelt ein ny bustad. Også i møte med institusjonar som NAV, spesialisthelsetenesta og fastlegen hadde det ofte vore avgjerande at hjelparar fungerte som talspersonar. Det var gjerne ikkje tilstrekkeleg at informantane visste kva dei trong for å kome i gang med å skape seg betre liv: Det var naudsynt med støtte frå fagpersonar som meistra tenesta sitt språk, og som dermed kunne grunngi og legitimere behova til informantane. Morten snakka om korleis han opplevde at ROP-teamet si styrking av hans stemme blei utslagsgivande i kommunikasjonen med NAV:

Morten: Så ringte de opp på hennes mobil, da. Og bare sa at «Ja, nei, du kom ikke på det møtet, og da får du ikke noe AAP», og var litt sånn ... Og da hadde hun [behandleren i ROP-teamet] bare sagt at «Vet du hva, vi har faktisk ringt og gitt beskjed, og nå snakker du med», ja, og sagt hvem hun var og sånn. Så da fikk jeg AAP allikevel. Altså, det er bare sånn ting som at de kan ...være der og hjelpe deg – hvis min stemme ikke er nok! Og det er mange eksempler på det.

Hjelparar som sto i ein annan posisjon overfor tenesteapparatet, kunne altså fungere som ei korrigerande stemme som talte informanten sin sak i samanhengar der det var snakk om vurderingar som hadde store konsekvensar. Døme på situasjonar der informantane snakka om at hjelparar kunne spele ei viktig rolle, var knytte til tvangsbruk og førarkortvurderingar. Ei fråsegn frå ROP-teamet kunne vere avgjerande for ein søknad om å få tilbake førarkortet, og nokre informantar skildra at teamet figureerte som støttespelar i møte med instansar som hadde mandat til å utøve tvang. Det at fagfolk som sto i ein behandlarrelasjon til informantane, også kunne ta andre roller, gjorde at hjelpa blei oppfatta som fleksibel og relevant.

Fleksible hjelparar i kontrast til kontoret

Når det var naudsynt, bidrog ROP-kontaktane ved praktiske gjeremål, som å gi skyss til tannlegebesøk eller bistand til å kome ut av eit økonomisk uføre. Informantane løfta fram fleksibilitet med omsyn til kva type, men også kvar og kva tid hjelpa blei gitt, som eit sentralt betringsfremjande aspekt ved ROP-teamet. Informantane sette pris på at dei blei oppsøkt heime, og nokre framheva moglegheita til å ringe kontaktpersonar også utanom ordinær arbeidstid. Mobilitet og tilgjengelegheit sørgde for kontinuitet sjølv i situasjonar eller periodar der det å kome seg til eit kontor ville vere (for) vanskeleg. »

Informantane sette den oppsøkande arbeidsforma i kontrast til «kontoret», ein metafor som gav figur til sider ved ordinære tenester som ofte blei opplevd som utilstrekkelege eller i konflikt med behova deira:

Tommy: Og med den der biten med å *ikke* sitte på kontor! Den har vært ... Den var spesiell i begynnelsen, men utrolig ...deilig nå! Det føles bare så ...ikke *kompis*, men en samtalepartner, da. Som du møter på en annen arena. [Kontoret] blir litt mere sånn ... ja, klinisk eller hva det heter for noe.

Medan det kliniske møtet på «kontoret» blei opplevd som formalisert, med ein fastlagt og spesifikk agenda, sprang kontakten med teamet ut frå informantane sin heim og daglegliv. ROP-kontaktane si tette involvering i det jamne kvar-dagslivet la til rette for praktisk hjelp som i seg sjølv førte til betring, og hjelpa kunne i tillegg styrke den terapeutiske relasjonen. Informantane fekk eit kontinuerleg anker inn til normalitet når hjelpa følgde dei, framfor at hjelpa var noko dei måtte oppsøke på bortebane.

Tolmodige hjelparar ber vikarierende håp

Det at hjelparar strekte seg langt for å leggje til rette for kontakt, gav håp om at ting kunne bli betre. Informantane formidla ei oppleving av at håpet til hjelparane ikkje svann, sjølv i møte med store utfordringar. Stikk i strid med kva informantane venta, var konsekvensen av avtalebrott, rusepisodar og andre formar for kontaktbrott at dei blei oppsøkte, igjen og igjen. Til dømes snakka Erik, da han såg seg tilbake, om det han den gongen opplevde som pågåande åtfærd frå hjelparane si side, som ein kjerne i kva som hadde vore nyttig for han:

Erik: ... og når jeg ser tilbake på det, så synes jeg det faktisk var *veldig* bra. At de kom. Det er mange som *ikke* hadde kommet. Og selv om jeg avlyste, så kom de for det. De har virkelig stått på for meg! Men de har fått gjennomgå mye, da, med meg! Det har de. Jeg har kjefta på de, og jeg har skjelt de ut ... men allikavel så har de vært der!

Nokre informantar sette opplevinga av å kjenne seg ankra i ein terapeutisk relasjon i kontrast til erfaringar frå barndommen, medan andre framheva at slike erfaringar korrigererte ei sterk

oppleving av at det ikkje fanst nokon plass for dei i hjelpeapparatet. Det at informantane ikkje opplevde seg definerte som håplause eller utilgjengelege for hjelp sjølv om relasjonen blei herja med, formidla at håpet var vilkårslaust. Rammene i ROP, som opna for at den terapeutiske relasjonen tolte påkjenningar som avtalebrott og rusepisodar, bidrog til opplevinga av at hjelpa var eit trygt anker.

Strategiar for forhandling av nye identitetar - å feste anker innover

Medan dei føregåande kategoriane illustrerer forhold ved *tenesteapparatet* som fasiliteter betring, handlar hovudkategori II meir eksplisitt om korleis informantane plasserer seg *sjølv* i arbeidet for å få det betre. Informantane sine refleksjonar og funderingar omkring eigen rolle synte seg i løpet av analysen som eit funn som i seg sjølv fortalde noko sentralt om betring.

Orienterer seg etter draumen om A4-livet

Ein del av betringsprosessen såg ut til å vere arbeid med å forhandle fram identitetar omkring omgrep knytt til normalitet: «Normal», «A4» og uttrykk i skyld med desse dukka stadig opp i materialet. Eit fellestrekk ved endringane informantane var i gang med eller såg for seg var naudsynte for å få eit betre liv, var ideen om at desse førte i retning av det informantane kalla å «bli meir normale»:

Tommy: Jeg ønsker meg bare et normalt liv ... som alle andre har. Selv om jeg ... jeg er A4, men litt utafør A4-biten også. Holdt jeg på å si. Men jeg vil ha hobbyer. Jeg vil ha fellesskap. Jeg vil ha familie.

Normalitet, slik det synte seg i materialet, svarte til tryggleik og stabilitet, og blei forklart som nærvære av hobbyar, familie og fellesskap. Vidare synte arbeid seg som ei viktig brikke i førestillingane om det gode A4-liv. Ein informant delte betringsprosessen sin inn i prosentar, og fortalde at dei tretti prosentane som sto att, bestod i å kome seg i jobb og sørge for økonomisk stabilitet nok til å starte familie. Arbeidet synte seg å representere langt meir enn ei inntektskjelde. Den nære koplinga mellom arbeid og det å ha meningsfulle dagar kunne vere komplisert, i og med at ordinært arbeid for fleire kjendest utanfor rekkevidde – dis-

kriminering, stigma eller nedsett arbeidsevne var vanlege hindringar informantane nemnde. Forutan ordinært lønna arbeid hadde kjernefamilien ein sentral plass i biletet av det normale livet. Nokre hadde tatt opp igjen kontakt med søsken og foreldre, medan andre sa at dei kjende seg nærare målet om å stifte eigen familie for første gong. Ein informant fortalde at han oppdaga at det ikkje var for seint for han å få barn da ein miljøarbeidar fortalde han kva som er gjennomsnittsalderen for førstegongsfødande. Nokre fortalde historier der helse- og sosialarbeidarar figurerte som ein slags referanse for kva som var normalt og ønskeleg i høve til arbeid og familie. Slik såg det ut til at folk i tenesteapparatet kunne få roller som modellar eller informasjonsformidlarar i utforskinga av moglege nye identitetar.

Utvidar og endrar identitetar

Under målet om å «bli meir normal» låg eit komplekst arbeid knytt til det å ivareta og forstå sin individualitet. Framtida synt seg av og til som ein førestilt kontrast til fortida, der det normale ville bli «alt eg ikkje har erfaring med». Nokre pendla mellom å skildre seg sjølv som av og til innanfor og andre gongar utanfor det normale, medan andre såg for seg betringsprosessen som ein retur til ein normalitet dei ein gong hadde kjent. Heller ikkje for dei som snakka om å «vende tilbake» til normalitet, var nye identitetar berre ei gjenreiseing av gamle; noko ville vere annleis. Vegen til å få det betre kunne innebere brott i relasjonar til menneske som tidlegare hadde hatt ein viktig plass i livet deira:

Tommy: Så det er også en bit jeg har klart å kutte ned. Den omgangen med – jeg synes det er feil å kalle det «den typen mennesker», for jeg ser på det som mennesker med problemer, ikke som ...ja, «den narkomane» eller «den rusmisbrukeren», liksom, sånn, men ... men det er ikke bra for meg å ... henge i et sånt miljø.

Valet om å ha større distanse til gamle miljø og mindre eller ingen kontakt med menneske som tidlegare hadde vore del av kvardagen, kunne gi roa som trongst for å starte i behandling eller setje i gang andre endringar. Utsegna til Tommy kastar samstundes lys over at arbeidet med å forstå seg sjølv og andre menneske på nye måtar kunne innebere strev med å hand-

tere internalisert stigma. Å grunnegi relasjonsbrott i egne behov kan sjåast som ein måte å omgå å devaluere «flokken sin» på, så vel som sitt fortidige sjølv. Dette er berre eitt av fleire døme på at det å skape eit innovervendt anker i normalitet medførte eit identitetsarbeid som var unikt for kvar enkelt informant.

Ser seg sjølv på nye måtar med auge som forstår

Fleire informantar snakka om at det å sjå seg sjølv utanfrå gav ei oppleving av å få fleire og nye val. Nokre fortalde detaljerte historier om tidfesta vendepunkt der dei brått opplevde eit perspektivskifte, medan andre formidla at det over tid hadde vakse fram ei overordna oppleving av at ting såg annleis ut. Samtalerapi var ei vanleg forklaring på kvifor informantane hadde blitt betre kjende med seg sjølv og korleis dei verka på andre. Også i andre formar for samarbeid med hjelparar i og utanfor teamet, til dømes i utarbeiding og bruk av kriseplanar, kunne det teikne seg mønster og samanhengar mellom påkjenningar og rusepisodar. Fleire understreka at den jamlege kontakten med ROP-teamet hadde eit uformelt og ofte humoristisk preg som la til rette for at dei med tida hadde teke til å sjå seg sjølv litt annleis. Éin oppsummerte tida før han fekk hjelp, slik: «Jeg hadde egentlig ikke noe her ute å ... i, i deres verden å gjøre!» Opplevinga av å ha fått verdi og ein plass i verda hang saman med ei endring i korleis den enkelte forstod seg sjølv i relasjon til storsamfunnet og andre menneske.

Endring spring ut frå informantane sjølve

Tenesteapparatet kunne, som vi har sett, fremje betring gjennom å leggje til rette for betre livsvilkår, men informantane framheva at den avgjerande drivkrafta kom frå dei sjølve. Informantane understreka at tilgang til hjelp ikkje førte fram dersom dei sjølve ikkje var engasjerte i prosjektet, og fråvær av indre forplikting var ein vanleg måte å forklare kvifor tidlegare endringsforsøk hadde mislukkast, på:

Anna: Så jeg har jo greid det innimellom, liksom. Men da har jeg gjort det for andres del! Ikke så mye for meg sjøl. Men for familien min sin del og sånn. Og det nytter ikke å bli rusfri bare på grunn av andres del. Jeg må bli rusfri på grunn av meg sjøl. At jeg vil være rusfri, liksom. At jeg har det bedre rusfritt. »



Normalitet, slik det synt seg i materialet, svarte til tryggleik og stabilitet, og blei forklart som nærvære av hobbyar, familie og fellesskap



Det at både forhold i omgivnadene og indre prosessar blei tillagt stor vekt i endringsforteljingane, retter søkelys mot at ulike materielle kontekstar opnar opp for ulike sjølvforståingar

Betring var noko informantane meinte dei ikkje kunne bli «påført» av andre: Dei måtte vere klare for endring samstundes som det fanst tilgang til naudsynt hjelp, slik at endring sprang ut frå individet og voks fram i samspel med forhold i omgivnadane og gode hjelparar. Fleire framheva at det var skummelt å våge seg på å gjere endringar, men at tid og gradvis stadfesting kunne føre fram mot ei indre forankring i normalitet.

DISKUSJON

I materialet manifesterte kjernekategori *Anker i normalitet* seg i to underkategoriar som viste kvar si side av betringsprosessane til dei av oss som strever med samtidig rus og psykisk lidning: På den eine sida snakka informantane om endringar i levkår og ytre forhold, og på den andre sida skildra dei sitt eige arbeid i prosessen med å få det betre. Når vi studerer informantar sine skildringar av endring, kjem vi ikkje utanom at desse speglar kulturelle myter om endring i ein psykologisert kultur (Madsen, 2014). Informantane som er intervjuar, har lang fartstid i hjelpeapparatet og er dimed godt kjende med desse kulturelle mytane. I lesinga av funna er det difor viktig å betrakte dei som nettopp *forteljingar* om endring. Todelinga av funna teiknar opp to overordna endringsforteljingar: ei historie der den enkelte si vilje og evne til endring trår i forgrunnen som dei sentrale drivkreftene for endring, og ei anna der omgivnadene, rammene personar lever i, er det som årsakar høvesvis betring eller stillstand.

Forteljinga om at betring er ein personleg kamp der den det gjeld, mobiliserer indre ressursar for å overvinne problem, er godt etablert i vestlege kulturar (Granfield & Cloud, 2001; McAdams, 2006) i den grad at sosiale forhold kan bli tatt for gitt eller utelate når folk skal forklare kva som har hjulpet dei til å få det betre (Granfield & Cloud, 2001; Topor og medarbeidarar 2011). Granfield og Cloud (2001) fann til dømes at menneske med høg sosioøkonomisk status som hadde slutta å ruse seg utan kontakt med hjelpeapparatet, framheva personlege eigenskapar ved seg sjølve, som mot og evne til å halde ut. Den enorme tydinga av deira sosiale kapital, altså tilgangen til økonomiske, yrkesmessige og sosiale ressursar, syntest mellom linjene. I ei tid der individretta tiltak dominerer i helse- og sosialtenesta (t.d. Kam, 2014) kan det somme tider synest som om behovet for ein trygg plass å bu, tilhøyrslø og økonomisk stabilitet blir «tatt for gitt» også i forskning som undersøker betring (Harper & Speed, 2012; Topor og medarbeidarar 2011). Det er difor interessant at intervjuar i studien gir form til ei forteljing der hovudpersonen får det betre som konsekvens av sosial utjamning og tenester som tek brukarane sine levkår og behov på alvor, parallelt med historia om den individuelle reisa.

I vårt materiale var den individualistiske forteljinga og den sosialt situerte endringshistoria komplementære til kvarandre. Informantane fortalde at det å få ein verdig heim, å bli høyrst av tenesteapparatet og få hjelp til praktiske ting i livet frå hjelparar som oppsøkte dei på heimebane, konstituerte viktige endringar i liva deira. Dette er i tråd med tidlegare funn av at menneske med alvorleg psykisk lidning eller rusproblem framhevar betra materielle vilkår som sentralt i sine betringsprosessar (Brekke, Lien, Davidson, & Biong, 2017; Lofthus og medarbeidarar 2018) og kan sjåast i samanheng med forskning som tyder på at tiltak retta mot reduksjon av relativ fattigdom kan ha positiv effekt på psykiske symptom, livskvalitet og sjølvkjensle (Ljungqvist, Topor, Forssell, Svensson, & Davidson, 2016; Read, 2010).

Medan informantane la vekt på den sosiale kapitalen som skulle til for å skape eit «normalt» kvardagsliv, dreidde betringsprosessane seg, som tidlegare skildra, også om ei indre oppleving: Informantane snakka om at varig endring kom innanifrå, at dei sjølve måtte ønskje å forandre noko. Psykologisk endring kan forståast som ei rørsle frå ein plass til ein annan, styrt mellom anna av representasjonar av kven vi ønskjer å bli, kven vi kan bli, og kven vi er redde for å bli; det Markus og Nurius (1986) kallar «moglege sjølv». I intervju blei det teikna opp ein prosess der informantane rørte seg i retning av å kjenne seg meir «normale», eit funn som går igjen i fleire studiar (Neale og medarbeidarar 2015; Stuart, Tansey, & Quayle, 2016). Kva inneber det å kjenne seg normal, ut frå våre data? Informantane strevde etter å skape seg positive identitetar ut frå opplevd tilhøyrse eller avstand til «mainstream» (Semb, Borg, & Ness, 2016), det informantane gjerne kalla «normallivet» eller A4-livet.

Det at både forhold i omgivingane og indre prosessar blei tillagt stor vekt i endringsforteljingane, retter søkelys mot at ulike materielle kontekstar opnar opp for ulike sjølvforståingar (Butler, 1997). Det å flytte hadde vore viktig for fleire, mellom anna fordi flyttinga gav avstand til rusmiljø, men også fordi det gav informantane moglegheit til å både sjå seg sjølv og bli sett som nokon annan enn før: Ein informant fortalte at dei kvardagslege spørsmåla frå den nye naboen om kven ho var, og kor lenge ho hadde budd i oppgangen, var ei ny oppleving. Hennar skildring av tilgangen til nye «moglege sjølv» i eit nytt nabolag illustrerer at individuelle identitetar blir gitt meining ut frå samspelet med tilgjengelege diskursar i gitte sosiale kontekstar (Hammack, 2008). Todelinga av funna spring fram av at det var slik informantane snakka, men i røynda kan vi også sjå det som to gjensidig avhengige sider av ei sak: Det sosiale blir gitt meining i lys av det individuelle, og omvendt. Identitetsforhandlingane som trådte fram i materialet, kan forståast som prosessar som gir samanheng til ytre og indre aspekt ved endringsprosessar. Forhandlingane var ikkje lineære, men syntest komplekse og nyanserte. Til dømes såg fleire av informantane ut til å røre seg att og fram mellom opplevinga av å vere høvesvis «innafor og utafør A4», som éin informant formulerte det.

Det er vel verd å merke seg at funna knytte til sosiale prosessar er meir eintydige enn funna

knytte til identitetsprosessar. Dette kan lesast som ei viktig påminning om at menneske har same grunnleggande behov, men svært ulike måtar å forstå og forvalte eigne historier på (Ekeland & Bergem, 2006; Semb og medarbeidarar 2016). Ein konversasjonsanalyse (Elliott, 2011; McLeod, 2001) eller diskursanalyse (Potter & Wetherell, 1995) med fokus på individuelle variasjonar ville kunne bidra til å utvide kunnskapen om komplekse identitetsprosessar. Med utgangspunkt i eit dynamisk identitetsomgrep, der ein tenkjer seg at personlege narrativ blir konstruerte og rekonstruerte gjennom livslauget (Hammack, 2008), vil det også vere av verdi å undersøke korleis dette endrar seg over tid.

Konteksten for historiene i studien er at dei seks informantane har motteke hjelp frå eit samhandlingsteam som dei i stort er nøgde med. I intervju var informantane gjennomgåande tilbakehaldne med kritikk – også når intervjuaren spurte om kva som kunne vore annleis. Ein måte å forstå dette på er at dei som blei med i prosjektet, var dei som var nøgde med teamet. Sidan formålet ikkje var å finne ut om brukarane var nøgde eller misnøgde, var det ikkje eit poeng å rekruttere etter dette kriteriet. Som vi har sett, var eit sentralt funn at informantane opplevde at betringa sprang ut frå dei sjølve. Ei alternativ forklaring på mangelen på kritikk av ROP-teamet i intervju kan vere at menneske som retrospektivt ser tilbake på sin eigen betringsprosess, konstruerer denne på måtar som framhevar ikkje berre deira eigne, men også viktige hjelpear sine positive anstrengingar. Ein prospektiv intervjustudie vil kunne kaste lys over om personar snakkar om forhold som hindrar betring, på ein annan måte undervegs i prosessen. Personar med erfaring med rus og psykisk lidning som har fått det betre utan å vere i kontakt med hjelpeapparatet, har kanskje andre forteljingar om kva det var som hjelpte.

I vår studie vever førestillingar om normalitet seg saman med førestillingar om betring, noko som bør utforskast nærare. I ein studie av identitetsforhandlingar på småstadar fann Ekeland og Bergem (2006) at personar som ytte motstand mot ein pasientidentitet, hadde fleire konflikter med omgivingane, vanskelegare tilgang til tenester og problem med å etablere ein identitet. På bakgrunn av dette kan ein tenkje seg at ei kritisk innvending til funna våre kan vere at det å akseptere ein dominerande narrativ om eit «normalt» vaksenliv fører til betre hjelp – altså at det kanskje er vanskelegare for den som ikkje ønskjer seg eit A4-liv, å nå fram i tenestene. Ein diskrepans mellom det levde liv og forteljinga om det normale livet finn vi til dømes i informantane si framheving av arbeid som sentralt for betring, trass i at ingen av dei var i ordinært arbeid ved intervjutidspunktet. Eit spørsmål som opnar seg, er: Finst det betringshistorier som gir rom for det unormale, for liv som avvikar frå norma?

Kliniske implikasjonar

Resultata kan tyde på at alliansen i møte med personar med samtidig rus og psykisk lidning konstituerer seg i spesifikke intervensjonar som til ein stor del er svært praktiske. Vektlegginga av å få sine behov og ønskje «tatt på alvor» kling med den etter kvart omfattande forskinga på tydinga av allianse og ein kontekstuell forståing av behandling (Wampold & Imel, 2015). Forteljingane om at talspersonar i møte med tenesteapparatet kan bidra til å etablere rammer som utgjer viktige endringar, peikar mot at helse- og sosialarbeidarar i mange tilfelle kan opptre som «agents of social development» (Bernstein, 1995, ref. i Kam, 2014). I møte med personar med samansette behov bør helse- og sosialarbeidarar vere medvitne om »

at praktisk, økonomisk og sosial hjelp, som i ein del klinisk arbeid blir forstått som alliansebyggjande aktivitetar, faktisk utgjør grunnsteinar i endring. Helse- og sosialarbeidarar bør sjå individet i sin sosiale kontekst, og ha eit blick for kva moglege framtidsidentitetar som har rom til å vekse fram. Parallelt med samtalerapi er arbeid med å kartlegge og byggje ut sosioøkonomisk marginaliserte brukarar sin sosiale kapital ei viktig oppgåve for helse- og sosialarbeidarar. Prosessar som held ved lag marginalisering, til dømes vanskeleg tilgang til bustad og diskriminering i tenesteapparatet, er hinder som helse- og sosialarbeidarar bør vere merksame på og streva etter å motverke.

Sjølv om informantane i studien har til felles at dei har fått behandling ut frå diagnosar knytte til rus og alvorleg psykisk lidning, er det stor variasjon i demografiske faktorar som spelar inn i veven som definerer moglegheitene til eit menneske, som alder, økonomiske ressursar, minoritetsbakgrunn, kjønn og familierelasjonar. Det at helse- og sosialarbeidarar blir brukte som ein slags «referanse» for kva som er godt og mogleg, er ei påminning om at hjelparar ikkje er nøytrale aktørar. Psykologar og andre som møter menneske som søker hjelp, har ei viktig oppgåve i å bidra til betringshistorier som utvidar rommet for kva som er normalt. Eit viktig

arbeid er å vere nyfikne på kva historier om moglege framtider som blir gitt plass, og kva historier som kan bli utvida (White & Epston, 1990). Informantane minner oss på å halde eit tosidig fokus i klinisk arbeid med menneske som strever med livet sitt: I vekselverknaden mellom idiosynkratiske identitetsprosessar og omfordeling av makt og ressursar ligg potensialet for liv som er forankra i normalitet.

KONKLUSJON

Konseptualiseringar av betringsprosessar i forskning og klinikk har frå fleire hald fått kritikk for å underkommunisere betydninga av sosiale forhold. Intervjua viser at informantane skildrar betringsprosessane som tosidige. Felles er behovet for gode, stabile livsvilkår – nær vevd saman med personlege, meir idiosynkratiske identitetsforhandlingar. Gjennom å ta roller som bidreg til å styrke brukarar sine livsgrunnlag, kan psykologar og andre som arbeider med menneske som er stilt utanfor normen, skape endring så vel som allianse. Pågåande identitetsforhandlingar fordrar at hjelparar mobiliserer ei nysgjerrig haldning til korleis den enkelte ser seg sjølv i fortid, notid og framtid. Metaforen anker i normalitet kan minne hjelparar på å sjå dei heilt unike livshistoriene, utan å miste sosiale forhold av syne. ✘

REFERANSAR

- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11–23.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3–10. doi: 10.2307/2088165
- Brekke, E., Lien, L., Davidson, L., & Biang, S. (2017). First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*, 10(1), 13–24.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* (3. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Brorson, H.H., Arnevik, E.A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024.
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power : theories in subjection*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Charmaz, K. (1995). Grounded theory. I: J.A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (red.), *Rethinking methods in psychology* (s. 27–49): London: Sage.
- Charmaz, K. (2003). Grounded theory. Objectivist and constructivist methods. I N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Strategies of qualitative inquiry* (s. 249–291). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: Sage.

- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., & Vanheule, S. (2017). The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *Journal of dual diagnosis, 13*(4), 264–279.
- Ekeland, T.-J., & Bergem, R. (2006). The Negotiation of Identity among People with Mental Illness in Rural Communities. *Community Mental Health Journal, 42*(3), 225–232. doi: 10.1007/s10597-006-9034-y
- Elliott, R. (2012). Qualitative Methods for Studying Psychotherapy Change Processes. A. Thompson & D. Harper (Eds.). I *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy* (s. 69–81): John Wiley & Sons, Ltd.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43–49.
- Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social context and «natural recovery»: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use & misuse, 36*(11), 1543–1570.
- Hammack, P.L. (2008). Narrative and the Cultural Psychology of Identity. *Personality and Social Psychology Review, 12*(3), 222–247. doi: 10.1177/1088868308316892
- Handong, M., & Weng, . (2016). *Identification of questionable exclusion criteria in mental disorder clinical trials using a medical encyclopedia*. Paper presentert ved Pacific Symposium on Biocomputing. .
- Harper, D., & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. *Studies in Social Justice, 6*(1), 9–26. doi: 10.26522/ssj.v6i1.1066
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Helsedirektoratet Oslo.
- Hoertel, N., Le Strat, Y., Lavaud, P., Dubertret, C., & Limosin, F. (2013). Generalizability of clinical trial results for bipolar disorder to community samples: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry, 74*(3), 265–270. doi: 10.4088/JCP.12m07935
- Kam, P.K. (2014). Back to the 'social' of social work: Reviving the social work profession's contribution to the promotion of social justice. *International Social Work, 57*(6), 723–740. doi: 10.1177/0020872812447118
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles: Sage.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2006). Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC Psychiatry, 6*, 44. doi: 10.1186/1471-244x-6-44
- Levitt, H.M., Pomerville, A., & Surace, F.I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. doi: 10.1037/bul0000057
- Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., & Davidson, L. (2016). Money and Mental Illness: A Study of the Relationship Between Poverty and Serious Psychological Problems. *Community Mental Health Journal, 52*(7), 842–850. doi: 10.1007/s10597-015-9950-9
- Lofthus, A.M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J.C., Lauveng, A., Rose, D., . . . Heiervang, K. (2018). Recovery concept in a Norwegian setting to be examined by the assertive community treatment model and mixed methods. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(1), 147–157. doi: 10.1111/inm.12304
- Madsen, O.J. (2014). *The therapeutic turn: How psychology altered Western culture*. London: Routledge.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist, 41*(9), 954–969. doi: 10.1037/0003-066X.41.9.954
- McAdams, D.P. (2006). The Redemptive Self: Generativity and the Stories Americans Live By. *Research in Human Development, 3*(2–3), 81–100. doi: 10.1080/15427609.2006.9683363
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Moberg, C.A., & Humphreys, K. (2016). Exclusion criteria in treatment research on alcohol, tobacco and illicit drug use disorders: A review and critical analysis. *Drug and Alcohol Review, 37*8–388. doi: 10.1111/dar.12438
- Mueser, K.T., Linderoth, L., & Andersen, T.M. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., . . . Strang, . (2015). «You're all going to hate the word 'recovery' by the end of this»: Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs: education, prevention and policy, 22*(1), 26–34. doi: 10.3109/09687637.2014.947564
- Oddli, H. W., Rønnestad, M. H. (2012). How experienced therapists introduce the technical aspects in the initial alliance formation: Powerful decision makers supporting clients' agency. *Psychotherapy Research, 22*:2, 176–193
- Potter, J., & Wetherell, M. (1995). Discourse analysis. I J.A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (red.), *Rethinking methods in psychology* (s. 80–92). London: Sage.
- Read, J. (2010). Can Poverty Drive You Mad? 'Schizophrenia', Socio-Economic Status and the Case for Primary Prevention. *New Zealand Journal of Psychology (Online), 39*(2), 7–19.
- Riessman, C.K. (1993). *Narrative analysis*. London: SAGE.
- Semb, R., Borg, M., & Ness, O. (2016). Tilpasing eller tilbaketrekning? Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning, 19*(3), 204–220. doi: https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-03-01
- Stuart, S.R., Tansey, L., & Quayle, E. (2016). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health, 1*–14. doi: 10.1080/09638237.2016.1222056
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(1), 90–99. doi: 10.1177/0020764010345062
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate : the evidence for what makes psychotherapy work* (2. utg.). New York: Routledge.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Når psykisk helsevern arbeider for jussen

Det foreligger i dag ingen standardiserte retningslinjer for hvordan judisiell døgnobservasjon skal foregå.

KIRSTEN RASMUSSEN,

spesialist i klinisk nevropsykologi og psykologisk habilitering, professor NTNU, prosjektleder St. Olavs Hospital avd. Brøset, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

ERIK KROPPAN,

spesialsykepleier i psykiatri, system- og forskningsrådgiver, St. Olavs hospital, Regional sikkerhetsavdeling, Brøset

RAGNHILD

JOHANSEN, psykiologspesialist, avdelings-sjef, St. Olavs hospital, Regional sikkerhetsavdeling, Brøset

ANTJE DANIELA

GROSS BENBERG, psykiologspesialist, forskningsleder, St. Olavs hospital avd. Brøset, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri

SPØRSMÅLET OM TILREGNELIGHET står sentralt i norsk strafferett: Når kan en person stilles til ansvar for sine handlinger, når skal han gå straffri, og når kan han få en mildere eller alternativ straffereaksjon? Norsk straffelov slår fast at man ikke kan straffe den som på handlingstiden var under 15 år, var psykotisk, var psykisk utviklingshemmet i høy grad eller hadde en sterk bevissthetsforstyrrelse. Nedsatt straff kan idømmes når gjerningspersonen har hatt en alvorlig psykisk lidelse med en betydelig svekket evne til realistisk å vurdere sitt forhold til omverdenen, er psykisk utviklingshemmet i lettere grad eller har hatt en mindre sterk bevissthetsforstyrrelse (Lov om straff). For å få avklart om disse bestemmelsene kan komme til anvendelse, vil retten ofte ha hjelp fra rettspsykiatrisk sakkyndige og oppnevner som regel to spesialister som sakkyndige. I dag er det vanligste at dette er en spesialist i psykiatri og en spesialist i klinisk psykologi.

Rettspsykiatriske undersøkelser gjøres normalt i form av samtaler med observanden, innhenting av helseinformasjon, relevante komparentopplysninger samt annen dokumentasjon fra påtalemyndighet eller sosiale/pedagogiske kilder. Det finnes ingen regler for hvor disse samtaler skal foregå. Det betyr at slike undersøkelser kan finne sted ved alt fra sikkerhetsavdelinger til parkbenker. Noen ganger finner de sakkyndige etter samtale at saken ikke er godt

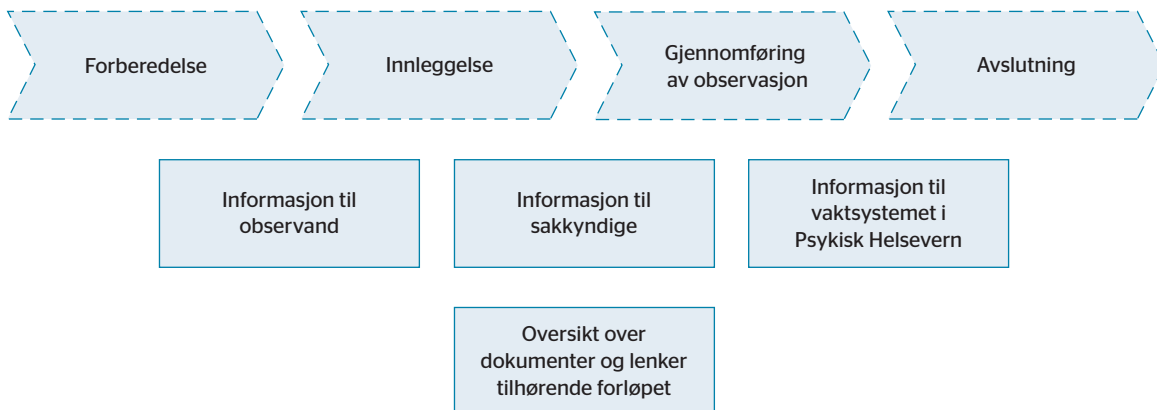
nok opplyst til at man kan konkludere i henhold til mandatet, eller det kan forekomme at observanden ikke vil snakke med de sakkyndige. De sakkyndige kan da henvende seg til retten og be om en judisiell døgnobservasjon i henhold til straffeprosessloven § 167 (Lov om rettergangsmåten i straffesaker). Observanden legges da inn i en psykiatrisk institusjon eller et annet undersøkelsessted som er kvalifisert og egnet til å utføre oppdraget, normalt over en periode på 4–6 uker.

En observand er ikke pasient, med mindre vedkommende skulle ha behov for helsehjelp under observasjonstiden. Observandens status reiser flere utfordringer som berører både jus, medisin og etikk, både i form av taushetsplikt, observandens status og helsepersonellens rolle. Som påpekt av Sigurjónsdóttir og Østberg (2012) har utfordringene fått lite oppmerksomhet. Det er mye som må tenkes igjennom når helsevesenet skal utføre et oppdrag for rettsvesenet.

EN ØNSKET UTVIKLING

I de senere år har det fra flere hold blitt tatt til orde for økt bruk av judisielle døgnobservasjoner. I Riksadvokatens Rundskriv nr. 1/2013 «Mål og prioriteringer for straffesaksbehandlingen i 2013» sies det under avsnittet Sentrale og landsdekkende prioriteringer: «Muligheten for døgnkontinuerlig observasjon av siktede bør vurderes oftere enn praksis har vært til nå.»

Standardisert forløp for gjennomføring av rettspsykiatrisk døgnobservasjon etter straffeprosessloven § 167



Det samme gjentas i Rundskriv nr. 1/2014. Også NOU 2014:10 gir samme signal.

Det foreligger i dag ingen standardiserte retningslinjer for hvordan en slik observasjon skal foregå. I NOU 2014:10 påpekes blant annet at det i helsepersonelloven ikke gis spesifikk informasjon om judisielle observasjoner, noe som har ført til ulik forståelse av hvordan judisielle døgnobservasjoner skal gjennomføres, og derfor ulik praksis ved institusjoner i det psykiske helsevern. Det slås imidlertid fast at «Undersøkelser som utføres i medhold av straffeprosesslovens § 165 og § 167, skal ha god helsefaglig kvalitet, og det bør ikke være noen ubegrunnet faglig variasjon i utførelsen mellom landsdelene.»

I over hundre år har fagfeltet selv bedt om bedre standardiserte betingelser for rettspsykiatriske undersøkelser. Politilege Paul Winge, som i 1896 skrev avhandlingen *Den retsmedisinske undersøgelse af den sindssyge lovovertræder*, tok sterkt til orde for at «der skabes en retspsykiatrisk institution, som har ret og pligt til med endelig kompetence at belære domstolene ...» (Winge, 1915).

Fra omkring 2012 ser man en økt vektlegging av kompetanse og kvalitetsutvikling i tilknytning til utvikling av standardiserte pasient- og pakkeforløp. Ved Regional sikkerhetsavdeling Brøset mente man at dette også kunne være en god modell for et standardisert forløp for judi-

siell døgnobservasjon, og startet i denne forbindelse et klinisk fagutviklingsprosjekt: «Utarbeiding av standardisert forløp for rettspsykiatrisk observasjon etter strpl §167».

SKILLET MELLOM HELSEHJELP OG OBSERVASJON

Straffeprosessloven er den styrende loven ved judisielle døgnobservasjoner, men den gir lite praktisk veiledning for utøvende helsepersonell. Helsepersonellens rolle som sakkyndige for rettsvesenet reguleres av helsepersonelloven (§§12,15 og 27), men den gir ingen spesifikk informasjon angående judisielle døgnobservasjoner (Lov om helsepersonell). Ulike tolkninger av hvordan slike observasjoner skal gjennomføres, kan derfor medføre varierende praksis i de forskjellige psykiatriske sykehusesene, noe som ikke er i tråd med målet om likebehandling i hele landet.

I utgangspunktet foreligger det således lite føringer og veiledning for gjennomføring av observasjon. I et brev av 15.04.2011 fra Helse- direktoratet fremkommer blant annet:

Det er ansatte ved den institusjonen hvor vedkommende er innlagt som foretar observasjonene. De opptrer på den måten som bidragsyttere for den rettsoppnevnte sakkyndige ved at de gir grunnlagsmateriale til den sakkyndiges oppdrag.



Og videre:

Undersøkelser og vurderinger som foretas knyttet til observasjon etter strpl. § 167, har som formål å finne ut om siktede er tilregnelig eller ikke i et strafferettslig perspektiv. Formålet med handlingene er ikke å undersøke og vurdere observanden ut i fra et av de oppregnede formål i definisjonen av «helsehjelp» i helsepersonelloven § 3 tredje ledd. Undersøkelsene, vurderingene og diagnostiseringen foretas ikke ut i fra et behandlingsperspektiv. I de tilfeller det fastsettes en diagnose, er ikke formålet å følge opp personen i form av behandling (....) Det foreligger ikke samtidig behandler-pasientforhold. De ansatte som foretar observasjonen handler på vegne av rettsoppnevnte sakkyndige/domstolen og ikke observanden.

For å ivareta skillet mellom helsehjelp og observasjon oppnevner man ved innleggelse til døgnobservasjon på Brøset en observasjonsgruppe bestående av to observatører (hvorav minst én skal være spesialist enten i psykiatri eller i klinisk psykologi), to miljøkontakter, en spesialergoterapeut og sosionom. De ansatte har definerte roller og skal ikke yte helsehjelp til observanden. Hvis en akutsituasjon skulle oppstå, bortfaller selvsagt dette kravet, men det tilstrebes at annet helsepersonell yter eventuell helsehjelp som ikke kan vente til observasjonen er avsluttet.

Før observasjonen gjennomføres formøte med rettsoppnevnte sakkyndige og observasjonsgruppa. Møter under observasjonen avtales etter behov og kan gjennomføres ved hjelp av ulike IKT-løsninger. De sakkyndige kan be RSA Brøset om å forestå supplerende undersøkelser de trenger for sitt oppdrag, eksempelvis funksjonsutredninger, psykologiske tester, laboratorieundersøkelser, rtg /CT, EEG og risikoutredning, for å nevne noe. For å få til en så presis og tilstrekkelig dokumentasjon som mulig er det også utarbeidet en symptom-sjekkliste som et hjelpemiddel til å kvalitetssikre observasjonen, samt å forenkle dokumentasjonsarbeidet. Døgnobservasjon gir mulighet til å kartlegge observandens funksjon i mange situasjoner og på ulike arenaer.

TILGANGSSTYRT SKJERMET RETTSPSYKIATRISK JOURNAL

Etiske problemstillinger relatert til helsepersonells rolle som sakkyndig har flere ganger

blitt brakt på banen (Skipenes, 2018; Haga, 2018). Helsehjelp og observasjon for retten skal ikke blandes sammen. Journalnotater i forbindelse med observasjonen anses som straffesaksdokumenter, ikke som helseopplysninger. Ved avdeling Brøset har man derfor opprettet en egen elektronisk journal for judisielle døgnobservasjoner, som er tilgangsstyrt og skjermet fra vanlige pasientjournaler. Ikke bare er det umulig for «uvedkommende» å lese hva som står i journalen, dersom vedkommende observand har en helsejournal ved samme sykehus, så vil det heller ikke vises her at han/hun har vært til observasjon etter straffeprosessloven § 167.

Opplysningene som fremkommer ved den rettspsykiatriske observasjonen, er ikke underlagt vanlig taushetsplikt som for helsehjelp og blir overlevert retten via de rettsoppnevnte sakkyndige. I den grad de sakkyndige tar opplysningene med i sin erklæring, vil de også tilfalle partene i saken. Observanden får informasjon om dette. Det blir også opplyst om tilgangsstyrt elektronisk journal og hvordan opplysningene fra observasjonen er sikret mot innsyn i denne.

Dersom observanden må motta helsehjelp som ikke kan vente til observasjonen er avsluttet, journalføres dette i et eget område i den skjermede journalen. En som er innlagt som pasient, vil ha rett til innsyn i sin helsejournal og har rett til å nekte andre (f.eks. de sakkyndige) innsyn i den. En som er innlagt som observand, har ikke automatisk samme innsynsrett i den skjermede journalen. Imidlertid kan enkeltnotat om helsehjelp som er blitt gjort under oppholdet, gjøres tilgjengelig som et vanlig journalnotat og kan, dersom observanden samtykker, gis ut i tråd med helselovgivningen. Dette betyr at det gjelder forskjellige juridiske regler for opplysninger i en helsejournal og opplysninger som fremkommer i den skjermede journalen.

Sykehusets vaktssystem er felles for flere avdelinger i psykisk helsevern. Vakthavende som er ansatt ved andre psykiatriske avdelinger ved St. Olavs hospital, har ikke tilgang til skjermet rettspsykiatrisk journal. I tilfelle vaktssystemet må yte helsehjelp, vil nødvendig informasjon om observanden være tilgjengelig i papirversjon. Vurdering og journalføring skrives av vakthavende i en egen mal i Word, som så skannes til skjermet rettspsykiatrisk journal. Ved vedtak fattet etter psykisk helsevernlovens

kapittel 4 (Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern), ligger det blanke vedtaksskjema i papirversjon tilgjengelig i sengepost, som i ettertid skannes til journal.

EN DYNAMISK PROSESS

Begrepet «standardiserte forløp» er knyttet til systematisk gjennomgang av nåværende praksis og gjennomføring av systematisk forbedringsarbeid. Standardiserte behandlingsforløp er innført for de fleste pasientgrupper i somatikken, og vil nok i stor grad bli innført i psykisk helsevern, selv om meningene om det er delte. Standardisert pasientforløp defineres som en koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg. Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være evidensbasert og skal føre til kunnskapsbasert praksis. Ved Regional sikkerhetsavdeling Brøset hadde man lenge vært klar over at judisiell døgnobservasjon ble gjennomført forskjellig ved forskjellige avdelinger. Da arbeidet med standardisering av forløpet ble igangsatt i 2012, hadde man de standardiserte pasientforløp som modell. Målsettingen var å kunne tilby tjenesten rettspsykiatrisk døgnobservasjon, som var standardisert for alle innleggelses etter straffeprosessloven § 167. Forløpet skulle være en beskrivelse av observasjon satt i system, med planlagte aktiviteter knyttet til observasjon, dokumentasjon samt møtevirksomhet for denne definerte gruppen.

Underveis i prosessen har en avdekket problemstillinger som det er arbeidet aktivt med å løse. Etablering av tilgangsstyrt skjermet rettspsykiatrisk journal var et resultat av dette. Videre ble prosedyrer og strukturer for dokumentasjon forbedret, det ble utarbeidet nye maler og opprettet virtuelt møterom for samhandling via ulike teknologier.

Avdelingen har også gjennom prosessen hatt nært samarbeid med Trøndelag politidistrikt, som nå har utarbeidet prosedyre for samarbeid med det politidistrikt observanden måtte komme fra, samt prosedyrer for transport og utarbeidelse av beredskapsplan.

En skjematisk oversikt over forløpet er fremstilt i figuren. Den ligger også på nett (<http://eqsstolav/cgi-bin/document.pl?pid=stolav&DocumentID=36121&UnitID=235>) og er i likhet med oversiktene for standardiserte pasientforløp klikkbar slik at mer detaljert informasjon kommer til syne bak boksene.

GJENNOMFØRTE OBSERVASJONER

Antallet judisielle døgnobservasjoner fra 1993 til 2011 var 1–3 per år. Etter det har man sett en gradvis økning, og de senere årene er det gjennomført et sted mellom 8 og 15 observasjoner årlig. Sentral fagenhet for tvungen omsorg (SFTO) er samlokalisert med RSA ved avdeling Brøset og har nå utviklet et tilsvarende standardisert forløp for sin målgruppe. Judisielle døgnobservasjoner ved SFTO har spesialisert kompetanse når det gjelder psykisk utviklingshemming, nevropsykiatriske utviklingsforstyrrelser og/eller psykiske lidelser hos personer med diagnoser innenfor disse gruppene. Ved regional sikkerhetsavdeling Brøset har man nå gjennomført over 100 slike observasjoner og med dette opparbeidet erfaring, spisskompetanse og «mengdetrening». Rettssikkerhet forutsetter faglig oppdatering og god kunnskap. En høyt spesialisert avdeling i et integrert universitetssykehus gir således et godt grunnlag for ivaretagelse av rettssikkerhet. ❖

REFERANSER

- Den høyere påtalemyndighet (2013). Riksadvokatens rundskriv nr. 1: Mål og prioriteringer. Hentet fra <https://www.riksadvokaten.no/>
- Den høyere påtalemyndighet (2014). Riksadvokatens rundskriv nr. 1: Mål og prioriteringer. Hentet fra <https://www.riksadvokaten.no/>
- Haga J.M. (2018) Tvang i fellesskapets tjeneste. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, hentet fra <https://doi:10.4045/tidsskr.18.0361>
- Helsedirektoratet (2011) brev av 5.12.2011 til landets kontrollkommisjoner. Oslo: Helsedirektoratet, 2011
- Straffeloven (2005) Lov om straff. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>.
- Straffeprosessloven (1981) Lov om rettergangsmåten i straffesaker. Hentet fra <https://www.lovdata.no/all/hl-19810522-025.html>
- Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell mv. hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Pasientrettighetsloven (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Lov om domstolene (domstoloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1915-08-13-5>
- Forvaltningsloven (2007) Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forvaltningsloven/id449156/>
- Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- NOU 10 (2014) *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-10/id2008986/>
- Sigurjónsdóttir, M. & Østberg, B. (2012) Judisiell døgnobservasjon etter straffeprosessloven § 167. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20, 132: 2297-2299.
- Skipenes G. (2018). Når legen er sakkyndig. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Hentet fra <https://doi:10.4045/tidsskr.17.0940>
- Winge P. (1915). *Det norske sidsygeriet historisk fremstillet. Bind 2*. Kristiania, 1915

LES PÅ NETT:

Ulovlig tvangsmedisinering fortsetter

For andre gang i løpet av en måned har Sivilombudsmannen slått ned på ulovlig tvangsmedisinering i psykisk helsevern.

- Tvangsmedisinering bør forbys, sier menneskerettsaktivist Mette Ellingsdalen.

To om bedring

Parforholdet kan være en viktig drivkraft i bedringsprosesser ved spiseforstyrrelser, hevder ledende forsker på feltet.

TEKST

Kjersti Gulliksen,
fagredaktør

Cynthia Bulik, professor i psykologi, og en av verdens ledende forskere og klinikere i behandling av spiseforstyrrelser, er opptatt av hvordan forholdet til partneren virker inn på bedringsprosesser ved psykiske lidelser. I to av hennes nyeste behandlingsprogrammer er parterapi et viktig element. Psykologtidsskriftet traff Bulik på Island, da hun foreleste om temaet for nordiske forskere og klinikere på feltet.

– Hvorfor skal pasienter med spiseforstyrrelser ta partneren med til terapi?

– Selv om samboere og ektefeller ønsker å hjelpe partneren sin, kjenner de seg ofte hjelpeløse. De vet ikke hvordan de skal gå fram. Mange blir fanget i redsel for å si eller gjøre noe som kan forverre situasjonen for den som strever med mat, kropp og vekt. Dessuten vet vi jo at det å inkludere familien i behandlingen av barn og unge med spiseforstyrrelser bidrar til bedring. Det samme kan være tilfelle for voksne pasienter.

– Hva er de viktigste elementene i den parterapien dere har utviklet?

– Nøkkelintervensjonene er de samme som i tradisjonell kognitiv atferdsterapi for par. Vi forsøker å lære bort og selv praktisere gode kommunikasjonsferdigheter – slik som det å dele tanker og følelser og å ta felles beslutninger. Etter hvert som paret får grep om disse verktøyene, kan de også arbeide med mer spiseforstyrrelsesrelevante temaer: som hvordan spiseforstyrrelsen «tar bolig» i relasjonen, det å spise sammen i hverdagen og sammen med andre, kroppsbilde og seksualitet, å bli frisk, tilbakefall og forebygging av dette.

– Er denne typen behandling mer effektiv enn individuell terapi for spiseforstyrrelser?

– For det første er parbasert terapi kun aktuelt for pasienter som lever i et parforhold. For anoreksi ser vi parterapien som et tillegg til individuell terapi og reernæring. For overspisingslidelse og bulimi tester vi for tiden parbasert terapi opp mot CBT-E for å vurdere om de er like effektive. Det viktigste er ikke nødvendigvis å finne ut om behandlingen kommer bedre ut enn individuell terapi, men å utvikle en større verktøykasse av evidensbaserte metoder som klinikere kan velge fra når de behandler spiseforstyrrelser.

– Fins det situasjoner der disse parbaserte intervensjonene bør unngås?

– Hvis det er vold i parforholdet, anbefaler vi ikke parbasert behandling for spiseforstyrrelse. I tillegg har vi funnet ut at parbasert behandling ikke er virksomt hos anoreksipasienter som har en BMI på under 15. Et annet eksklusjonskriterium er pågående rusmisbruk.

– Hvilke ferdigheter trenger terapeuten?

– Terapeuten trenger en solid forståelse av kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser og trening i parbaserte behandlingsformer. Bakgrunn fra familiebehandling kan være nyttig, men familiebasert behandling for spiseforstyrrelser er altså ikke det samme som parbasert behandling.

– Hvordan lærer dere terapeuter disse ferdighetene?

– Vi arrangerer intensive treningsøkter og gir løpende veiledning – ofte ved at vi lytter til opptak av timene og gir «responsstyrt tilbake-melding».

– **Kan hvem som helst kaste seg ut i denne typen behandlingsintervensjoner?**

– Absolutt ikke! En utrenet terapeut vil fort føle seg overveldet i samhandling med et par som er i behandling for spiseforstyrrelser. Selv for erfarne terapeuter krever det en betydelig innsats, samt ferdighetstrening over tid for å få til denne terapiformen.

– **Pasienter med spiseforstyrrelser vektlegger ofte viktigheten av nære relasjoner. På hvilken måte kan partnere, og også familie og venner, hjelpe pasienter til å overkomme vanskene?**

– Vi har funnet ut at det er viktig å være støttende, men også bestemt. Det er ikke nok å bare støtte og bekrefte hele tiden. Pasienter får bedre behandlingsresultat i de tilfellene der partnere går inn og aktivt understøtter reell tilfriskning og symptomendring. Relasjoner i alle former – til foreldre, partnere, venner og terapeuter – blir ofte pekt på som svært sentrale for bedring av pasientene selv. Det er kraftfullt å ha noen som tror på deg, og som blir ved din side gjennom den ikke-rettlinjede bedringsprosessen.

– **Mesteparten av arbeidet ditt baserer seg på din virksomhet i USA, men du har også forelest og undervist mye i nordiske land, slik som Sverige, Danmark og Norge. Er det forskjeller i hvordan spiseforstyrrelser forstås og behandles i USA og i Norden?**

– I tillegg til USA og de nordiske landene har jeg også startet opp behandlingsprogrammer på New Zealand. Spiseforstyrrelsesfeltet er faktisk svært internasjonalt orientert. Den største forskjellen er det forferdelige helssystemet og helseforsikringsordningene i USA – der vi ofte må avvise pasienter som trenger behandling for spiseforstyrrelser, fordi pasientens forsikringsselskap ikke vil betale. I de nordiske landene trenger dere som behandlere heldigvis ikke å arbeide på nåde fra forsikringsselskaper som til enhver tid kan dra teppet vekk under føttene på en.

– **Som den nest mest siterte forskeren på dette feltet internasjonalt – hva er det aller viktigste du vil at folk flest bør vite om spiseforstyrrelser?**

– Folk kan bli og blir friske av spiseforstyrrelser. Selv de som har kroniske og langvarige tilstander, kan bli friske eller i alle fall oppnå en betydelig forbedret livskvalitet – dersom de får riktig og kontinuerlig behandling og støtte.

– **Du får gi ett forskningsbasert råd til behandlere som arbeider med spiseforstyrrelser, hva velger du?**

– For å minske risikoen for tilbakefall hos pasientene må behandling alltid rettes mot både de medisinske, psykologiske og sosiale aspektene ved spiseforstyrrelsen.

– **Hvordan kan vi forbedre behandlingen av spiseforstyrrelser?**

– Vi trenger å styrke evidensbasen. Det forskningsmessige grunnlaget for behandling av anoreksi hos voksne er veldig sparsomt. Utfallsstatistikken er ikke bra nok. Vi kan ikke slå oss til ro med, eller være tilfreds med, at bare 50 prosent av pasientene blir friske. Vi skylder pasientene våre å finne ut hvordan vi best kan hjelpe dem som ikke har utbytte av behandling i første omgang. ❌



FORSKER OG KLINIKER Professor Cynthia Bulik integrerer parterapi i behandlingen av spiseforstyrrelser. Som partner til en med spiseforstyrrelser er det viktig å være støttende, men også bestemt, mener hun. Foto: Ulf Sirborn

Cynthia Marie Bulik

- Bulik er professor i spiseforstyrrelser, Department of Psychiatry, University of North Carolina, Chapel Hill og professor i ernæring ved UNC Gillings School of Global Public Health, North Carolina. I tillegg er hun professor i medisinsk epidemiologi og biostatistikk ved Karolinska Institutet i Stockholm
- Hun har bidratt i utviklingen av behandlingsprogram for spiseforstyrrelser i USA, New Zealand og Sverige og har mottatt en rekke priser for sitt arbeid med spiseforstyrrelser
- Bulik har også skrevet flere populærvitenskapelige bøker om emnet

Fra arkivet: 2007

Trenger vi egentlig Psykologforeningen?

Kan vi ikke bare legge ned hele greia? Det koster jo bare en masse penger – får bare trukket fra en brøkdell av det på skatten. Det eneste jeg kan si jeg har fått igjen, er en liten pin med Psykologforeningens merke på. Hva holder de på med egentlig, Psykologforeningen? Hva driver de med?

I de fleste fagforeninger ser man i dag at medlems-tallene går ned. Individet regner seg frem til at det er tjent med å stå utenfor. Å være medlem av en fagforening koster flere tusen kroner i året. En direkte kostnad – og ingen tilsynelatende direkte gevinst. Folk er historieløse. Dessverre må psykologer klas-sifiseres som folk. Ikke fordi medlemstallene går ned, men fordi psykologer også glemmer at man er en del av et vi. Vilkårene for dagens psykologer er gode, langt fra gode nok, men betydelig bedre enn de var for 75 år siden – for ikke å si 7,5 år siden. For 7,5 år siden hadde ikke psykologer adgang til å fatte vedtak. Da var heller ikke psykologer behandlingsansvarlige eller likestilt med legene. Helt ufattelig og langt fra hverdagen til mange psykologer i dag – men dette er for mange glemt eller har aldri vært synlig.

Dersom en opplevd urimelighet slår mot deg i arbeids-situasjonen din, da kontakter du Psykologforeningen og spør. Hva har dere gjort med det? Psykologforenin-gen er ikke dere. Det er deg. Det er vi. Spørsmålet er ikke hva har dere fått til angående for eksempel henvisningsretten. Det er: Hva har vi fått til når det gjelder henvisningsretten? Her kan vi heldigvis si at psykologer ikke er som folk flest, for psykologer for-står betydningen av språket. Språk skaper folk. Språk skaper samhörighet. Semantikk er ikke noe ytre skall, men definerer oss til oss. Vi snakker ikke om fiender der ute, men om at andre folk har sine tanker og ideer som vil påvirke din hverdag som psykolog.

At de fleste psykologer for det meste kun jobber dagtid, har 37,5 timers arbeidsuke, etc., bør vi ikke ta som selvfølgheligheter og tro at alle er enige i over tid. Vi må vite at andre rolleinnehavere har andre ideer om hva som er bra for samfunnet, enn det vi psykologer tenker i forhold til hva som er bra for psykologer. Folk flest er ikke brydd med psykologer, de er ikke på lag med psykologer. Snarere tvert om, de blir brydd i lag med psykologer. Det har nok de fleste psykologer en historie om. Men poenget er at det vi psykologer selv er opptatt av, og som vi mener

er viktig, ikke nødvendigvis er særlig viktig i andres øyne. Det er i denne sammenheng vi definitivt må si nei til det innledende spørsmålet om vi kan legge ned hele Psykologforeningen.

Vi må stå sammen og opplyse omverde-nen om hva vi trenger, hva vi ønsker. Historien kan fortelle oss at slik kan ønsker realiseres. Hva er prisen for et formidlet ønske? 4000 kroner... 10 000 kroner? I grunnen vanskelig å tallfeste. Hvor mye er det verdt da, at psykologer er representert med sine synspunkter? Vi har ansatte i Psykologforeningen som kalles sekretariatet, som skal ivareta våre ønsker og interesser. De spiller våre behov og omforente målsettinger inn i de kretser som synes relevante. Hvor mange innspill vil vi ha, hvor mange innspill behøves?

Så, trenger vi egentlig en Psykologforening? JA. I hvert fall om det betyr noe for deg hvordan din arbeidsdag ser ut. I dag er 15 % av psykologene ikke medlemmer. Vil det si at de 15 % gene-relt gir blaffen i hvordan psykologers arbeidsmarked, lønnsnivå og muligheter er i samfunnet? Nei, jeg tror ikke det – men tilgi dem, for de vet ikke hva de ikke gjør.

Vi av oss som er medlemmer: La oss opplyse våre kollegaer om at det er minst like viktig å være fagforent i dag som den gang foreningen ble oppret-tet for 75 år siden. Vervepremien kan ikke måles i kopper med logo, en gratis bok eller et billigere abonnement. Den kan måles i trivsel på din arbeidsplass. For, som man har sagt til alle tider: alt forandrer seg. Om ikke psykologene vil bestemme over fremtiden – gjør noen andre det for oss.

*Jarle Refnins debattinnlegg
«Trenger vi egentlig Psykologforeningen?», desember, 2007.*

Meninger



FOTO: SEBASTIEN WIERZ / FLICKR



Behov for bedre sakkyndige

«Sakkyndige oppdrag blir ofte gitt til private fagpersoner som ikke har noen formell opplæring i denne type arbeid.»

Les kronikken på side 195

Utfordrer

Håkon Kongsrud Skard mener Psykologforeningen ikke har prioritert psykisk helsevern godt nok. President Tor Levin Hofgaard mener Skard bommer med kritikken.

Debatt, side 186 og 189

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.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

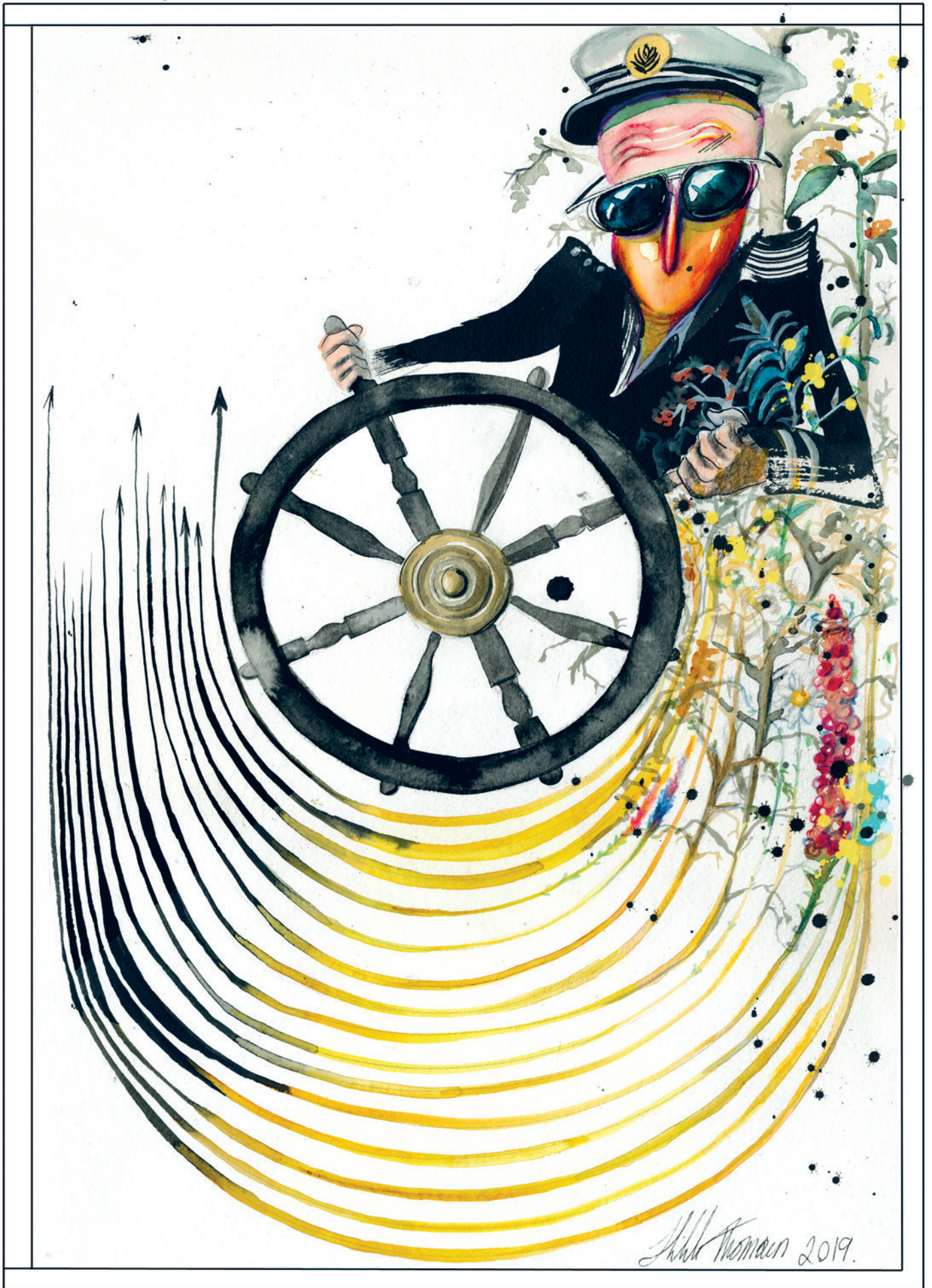
DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 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.



En nødvendig kursendring

Psykologforeningen bør endre kurs for å sikre at landets befolkning har et forsvarlig behandlingstilbud. Derfor stiller jeg som kandidat til presidentvervet.

PÅ SYTTITALLET JOBBET psykologene med svært begrensede oppgaver. En tidligere kollega fortalte meg om den tiden og at han snek seg til å ha samtalerapi med pasientene i ledige øyeblikk, på tross av at testing var hans eneste ansvarsområde. Psykiaterne på avdelingen forstod pasientenes påfølgende bedring som effekt av medisineringen de hadde stått på i årevis forut.

Vi har kommet langt siden den gang. Psykologforeningen har i en årrekke jobbet målrettet opp mot beslutningstakere, og i dag betraktes samtalerapi som den mest hensiktsmessige behandlingen av psykiske vansker. Våre naboland fremholder Norge som et eksempel til etterfølgelse når det gjelder psykologers gjennomslagskraft (*Psykologernes fagmagasin*, nr. 12, 2018).

NEDPRIORITERING AV PSYKISK HELSEVERN

Det har alltid vært en uttalt målsetting for Psykologforeningen at psykisk helse skal sidestilles med somatisk helse. Befolkningen skal få dekket sine psykologiske behandlingsbehov på lik linje med de somatiske. De senere årene har imidlertid dette målet møtt motstand. Psykisk helse blir nedprioritert av helseforetakene. Helseministeren snakker mye om psykisk helse, men gjør lite for å endre ressursituasjonen for en stadig mer presset spesialisthelsetjeneste.

De foretakstillitsvalgte gjør en formidabel innsats for å stagge utviklingen og slår alarm, men møtes ikke av helseforetakene, som i stedet uthuler tillitsvalgtapparatet og virker lite innstilt på dialog. Vi som jobber i det offentlige helsevesenet, har merket nedbyggingen i lang tid, og flere har bedt om økt innsats fra Psykologforeningen på dette området.

SAVNER INNSATS FRA PSYKOLOGFORENINGEN

Tor Levin Hofgaard har oppnådd mye i løpet av sine 12 år som president. Like fullt har denne utviklingen i psykisk helsevern funnet sted mens han har stått ved roret. En president er ansvarlig for Psykologforeningens strategi og forankring av denne hos medlemmene. Han eller hun er – og skal være – foreningens ansikt utad, og skal representere medlemmenes interesser og holdninger.

90 prosent av helsehjelpen i Norge gis i spesialisthelsetjenesten. Blankholmutvalgets utredning (NOU 2018:16) om prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester påpeker hvor utfordrende det vil være å dekke ressursmangelen i dagens psykisk helsevern gjennom oppbygging i kommunene. Kan vi som psykologer sitte stille og se på at tilbudet i denne tjenesten forvitrer?



HÅKON KONGSRUD SKARD,
psykologspesialist
og kandidat til
presidentvervet

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**





Vi ser at foretak som tidligere ikke har hatt noe rekrutteringsproblem, opplever spesialistflukt fra det offentlige til det private

IKKE UTEN EN STERK SPESIALISTHELSETJENESTE

En av de største seirene for Psykologforeningen de senere årene er lovfesting av psykolog i kommunen, en milepæl som det har blitt jobbet mot i flere tiår. Potensialet i å knytte psykologer som jobber forebyggende, til lokalsamfunnet er enormt. Dessverre mister dette fremskrittet sin effekt uten en spesialisthelsetjeneste som kan ivareta behandlingsbehovet til utsatte barn og deres foreldre.

Kommunepsykologene rapporterer allerede at de bruker mesteparten av tiden sin på behandling. Det er liten grunn til å tro at dette vil endre seg når mennesker med sammensatte behov ikke får et adekvat tilbud i spesialisthelsetjenesten. Disse menneskene forsvinner kanskje fra helseforetakenes pasientlister, men behovene deres forsvinner ikke. Manglende ressurser i spesialisthelsetjenesten gjør at behovene i stedet legger beslag på ressurser og kompetanse som kunne og burde blitt brukt på helsefremmende og forebyggende tiltak i nærmiljøet.

ET GODT BEHANDLINGSTILBUD FOR ALLE

Det reduserte tilbudet i spesialisthelsetjenesten gjør også at ressurssterke personer vender seg til det private markedet for samtalerterapi, og vi ser at antallet store private aktører som gir slike tilbud, har økt dramatisk. Denne todelingen av helsevesenet er ikke forenlig med Psykologforeningens målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller og fokuset på at menneskers økonomiske situasjon ikke skal være avgjørende for tilgang på adekvat behandling.

Utviklingen har også konsekvenser for Psykologforeningen og oss som medlemmer. Det har lenge vært utfordrende å rekruttere spesialister i enkelte helseforetak. Nå ser vi også at foretak som tidligere ikke har hatt rekrutteringsproblemer, opplever spesialistflukt fra det offentlige til det private. Dette senker kompetansenivået i tilbudet til de svakest stilte pasientene. Vi står igjen med et tilbud til befolkningen som er redusert i omfang og kvalitet, og som gir dårligere vilkår for mennesker i behandling, for våre medlemmer og for psykologifaget som helhet.

TID FOR EN NY KURS

Som psykolog kan jeg ikke stå og se på at den nåværende kursen fortsetter. Psykologforeningen har alltid vært – og skal være – en forening som ivaretar medlemmenes mangfoldige interesser, og som jobber aktivt for at mennesker med psykiske vansker skal få et godt behandlingstilbud. Jeg har stor tro på at det er mulig å forene flere faglige målsettinger. Men da trenger vi en kursendring. Vi trenger et helhetlig blikk på vår samfunnsinnsats som psykologer og en erkjennelse av at god forebygging ikke kan skje uten et godt behandlingstilbud.

Derfor stiller jeg til valg som ny president i foreningen. Historien viser at vi kan ha stor gjennomslagskraft. Tiden har kommet for at vi igjen står skulder ved skulder i innsatsen for faget. Ved å jobbe sammen på tross av uenighet, tenke fremover uten å glemme hvor vi kommer fra, og ha blikket festet på felles mål, er jeg overbevist om at vi kan oppnå store resultater. Vi jobber på forskjellige steder og forfekter tidvis ulike faglige ståsted, men vi kan alle forenes om helt sentrale verdier ved mennesket, samfunnet og psykologifaget. Psykologforeningen er vårt fremste redskap i å fremme disse verdiene – nå og fremover. Jeg ønsker å bidra og oppfordrer dere alle til å være med på å forme fagets fremtid. ✕



MER DEBATT KUN PÅ NETT:

Hvem skal lede Psykologforeningen?

Selv om kontinuitet gjennom gjenvalg kan være behagelig, ja, endog riktig, gjør den manglende politiske kampen at vi mister en anledning til å få tydeliggjort foreningens samfunnspolitiske, fagpolitiske og lønnspolitiske veivalg, skriver sjefredaktør Bjørnar Olsen i en kommentar på våre nettsider.

Retter baker for smed

Hverken jeg eller Psykologforeningen kan ta ansvar for at helseforetakene ignorerer sin eier.

HÅKON KONGSRUD SKARD skriver i et debattinnlegg (side 186) at nedbyggingen av psykisk helsevern har skjedd mens jeg sto ved roret som president i foreningen. Jeg mener han retter baker for smed. Jeg styrer ikke prioriteringene i sykehusene. Men jeg jobber hver dag for å påvirke dem.

For at jeg skal avstemme valgene vi gjør i det daglige påvirkningsarbeidet, har det vært viktig for meg å ha bred forankring hos medlemmene, og lav terskel for dialog. Dette har vi sikret ved nært samarbeid med de tillitsvalgte om hvordan vi legger opp påvirkningsarbeidet. To ganger i året holdes politiske verksteder for tillitsvalgte i sykehusene. Der utmeisles hovedlinjene for strategien vi legger opp. I tillegg har vi løpende dialog og får tilbakemeldinger på kursen vi legger opp. Vi har også lønns- og arbeidsutvalget, der alle tariffområdene møtes, som diskuterer strategier og veivalg flere ganger i året.

Dette gjør det mulig å trykke på, både ovenfra og nedenfra, med en felles strategi for å få til en kursendring av prioriteringene i sykehusene.

Med utgangspunkt i denne felles strategien har vi jobbet med påvirkning av blant annet Nasjonal helse- og sykehusplan, den gylne regel, pakkeforløp, innsatsstyrt finansiering, antall avtalespesialister, ledelsesreform, kvalitetsmålsreform, helseforetaksmodellen,

flytting av DPS til kommunen, tvang, og autonomi for behandlerne. Og vi har jobbet for å bedre de kommunale tjenestene slik at sykehusene kunne fokusere på den fem prosenten av befolkningen de er ment å skulle hjelpe. Hele tiden har forankringen hos de tillitsvalgte vært kjernen i det vi har gjort.

Om en ukes tid møter jeg igjen de tillitsvalgte til politisk verksted. Jeg forventer som vanlig friske diskusjoner og gode innspill til veien videre. Slik at vi kan fortsette påvirkningen av et tilbud til befolkningen som setter kvalitet og kompetanse i førersetet. Det tar jeg gjerne ansvaret for. ✕

TOR LEVIN HOFGAARD,
president i Norsk
psykologforening

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**

MER DEBATT KUN PÅ NETT:

Helse til alle kjønn

Med ICD-11 blir kjønnsidentitet fjernet fra kapittelet om psykiske lidelser. Dette er et paradigmeskifte for den faglige forståelsen av kjønns- mangfold, skriver psykologspesialist Silje-Håvard Bolstad i sin kronikk publisert på Psykologtidsskriftets nettsider. Gjennom ICD-11 fremheves følgende to realiteter, ifølge Bolstad: Det finnes et mangfold av kjønnsidentiteter, og selv med en normativ identitet som kvinne eller mann er et ønskelig behandlingsutfall likevel ikke gitt av en normativ standard. Noen er fornøyd med å være mann uten penis, eller kvinne med penis.

Glemmer primære emosjoner



Det er vanskelig å forstå hvorfor Lars Smith utelater våre primære emosjoner i boken *En kort introduksjon til utviklingspsykologi*.

SIGMUND KARTERUD,
professor i psykiatri

UTVIKLINGS- PSYKOLOGI

LARS SMITHS BOK (2018) *En kort introduksjon til utviklingspsykologi* har nylig fått rosende omtale i tidsskriftet (Jacobsen, 2019). Jeg slutter meg til Jacobsens godord. Likevel tillater jeg meg å komme med noen kritiske bemerkninger om Smiths utlegning av temaet utviklingspsykologi og evolusjon. Ikke det at det er noen vesentlige feil i boken, men temaet hadde fortjent litt mer eksplisitt drøfting. Nettopp fordi denne boken sikkert kommer til å få stor utbredelse innenfor mange studieretninger, og vil prege mange studenters kunnskapshorisont.

I kapittelet om utviklingen av et emosjonelt liv slutter Smith seg til en «darwinistisk tilnæringsmåte». Som han skriver: «Utviklingen er basert på medfødte responser eller *emosjonelle aksjonsmønstre* ...» (s. 52). Senere (s. 60) beskriver han de «selvbevisste emosjonene»: sjenert-het, sjalusi/misunnelse, empati, skam, skyld og stolthet. Men av en eller annen merkelig grunn beskriver han ikke hvilke *primære emosjoner* vi har. Det er en kunnskap som studentene i høyeste grad trenger. Det er vanskelig å skjønne grunnen til denne utelatelsen. Det er riktignok litt strid om hvilke emosjoner som fortjener betegnelsen primære, men denne striden kunne ha vært kort referert.

Smith legger stor vekt på tilknytningsprosessen som formende for individets utvikling. Hadde han vært litt mer presis om primære emosjoner, hadde han også kunnet begrunne tydeligere for studentene den evolusjonære sammenhengen mellom primære emosjoner og tilknytning (se Karterud, 2017).

SPRÅKUTVIKLING

Jeg synes også han kunne ha vært tydeligere om evolusjon og språkutvikling. Han gjør seg til talsmann for et sosial-pragmatisk syn på språkutvikling (i motsetning til et «indrestyrt» syn à la Chomsky). I likhet med Smith mener jeg at et sosial-pragmatisk syn har større forklaringskraft. Men da bør man forsøke å redegjøre for hva det er ved mennesket som gjør at språkutvikling overhodet kan finne sted. Dersom det ikke skyldes et (eller flere) «språkgen», hva skyldes det da? En måte å finne ut av dette på er å sammenligne kommunikasjon hos små barn med kommunikasjon hos andre primater, spesielt sjimpanser. Dette er et blomstrende forskningsfelt som har gitt mange interessante resultater. Det viktigste er kanskje at sjimpansers høyst begrensede kommunikasjonsrepertoar har med deres begrensede samarbeidsevne å gjøre.

Når Smith beskriver overgangsperioder i barns utvikling, karakteriserer han ni måneders alder med fremvekst av *evne til felles oppmerksomhet* («joint attention»). Nå er problemet det at også sjimpanser har evne til delt oppmerksomhet og til å gestikulere (f.eks. peke på ønskede objekter). De kan gjøre seg forstått om enkle intensjoner som «gi meg bananen der». Mer sofistikert enn dette blir de stort sett ikke. Hva er det da som gjør at barn av homo sapiens, ut fra en slik enkel protoimperativ kommunikasjon, klarer spranget ut i et sofistikert språksamfunn? Michael Tomasello og medarbeidere har i en årrekke arbeidet med dette problemet og utført en serie eksperimenter som sammen-

ligner barns og sjimpansers kommunikasjon (se Tomasello, 2010, 2014). Med referanse til denne empirien mener Tomasello forskjellen skyldes 1) at homo sapiens har utviklet evnen til *delt intensjonalitet* («shared intentionality»), 2) at dette forutsetter evnen til «recursive mindreading» («jeg sjekker ut om du vet at jeg nå planlegger X»), 3) at det ligger en evne til gjensidig hjelpsomhet til grunn («jeg vil hjelpe deg når det kreves, og det vet du»), og 4) at vårt felles samarbeid om vårt felles prosjekt gjør at vi nå kan snakke om et «vi». Forskjellen på delt oppmerksomhet og delt intensjonalitet forklares ikke i Smiths bok.

Når opptrer evnen til delt intensjonalitet i evolusjonshistorien? Spekulativt kan man anslå dette til for rundt 400 000 år siden. Like viktig i teorien om språkutvikling er utvikling av evnen til «kollektiv intensjonalitet», som henger sammen med økende krav til samarbeid (ut over samarbeid mellom to eller noen få, som ved jakt eller sankning av mat) på grunn av økning i gruppens størrelse og kompleksitet. Språket får en normativ forankring i felles delte oppfatninger om språkregler fordi de er vesentlige for å løse mer kompliserte «politiske» og «kommunale» problemer. Når skyter denne siste utviklingen fart? For omtrent 100 000–50 000 år siden? Mye har skjedd siden den tid, og våre barn fødes nå inn i allerede etablerte språklige fellesskap og lærer seg dette på sosialt pragmatisk vis.

GRUNNLEGGENDE HJELPSOMHET

Det er viktig for synet på den menneskelige natur at menneskets grunnleggende intensjon om å kommunisere henger sammen med behov for samarbeid og å være innstilt på gjensidig hjelpsomhet. Dette er i skarp kontrast til det syn at mennesket dypest sett er egosentrisk, konkurrerende, aggressivt og antisosialt.

Studenter bør ha kjennskap til samtidens viktigste teorier om tenkningens evolusjonære historie og hvordan ontogenesen preges av fylogenesen. Smiths bok kommer sikkert i flere opplag. Jeg vil oppfordre ham til å revidere neste opplag på følgende tre punkter: 1) navngi og forklar primære emosjoner, 2) påpeke hvordan tilknytning bygger på primære emosjoner, 3) forklar overgangen fra delt oppmerksomhet til delt intensjonalitet og redegjøre kort for evolusjon av evnen til å tenke. ✕

LITTERATUR

- Jacobsen, K. (2019). Holder mer enn den lover. *Tidskrift for Norsk psykologforening*, 56 (1), 50–51.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Smith, L. (2018). *En kort introduksjon til utviklingspsykologien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tomasello, M. (2010). *Origins of human communication*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Tomasello, M. (2014). *A natural history of human thinking*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Psykologtidsskriftet retter

I intervjuet med Allen Frances i januarutgaven av Psykologtidsskriftet, kom vi i skade for å skrive at Frances karriere ikke strekker seg lengre enn 5 år. Det riktige tallet er 45 år. Feilen er rettet i nettutgaven.

- Jeg har tillit til kommunale psykologer

Kommunepsykologene skal ikke etterstrebe spesialisthelsetjenestens og legenes repertoar, vi skal utvikle vårt eget.



**BRITT RANDI
HJARTNES
SCHJØDT**, spesialist
i samfunns- og
allmennpsykologi

**KOMMUNE-
PSYKOLOGI**

DET ER LETT å være enig i deler av Anne-Kristin Imenes siste innlegg i debatten om kommunepsykologrollen (se boks for oversikt over innleggene i debatten). Som at vi psykologer kan ha nytte av både å snakke sammen og å dele kompetanse med allmennleger og samfunnsmedisinere – og de med oss. Jeg kan lett se for meg fellesmøter der psykologer og leger kan møtes rundt kliniske problemstillinger. For vi psykologer er fortsatt aller mest klinikere, og vi har ambisjoner for utrednings- og behandlingsarbeidet i kommunen. Jeg kjenner ingen psykologer som er redd for å miste det kliniske oppdraget av syne.

ALLSIDIGE, KOMPETENTE OG ENGASJERTE

Det jeg reagerer mest på fra Imenes, er det som jeg oppfatter som en gjennomgående nedvurdering av psykologenes praksis, kompetanse og engasjement for et bredt kommunalt klinisk psykisk helsearbeid. I motsetning til legene, slik jeg oppfatter henne. Psykologene jobber mye klinisk og individrettet – både på tvers i kommunen og sammen med spesialisthelsetjenesten. Vi jobber direkte og indirekte tverrfaglig med lette, moderate, alvorlige og sammensatte hjelpebehov, langs hele livsløpet. Vi er opptatt av å utvikle både den allmennpsykologiske og den samfunnspsykologiske rollen. Vi gjør det gjerne i en sammenheng, sammen

med mange andre fagfolk. Vi gjør det i tråd med føringer fra myndighetene. Dette får lite anerkjennelse fra Imenes.

Jeg oppfatter tvert imot Imenes som litt nedlatende overfor sine kollegers praksis når hun i det siste innlegget sitt skriver om oss at «... lavterskel klinisk arbeid i førstelinjen ofte fremstilles som lett ...», eller at psykologene tenker at klinisk arbeid er «... noe som nærmest skjer av seg selv uten å behøve nærmere beskrivelse av faglig tilnærming og organisering». Dette presenteres som det typiske perspektivet fra psykologene. Mens det typiske for mange leger, skriver hun, er at de «... argumenterer, støtter, behandler, koordinerer, er folkeopplysere og saksopplysere ...».

Jeg er heller ikke like imponert som Imenes over allmennlegenes delaktighet i utjevning av sosial ulikhet. Men det er jeg for så vidt ikke alltid over psykologene heller. Mitt største ankepunkt mot legene er likevel ikke faget deres, men hvordan de anvender sin kompetanse nærmest utelukkende i individuelle konsultasjoner – også når de ivaretar «kommunale oppgaver» på helsestasjon eller som tilsynslege på sykehjem. Nettopp organiseringen medfører en lite fleksibel rolleutforming som synes å vanskeliggjøre utadrettet arbeid, samarbeid og deling av kompetanse med andre som også gjør en viktig innsats for en felles pasient. Det



Faksimile fra Anne-Kristin Imenes innlegg om kommunepsykologi i oktoberutgaven 2018.

synes jeg ikke at vi skal tilstrebe, særlig ikke for pasientgrupper med sammensatte og langvarige hjelpebehov.

MEDVIRKNING OG SAMARBEID

Ja, vi er enige om at vi må søke medvirkning og samarbeid fra barn og unge, foreldre, andre voksne, eldre og pårørende. I Bergen har vi nylig vært gjennom en prosess der vi har spurt de som skal bruke den nye «Barne- og familiehjelpen», hva tjenesten bør inneholde, og hvordan den skal presenteres. I tillegg har kunnskapsbaserte anbefalinger og innspill fra kommunale samarbeidsparter – også leger – påvirket tjenesteutviklingen. Dette samarbeidet skal fortsette gjennom feedback-informert tjenesteutvikling. Vi har hatt som mål å utvikle et tilbud som befolkningen og de kommunale tjenestene opplever som relevant, viktig og nyttig. Vi skal samarbeide godt med legene, men jeg er ikke enig med Imenes i at de skal sitte i et slags faglig fører sete. Den tiden er over.

LEVERER SPISSKOMPETANSE

Psykisk helse i kommunen er et tverrfaglig praksisfelt der psykologer er en relativt ny faggruppe. Selv om noen kommuner har hatt psykologer i mange år, vet vi at psykologene – både med og uten erfaring og spesialitet –

opplever uklare og mangfoldige forventninger. Dette gjelder både på det allmennpsykologiske og det samfunnpsykologiske området. Min oppfatning er at mange av kommunepsykologene – kanskje de fleste – nettopp ser behovet for å utvikle også den kliniske rollen som en del av kommunens tverrfaglige hjelpetilbud. Mange beskriver behovet for å gjøre psykologer mer tilgjengelig på de arenaene menneskene befinner seg på i det daglige. Jeg hører om – og fra – mange kollegaer som ønsker å bidra til å styrke folks mestring, deltakelse, helse og livsbetingelser gjennom tverrfaglig innsats – ikke minst for de sykeste og de med mest sammensatte hjelpebehov. Disse kollegaene kan Anne-Kristin Imenes gjerne låne øre til.

DEBATT OM KOMMUNEPSYKOLOGI

Tidligere innlegg:

- Nr. 10 - 2018** Snakk med fastlegene (debatt, Imenes)
- Nr. 11 - 2018** Vi bør ikke se for mye til fastlegene (debatt, Schjødt)
- Nettutgaven, des. 2018** Det er ikke farlig å snakke for mye (debatt, Imenes)

Debattert

I kommunen

GRENSER Sverre Nesvåg mener Stavangers organisering fører til at hver hjelpeinstans blir opptatt av å avgrense sitt ansvar. De tar bare ansvar for den tjenesten de selv skal levere. Samme problemet oppstår mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, ifølge Nesvåg.

Sverre Nesvåg i Stavanger Aftenblad 17. februar

ANSVAR Åsnes kommune ønsker å være i front, og etablerer et framtidrettet helsetilbud innen rus og psykiatri, og tar grep for å stå på egne bein, ettersom alle kommunene fikk ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rus fra 1. januar.

Fra reportasjen «Psykiatriske pasienter får mer hjelp lokalt» i Glåmdalen 18. februar

SAMARBEID Innlandet Arbeiderparti går til valg med kraftig innsats for bedre psykisk helse og forebygging av selvmord. Gjennom godt samarbeid på kryss av kommunegrensene og en overordnet regional innsatsmodell legger vi et godt grunnlag for gode og målrettede tiltak.

Mona Stormoen, Hamar Arbeiderblad, 19. februar

LØFT I likhet med vår regjering, har Viken Høyre som ambisjon å bidra til at tilbudet til de mest utsatte, særlig innen rus og psykisk helse fortsatt styrkes. Vi mener at barn og unges psykiske helse trenger et løft gjennom blant annet bedre samarbeid mellom kommuner, fylkeskommuner, skolehelsetjeneste, og spesialisthelsetjenesten.

Monica Carmen Gåsvatn, TV Østfold 19. februar

SMÅKOMMUNER [Lappegard] meiner det er fleire pasientgrupper det er utfordrande å lage eit godt tilbod til i Hallingdal: - Psykisk helse og rus er ei av desse gruppene, men også demensomsorg og tilbodet til personar med utviklingshemming. Dette er tre område der me ser at små kommunar har vanskar med å stille både ressursar og kompetanse.

Øystein Lappegard til Hallingdølen 19. februar



Meningsløst arbeid

Det gjøres altfor mye pseudoarbeid, også i psykisk helsevern.

ANNA M. SZULC, psykologspesialist i privat praksis

NEW PUBLIC MANAGEMENT

BOKEN *Pseudoarbejde – hvordan vi fikk travelt med at lave ingenting* er rystende lesning. Gjennom mange eksempler fra virkeligheten beskriver forfatterne Dennis Nørmark og Anders Fogh Jensen, som har bakgrunn som filosofer og er fra hver sin politiske fløy, hvordan arbeidslivet som vi kjenner det i dag, er stappfullt med såkalt pseudoarbeid. Dette er arbeid uten egenverdi, der funksjonen er å tilfredsstille byråkratiet og holde folk beskjeftiget med noe den tiden de skal være på jobb, i stedet for at folk skal kunne ha fri når det virkelige arbeidet er gjort. De skriver om hvor nedbrytende det er å ha en arbeidsdag der store deler av dagen består av oppgaver blottet for mening. Og de analyserer på forbilledlig vis hvordan ledelse basert på NPM (New Public Management) skaper og opprettholder denne tendensen istedenfor å beskytte medarbeidere mot alt som kommer i veien for jobben de skal gjøre.

Boken setter på dagsordenen den virkeligheten som også vi i helsevesenet kan kjenne oss igjen i. Stadig mer av tiden vi egentlig skulle brukt på pasientene, spises opp av meningsløse «oppgaver» med svært liten relevans for de vi skal hjelpe. Skåringer, skjemaer og målinger av såkalte kvalitetsindikatorer som sier lite om behandlingen som gjøres eller pasientenes behov, tar tid og tapper oss for energi. Følelsen av fremmedgjøring, avmakt og meningsløshet og erkjennelsen av at rammene ikke gjør det mulig å gjøre jobben vår slik vi vet er riktig, medfører slitasje og risiko for å bli utbrent.

Finnes det en vei ut av dette? Forfatterne er ikke i tvil. Menneskesyn og ledelse er nøkkelordene. I stedet for et menneskesyn basert på tanken om at folk må kontrolleres mest mulig, trengs det tillitsbasert ledelse. Ledelse som antar at mennesker ønsker mening i livet, og yter best når de kan få gjøre jobben sin på en måte som kjennes meningsbærende og fører resultater med seg. Høres dette intuitivt riktig ut? Det er vel ingen som blir lege, psykolog eller lærer basert på ønsket om å ikke gjøre jobben sin?

Mange av oss som jobber eller har jobbet innen offentlig psykisk helse, har lenge erfart arbeidssituasjonen og utviklingen som svært uholdbar, skadelig for pasientene og skadelig for oss som skal hjelpe. Men hva kan gjøres? Her gir boken oss en svært tiltrengt håndrekning: ikke bare en overordnet analyse av forholdene og drivkreftene bak, men også en oppfordring til å kjempe imot der dette er mulig, gjennom å identifisere og påpeke pseudoarbeid og konsekvensene av dette – og nekte å være med på «galskapen» hvis vi kan. ❌

Behov for mer kvalitetssikring

Vi trenger offentlige organ som sikrer tilgangen på uholdede sakkyndige, og et organ for kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i erstatningssaker.



NORSKE DOMSTOLER BEHANDLER hvert år et betydelig antall erstatningssaker om helseskade der retten trenger bistand fra sakkyndige. Sakkyndighet i slike saker har tradisjonelt vært legenes fagfelt, men i de siste 20–30 år har også psykologspesialister kommet på banen. Bare i pasientskadesaker utarbeides det totalt over 8000 sakkyndige erklæringer hvert år i Norge. Det er ikke lenger uvanlig at aktørene i slike saker søker etter en psykologvurdering, ofte i tillegg til en vurdering fra legespesialist. Arbeidet er viktig, men det er ikke uproblematisk. Det er særdeles viktig å ha en transparent oppnevningssprosess og over tid unngå å påta seg oppdrag kun for en part. I en eldre sak (Åstadulykken i 2000) ble det for eksempel anført at den engasjerte sakkyndige hyppig støttet den sterkeste part (i dette tilfellet forsikringsselskapet). I noen saker har sakkyndige blitt kritisert for å bygge sin vurdering mest på den skadelidtes subjektive perspektiv av et traume, uten å sammenholde dette med sakens øvrige dokumentasjon. Objektivitet er her, som ellers, viktig.

HVA HANDLER ERSTATNINGSSAKENE OM?

Erstatningssaker for helseskade handler om erstatning for ulike typer av mulig påførte skader, herunder yrkesskader, trafikkskader, pasientskader, fritidsskader og skader som følge av straffbar handling. Det kan også fremmes erstatningssak på grunn av helseskade som følge av mangelfull oppfølging og tiltak fra

barnevernstjeneste, skolevesen eller andre offentlige instanser.

De rettslige vurderinger og konklusjoner i erstatningssaker om helseskade er basert på en avveining av faktum og juss. Det er relativt få lovregler som styrer sakene, og mye er overlatt til det rettslige skjønn i domstolene. Sakene er sivile, og beviskravet er sannsynlighetsovervekt for at det foreligger helseskade, og at den skaden man søker erstatning for, utgjør en hovedårsak. Ofte kan det være motstridende syn på flere av sakens anliggender. Den som søker erstatning, vil gjerne attribuere skadeårsaken til den hendelsen det søkes erstatning for, mens motparten ofte har blikket rettet mot andre mulige årsaker. I tillegg er den ene part ofte mektigere enn den andre, for eksempel et forsikringsselskap, arbeidsgiver eller offentlig instans kontra en privatperson.

De fleste erstatningssaker om helseskade løses likevel utenom retten, og mindre enn to prosent av alle personskadesaker registrert av forsikringsselskapene ender med rettslig konflikt. Et slikt forlik kan ofte baseres på en sakkyndig vurdering.

HAR DE SAKKYNDIGE FOR STOR MAKT?

Juristene i erstatningssaker er som oftest avhengige av ulike spesialisters vurderinger for å belyse faktum. Det er nødvendig å få utredet faktum omkring den skadelidtes helse, slik som diagnostiske avklaringer, vurdering av årsak, og av eventuelt invaliditets- og funk-

JØRGEN SUNDBY,
RAGNHILD
STOKKE, TORIL
HAVIK, THOMAS
NORDHAGEN, PÅL
GRØNDAHL og
ANNIKA MELINDER,
leder FURS

SAKKYNDIGHET



Røsæg-mandatet for erstatningssaker om helseskade

- Den sakkyndige bes innkalle den skadelidte til undersøkelse og vurdering, og informere om når spesialisterklæringen forventes å foreligge.
- Erklæringen skal utarbeides i samsvar med helsepersonelloven, særlig § 15 og § 27, og etiske regler for leger og psykologer.
- Det bør gå klart frem om og når man bygger på skadelidtes fremstilling, bakgrunnsinformasjonen eller den sakkyndiges egen vurdering.
- Fagbegrep ønskes forklart i den utstrekning de forekommer.
- Det anses som viktig å presisere hvilke opplysninger og dokumentasjon erklæringen bygger på. Dersom det er tvil om hvilke faktiske forhold den sakkyndige skal legge til grunn, må det må utarbeides alternative vurderinger basert på ulike faktiske forutsetninger.
- Erklæringen skal *beskrive* skadelidtes familiesituasjon, sosiale og arbeidsrelaterede forhold de siste årene før ulykken, symptomutvikling fra skadetidspunktet, de faktiske forhold ved ulykken, skadelidtes vurdering av sin nåværende helsetilstand og hvilke gjøremål han eller hun er hemmet i eller forhindret fra å utføre, samt funn ved klinisk undersøkelse og resultater av eventuelle supplerende undersøkelser.
- Erklæringen skal *vurdere* hvorvidt funnene og de subjektive symptomene etter ulykken kan relateres til den aktuelle ulykkeshendelsen. Alle mulige årsaker til plagene må diskuteres, og vurderes i forhold til hverandre. Sannsynligheten for årsakssammenheng angis som større eller mindre enn 50 %. Dette vil ofte i vårt fagområde være en skjønsmessig vurdering der forskjellig fagfolk kan komme til ulik konklusjon.
- Erklæringen skal også *vurdere og begrunne* den varige skaderelaterte medisinske invaliditetsgrad i prosent i henhold til Sosial- og helsedepartementets invaliditetstabell.
- Man skal også *vurdere og begrunne* hvilke gjøremål skadelidte som følge av skaden er hemmet i eller forhindret fra å utføre. Dersom skadelidtes tilstand er preget av ikke skaderelaterte lidelser, ønskes både en vurdering av den skaderelaterte funksjonsnedsettelsen og den samlede funksjonsnedsettelsen.
- Den sakkyndige skal *vurdere* om den skadelidte kan ha nytte av behandling eller hjelp til å forbedre, lindre eller opprettholde sin helsemessige situasjon. Det bes om en redegjørelse for type, omfang og varighet og beskrivelse av behandlingen eller hjelpens nytte og verdi for skadelidte på kort og lang sikt.

Regjeringen.no, 2000

sjonstap. For å svare på slike spørsmål spiller både medisinsk og psykologisk ekspertise sentrale roller. De sakkyndige skal ikke ta stilling til selve erstatnings- og skyldspørsmålet i saken, men deres utredning er oftest av stor betydning når retten skal ta stilling til dette. Flere jurister har ytret at de sakkyndige har for stor makt, og at vurderingene kan bli tilfeldige. Det er påpekt at de sakkyndige oppdragene ofte blir gitt til private fagpersoner, og at de ikke har noen formell opplæring i denne type arbeid. Det er også kritisert at man ikke har noen uavhengig fagkommisjon til å vurdere de sakkyndige erklæringene, slik som det er i straffesaker (Den rettsmedisinske kommisjon, DRK) eller i barnevernssaker (Barnesakkyndig kommisjon, BSK). Unntaket er erstatningssaker som også er straffesaker, der sakkyndighetserklæringen i erstatningssaken skal fremlegges for DRK. Andre ankepunkter er lang leveringstid på sakkyndighetserklæringer, sprikende erklæringer med motstridende syn samt uenighet mellom sakkyndige knyttet til vurderingen av diagnose, invaliditetsgrad og årsakssammenheng.

RØSÆG-UTVALGET

Utfordringene med sakkyndighet i erstatningssaker bidro til at stortinget på slutten av 90-tallet opprettet et utvalg, ledet av professor Erik Røsæg, for å utrede forbedring av sakkyndigheten i saker om helseskade. Utvalget kom i 2000 med forslag om bedre opplæring av de sakkyndige, skjerpede habilitetsregler og bedre prosedyrer for avdekking av bindingsforhold til partene. Man foreslo også å opprette to offentlige organer, ett for oppnevning av sakkyndige leger (psykologer) og ett for kvalitetssikring av sakkyndigrapporter. Man foreslo også å innføre et standardmandat for de sakkyndige erklæringene i slike saker. Utvalgets forslag har dessverre i liten grad blitt realisert av myndighetene, med unntak av et «standardmandat». Dette har siden vært brukt i de fleste sakkyndige oppdrag av denne type, noe som gir en mal for hva en sakkyndig erklæring bør inneholde.

UTFORDRINGER I SAKKYNDIG ARBEID MED HELSESKADE

Standardmandatet (se tekstboks) gir en del utfordringer for den sakkyndige.

Den sakkyndige må først og fremst gjøre en bred nok undersøkelse av den skadelidte, med bruk av intervju, observasjoner, tester og



GODKJENTSTEMPEL

Fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet ønsker seg et organ for kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i erstatningssaker. Idag finnes det slike organer i straffe- og barnevernssaker. Foto: Signe Dons / Aftenposten / Scanpix

spørreskjema. Sakkyndig må også forholde seg til utredninger fra andre fagfolk, og øvrig dokumentasjon i saken, eventuelt mangler på dokumentasjon. Hendelsene saken handler om, kan ligge langt tilbake i tid, og det kan være vanskelig i nåtid å huske hva som egentlig skjedde. En vurdering basert på den skadelidtes subjektive oppfatning av sin helse og hendelsesforløp i nåtid, uten å sjekke dette opp mot dokumentasjon av hendelsesforløp, er ikke tilstrekkelig. Vurderingene må formidles skriftlig og muntlig for retten og partene, og gi uttrykk for tvil. Den sakkyndige bør kunne drøfte alternative hypoteser, og vurdere på hvilket faglig grunnlag man besvarer mandatet. Dette krever både klinisk og vitenskapelig kunnskap og erfaring, og spesi- fikk erfaring med å utøve sakkyndighetsrollen.

Å være sakkyndig er noe annet enn å være behandler. Som behandlere arbeider psykologer oftest på oppdrag for pasienten. Man skal forstå verden slik pasienten ser den, og forholde seg til pasientens opplevelser og perspektiv. Som sakkyndig arbeider man for retten, og

må vurdere den skadelidende fra flere perspektiv. Det man konkluderer med, blir ikke alltid i pasientens interesse. Dette må den sakkyndige klargjøre, både overfor seg selv og pasienten man undersøker.

Standardmandatet bygger på en naturvitenskapelig årsaksmodell, og passer best til å vurdere akutte og fysiske skader. Det legger opp til at den sakkyndige skal kunne identifisere klare medisinske tilstander og årsaker med operasjonaliserbare kriterier for anvendelse av tabellene for medisinsk invaliditet. Dette er enklest der den sakkyndige klart kan sammenligne forandring i den skadelidtes helse og funksjon før og etter det som skjedde. I noen saker vil psykologer kunne gjøre dette, for eksempel ved akutte hodeskader eller akutte psykiske traumer hos personer som tidligere har fungert godt. Det kan oppleves vanskeligere å bruke mandatet når man utreder og klassifiserer sammensatte psykiske og somatiske plager som har vart over lang tid, gjerne helt fra barndommen. Årsaksforholdene ved





En utfordring for psykologer i erstatningsfeltet er at mange helseskader kan være sammensatt av både fysiske og psykiske plager

psykiske lidelser og psykosomatiske lidelser er ofte sammensatt, og diagnosene overlappende. Diagnoser innen psykisk helsevern må sannsynliggjøres og drøftes ut fra de kriterier som gjelder for diagnosen, men det er stort rom for skjønn. Den sakkyndige bør sammenligne den skadelidtes tilstand og forløp med den vitenskapelige litteratur om tilstanden på gruppenivå, men samtidig være forsiktig med å trekke direkte slutninger fra gruppedata til individ. Man må også gjøre analyser av hva som er sammenfallende, og hva som avviker fra eventuelle gruppedata i den saken man utreder. Er de utløsende årsakene tydeligere enn det som vanligvis forekommer, for eksempel ved en angstlidelse eller depresjon? Er hendelsen det søkes erstatning for, av en slik karakter at de fleste ville fått en psykisk reaksjon i etterkant? Er det en enkelthendelse, eller har det pågått gjennom en lang livsperiode? Sosialdepartementet har utarbeidet kriterier og tabeller for invaliditetsgrad også vedrørende psykiske lidelser. Det finnes egne invaliditetstabeller, både for kognitiv dysfunksjon, PTSD og psykoselidelser.

Når den sakkyndige skal vurdere den skadelidtes arbeids- og funksjonsevne før og nå, relaterer man seg mer direkte til den skadelidtes liv og funksjon i hverdagen. Man må i tillegg skjelle til tidligere skole- utdannings-, og yrkeshistorie og sette seg inn i hva andre instanser, for eksempel NAV, har utredet, og hva slags tiltak som har vært prøvd etter skaden. Den sakkyndige må vurdere hvor mye den aktuelle hendelsen versus andre forhold har påvirket personens arbeids- og hverdagsliv, og hvordan det sannsynlig blir framover.

En utfordring for psykologer i erstatningsfeltet er at mange helseskader kan være sammensatt av både fysiske og psykiske plager. I slike tilfeller kan det være bra med oppnevning av både lege og psykolog. I andre saker er den somatiske lidelsen allerede godt utredet,

og det er den psykiske lidelsen som er viktigst å vurdere i skadesaken. Da kan det være tilstrekkelig å vise til den somatiske utredningen i den egne psykologiske erklæringen.

Partene kan ha føringer for hvem som blir spurt om sakkyndig oppdrag, og skal i utgangspunktet samtykke til valg av sakkyndig. Dette kan føre til en diskusjon for og mot oppnevning av flere aktuelle sakkyndige fagpersoner, noe som kan oppleves belastende. Dette «spillet» må den sakkyndige forholde seg til, og svare på spørsmål om faglig ståsted og erfaring med saker og åpenhet overfor oppdragsgiver og partene.

ØNSKER FOR FREMTIDEN

Fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet (FURS) ønsker at det snart 20 år gamle forslaget fra Røsæg-utvalget (2000) om å opprette offentlige organ som sikrer tilgangen på uuhildede sakkyndige, og et organ for kvalitetssikring av sakkyndige rapporter i erstatningssaker, slik som DRK og BSK i straffe- og barnevernssaker, blir en realitet. Dette vil sikre en uavhengighet og habilitet til parter og bidra til en større tillit til de sakkyndiges vurderinger. Videre er det ønskelig at mandatet i erstatningssaker blir forsøkt tilpasset psykologfaglige perspektiver og modeller. Psykologene i feltet bør selv være med på å påvirke, gjennom å utarbeide og presentere modeller for hvordan dette kan skje. I tillegg ønskes at norske psykologer i større grad er i stand til å påta seg slike oppdrag og stille sin ekspertise til disposisjon for retten. Det forutsetter imidlertid at det legges til rette for at psykologene samler kunnskap og kompetanse om erstatningssakkyndighet på systematisk vis, og at denne kompetansen formidles gjennom kvalitetssikrede utdanningstilbud til de som vil arbeide med dette. FURS holdning er at disse tilbudene bør være organisert i Norsk psykologforening. ✕

REFERANSER

Norsk Psykologforening (2019). Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/utvalg-raad-og-interesseforeninger/fagutvalg-for-rettspsykologi-og-sakkyndighet>

NOU 2000:2 (2000). *Forsikringssselskapers innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2000-23/id143243/sec1>



Sosiale ulikheters psykologi

Kari Frank om Keith Paynes *Følelsen av forskjell*, s. 210.

En klinisk fest

- I boka *Psykoanalytisk diagnostikk* deler Nancy McWilliams generøst av sine egne erfaringer, inkludert små terapinutter. Dette er pedagogikk av ypperste klasse, ifølge Christian Schlüter, side 200.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

Send forespørsel på e-post til nina@psykologtidsskriftet.no.

Differensialdiagnostisk koldtbord

Nancy McWilliams imponerer i en nyoversatt bok om nytteverdien av psykoanalytisk personlighetsdiagnostikk.



NANCY MCWILLIAMS.
Psykoanalytisk diagnostikk - Personlighetsstrukturer i terapiprosessen.
 Gyldendal, 2018,
 446 sider

ANMELDT AV

Christian Schlüter,
 psykologspesialist,
 faglig leder i
 Akerselvspsykologene

VI SKAL BEHANDLE pasienter – ikke lidelser, er Nancy McWilliams mantra i boken *Psykoanalytisk diagnostikk – personlighetsstrukturer i terapiprosessen* fra 2018. Formålet er å hjelpe terapeuter til å bli mer sensitive for de «dypere» aspektene ved pasientens personlighet.

Hun starter derfor boken med å definere hvilke områder av personligheten hun mener er mest klinisk relevante. Dernest anfører hun hvordan individuelle forskjeller fordeler seg langs noen dimensjoner. Til slutt drøfter hun forskjellen mellom en sunn og en patologisk personlighet. For det gir ingen mening å ta stilling til om noe er et avvik, om en ikke også har et begrep om hva som er friskt eller normalt.

Det er ingen hemmelighet av McWilliams er kritisk til moderne diagnostikk. Selv forfekter hun en ideografisk tilnærming, der for eksempel pasientens selvfølelse er mer klinisk relevant enn såkalte objektive kriterier eller personlighetstrekk. Hun søker fenomene pasientene selv er opptatt av, og som først senere fremtrer som «trekk». Hun er heller ikke begeistret over personlighetstester der en må plassere seg enten høyt eller lavt på et trekk: «Vi må ikke bli overrasket over at mennesker er

motsetningsfulle. Selvsagt er vi på begge sidene av en dimensjon (av et trekk). Det betyr ikke at vi er umåtelige komplekse, bare at vi er komplekse på en ikke-tilfeldig måte.»

Hensikten med en dybdeorientert diagnostikk er å informere terapeuten om hva som er pasientens personlighetsproblemer, hva som driver dem, og hvor alvorlige de er. Denne forståelse vil ha alt å si for valg av behandlingstilnærming. Hvordan legge opp en behandling om du har en normal mann med en tvangslidelse versus en med en narsissistisk personlighetsforstyrrelse? Svaret er at behandlingen må være forskjellig. En mer substansiell diagnostikk vil også ruste og berike terapeuten med hensyn til valg av intervensjoner, mulige terapeutiske hindre som overføringer og motoverføringer samt sannsynlig lengde på terapien.

DET PSYKOANALYTISKE GULLET

McWilliams har en uttalt ambisjon med boken: å viderefremde det psykoanalytiske gullet, slik det har akkumulert seg opp gjennom tidene. Hun frykter at de observasjonene og kliniske erfaringene hennes teoritradisjon har gjort, vil drukne i et hav av meningsløse RCT-studier.



SER NYANSENE Nancy McWilliams kan kunsten å gjøre om grovkalibrede personlighetstyper til et differensialdiagnostisk koldtbord, skriver vår anmelder Christian Schlüter. Bilde: Severin Roesen (1855), The Metropolitan Museum of Art

Hun bemerker med rette at psykoanalysen har vært for lite opptatt av forskning, men at det nå har rettet seg. Derfor er boken full av referanser til en lang rekke studier og undersøkelser. Samtidig legger hun like mye stolthet i å formidle «innsikter» fra 50-tallet, og blåser en lang marsj i kravet om at ethvert funn må pynte seg med ordet «moderne» foran.

Ingen teoretisk retning har brukt så mye tid på en dybdeorientert forståelse av personlighet som den psykoanalytiske. Et eksempel i boken kan illustrere psykoanalysens fortrinn: Antisosiale blir gjerne deprimerte etter 2–3 år i terapi. Det skyldes at de begynner å bry seg om terapeuten, og dermed blir mer avhengige og sårbare. For å kunne formidle en slik observasjon må en rett og slett ha hatt mange i langtidsterapi. Det er ikke mange andre terapiretninger forunt i dag.

McWilliams lykkes umåtelig godt i sin budbringerrolle. Folk burde sende henne en buket! For til en slik jobb trengs det ikke bare en person med en vanvittig teoretisk oversikt, men også en som ikke går seg vill i alskens teoretiske spissfindigheter. Selv kaller hun seg en «lumper»; en som har større affinitet til hva teorier har til felles, enn til hva som skiller dem. Hennes bredde- og dybdeforståelse, evne til å komprimere tungt »



Hun søker fenomenene
pasientene selv
er opptatt av

fagstoff og til å fremstille det ved hjelp av særdeles gode illustrasjoner gir prosjektet stor troverdighet.

ALVORLIGHETSGRAD

I kapittelet om alvorlighetsgrad lener hun seg tungt på Kernbergs oppdeling av personligheten i tre nivåer: nevrotisk, borderline og psyko-tisk organisering. Her er problemet, etter min mening, selve terminologien. Den fremstår som lukket, og en skal vite litt om hva som legges i disse begrepene før de gir mening. Nå skal en kanskje ikke kritisere en psykoanalytiker for å være psykoanalytisk, men det får da være grenser. Lettere blir det ikke når navnet på en personlighetsorganisering er det samme som en personlighetstype. Da kan resultatet fort bli at pasienten er «en borderline personlighetstype på et borderline-nivå». Kommer du som leser fra en kognitiv tradisjon er det bare å si – lykke til!

Hvilke domener skal så avgjøre hvor en pasient plasserer seg? Selv foreslår McWilliams fiksering (trygghet, autonomi, identitet), type angst (tilintetgjørelse, separasjon, frykt for straff, skade eller tap av kontroll), primær utviklingsmessig konflikt (symbiotisk, separasjon-individuasjon eller ødipal), objektrelasjonelle egenskaper (monadisk, dyadisk, triadisk) og selvopplevelse (overveldet, angrepet, ansvarlig). Her blir hun, etter min mening, mer psykoanalytisk enn godt er, og det hele virker noe teoretisk rigget. Listen burde vært mer tilgjengelig, og dermed lettere for andre fagtradisjoner å ta stilling til.

Hvilke implikasjoner har så vurdering av alvorlighetsgrad for terapi? Svaret er at terapeuten må bruke ulike terapeutiske tilnærminger og teknikker dersom pasienten for eksempel «er deprimert på et nevrotisk nivå» kontra «deprimert på et borderline-nivå». Jeg må si at mange av hennes anbefalinger klinger godt i mine ører. Det henger sammen med at hun ikke bare henter sine tips fra klinisk forskning, men like mye fra terapeuter som har jobbet lenge med en bestemt type tematikk. Det er tillitvekkende. Det hun skriver om håndtering av borderline-nivå, virker imidlertid litt gammeldags.

I det siste kapittelet drøfter hun forskjellene mellom primitivt versus modent forsvar. Hun presenterer en lang liste over ulike forsvarsmekanismer, og innholdet er en fryd å lese, eksemplene mange og gjenkjennelige. Spesielt interessant er henne syn på kontekstens betydning for forsvaret: «Det finnes vansker som vil ramme selv de friskeste av oss, men det er måten vi lider på som gjenspeiler vår personlighet». Vakkert og så sant!

Det som gjør del én leseverdig er hennes evne til å organisere stoffet, og til å oversette kompliserte begreper til noe forståelig. Det er imponerende hvor stor oversikt hun har, og hvor godt hun klarer å krydre stoffet med eksempler fra terapirommet og fra livet i sin alminnelighet. Dette er kort og godt en dame som vet å sette tingene sammen.

PERSONLIGHETSTYPENE

Del to tar for seg de ulike personlighetstypene, og utgjør omtrent halvparten av boken. Det vil ta for stor plass å drøfte hver type især, så la meg heller slå fast at hvert kapittel er en klinisk fest! Her gir hun alt hun har, i et utrolig komprimert oppsett. Det er en gåte for meg hvor-

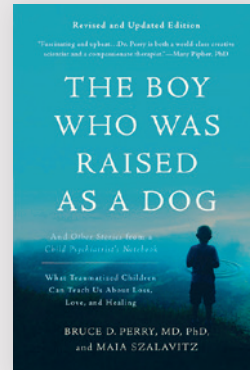
KLASSIKEREN

dan en kan drive effektiv terapi med «karakterlidelser» uten først å ha lest disse kapitlene. Så bra er de.

McWilliams kan bli noe påståelig når hun beskriver kjennetegnene ved de ulike typene. Når ble det for eksempel avgjort at omnipotent kontroll er hovedforsvaret til antisosiale? Og hvem har bestemt at sentral opptatthet hos personer med hysteriform personlighetsproblematikk er kropp, kjønn og makt? Her savnet jeg noe mer enn selvreferering. Når det er sagt, så synes jeg hun gir et nyansert bilde av hver type – inkludert undergrupperinger – slik at både kompleksiteten og heterogenitet er ivaretatt. Jeg savner likevel en del studier, særlig når det gjelder de antisosiale og borderline. Det samme gjelder unnvikende, avhengige og schizotype, som hun (delvis) har utelatt. I stedet har hun med egne kapitler om depressive og masochistiske personligheter.

Det som gjør kapitlene om typene så gode, er at hun illustrerer dem med et vell av anekdoter, kliniske observasjoner og forslag til intervensjoner. Hun deler generøst av egne erfaringer, inkludert små terapinutter. Dette er pedagogikk av ypperste klasse! Dermed makter hun kunsten å gjøre om grovkalibrede «typer» til et differensialdiagnostisk koldtbord. Hennes kliniske guide hviler imidlertid først og fremst på de kliniske data, samt den teoriarv hun forvalter.

Boken er glimrende oversatt av Elisabeth Haukeland, som håndterer de psykoanalytiske begrepene på en utmerket måte. Men er det egentlig noe poeng å oversette slike bøker til norsk? Vil de da nå et større publikum? Neppes. De som er interessert i å lese psykoanalytisk personlighetsdiagnostikk, er trolig også i stand til å lese engelsk. At Gylendal nå har fått denne boken oversatt, er først og fremst en anerkjennelse av hvor viktig boken er. ❌



Hva traumatiserte barn kan lære oss

Bruce D. Perry og Maia Szalavitz: *The boy who was raised as a dog - and other stories from a child psychiatrist's notebook*, 2006

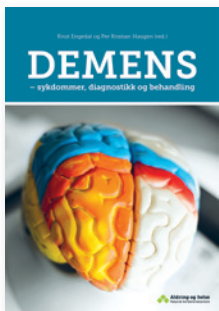
Sommeren 2015 begynte jeg i ny jobb i BUPP Sarpsborg etter et friår i Spania. Jeg var sulten på nytt fagstoff samtidig som jeg fortsatt var litt i feriemodus, så det gjaldt å finne noe som både var lettlest og lærerikt på en gang. På skrivebordet til en kollega lå lydbok-utgaven av boka med denne fascinerende tittelen, og jeg fikk låne den.

Jeg syntes Perry balanserte godt mellom gripende og vonde pasienthistorier og nyere forskning på nevropsykologi. Ikke minst formidlet han hva som var hjelpsomt for at pasientene skulle få det bedre. Han fortalte like gjerne om en varm og omsorgsfull fostermor som om sin egen terapi. Han var ikke redd for å bruke mer alternative metoder som berøring/massasje og rytme/musikk, teoretisk begrunnet med at man må ha på plass grunnleggende hjernefunksjoner som egentlig skulle ha kommet gjennom naturlig omsorg, som vuggende byssing i spedbarnsalder. Jeg var litt redd jeg hadde latt meg fascinere av en alternativ tilnærming med lite gehør i forskermiljøet, men der har jeg blitt beroliget. Senest av fagfolk i RVTS, som refererer til Bruce Perry i sine forelesninger om traumebevisst omsorg. Undertittelen gir en god beskrivelse av innholdet: Hva traumatiserte barn kan lære oss om tap, kjærlighet og tilheling.

Ragnhild Schei, psykolog i Rakkestad kommune, oppfordrer Jon Rekstad til å ta stafettpippen videre

En svært god lærebok om demens

Flere faggrupper bidrar med sin unike kompetanse. Det er spesielt gledelig.



KNUT ENGEDAL OG PER KRISTIAN HAUGEN (RED.)

Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling.
Forlaget aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste, 2018. 400 sider

ANMELDT AV

Martin Bystad, psykologspesialist ved Alderspsykiatrisk avdeling, UNN og PhD-stipendiat ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.

PROFESSOR EMERITUS OG alderspsykiater Knut Engedal står sammen med spesialist i klinisk eldrepsykologi Per Kristian Haugen bak denne nye læreboken om demens. Engedal og Haugen er to av de aller fremste ekspertene på demens i Norge. De har begge vært sentrale i oppbyggingen av demensfeltet i Norge. Engedal og Haugen har fått med seg flere kjente navn innenfor demensfeltet som bidragsyttere, slik som Thale Kinne Rønqvist, Geir Selbæk, Anne Brækhus og Ingun D. Ulstein. I forordet står det at boken henvender seg til psykologer, leger og annet helsepersonell. Boken bygger på en tidligere versjon: *Lærebok om demens - fakta og utfordringer*, som ble gitt ut i 2009. Den nåværende boken er imidlertid nokså revidert, selv om den bygger på den tidligere utgaven.

Boken tar for seg utredning, diagnostikk og tiltak ved demens. Her gjennomgås de vanligste demenssykdommene samt mer atypiske former for demens. Etter hvert kapittel finnes det referanser til videre lesning, der både lærebøker og vitenskapelige artikler er nevnt. Videre er boken fylt med tabeller og illustrasjoner som gir oversikt og oppsummeringer.

NYTTIG FOR PSYKOLOGER

Spesielt vil jeg trekke frem kapittelet om kognitiv funksjon ved mistanke om demens av Haugen og Kinne Rønqvist, som et nyttig kapittel for psykologer. Her fremkommer det at testing av eldre er en ganske annerledes praksis enn testing av yngre personer, og at testene må tilpasses på en helt annen måte ved mistanke om demens. Det gis forslag til tester som er spesielt egnet for eldre og ved mistanke om kognitiv svikt ved demens, slik som Repeatable Battery

for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS), eller California Verbal Learning Test II (CVLT-II). Her kommer det også frem fordeler og ulemper med ulike kognitive screeningtester, slik som Mini Mental Status Evaluering Norsk revidert versjon (MMSE-NR3) eller Klokketesten Norsk revidert versjon 3 (KT-NR3).

Boken er krydret med mange gode eksempler og kasusbeskrivelser, og det gis ofte tydelige retningslinjer og råd. Her er det mye som er anvendbart. Tverrfaglighet er selve bærebjelken innenfor demensfeltet og alderspsykiatrien i Norge. Det er gledelige å se at denne boken klarer å holde et tverrfaglig fokus, og at flere faggrupper bidrar med sin unike kompetanse.

OM NORSKE FORHOLD

Det er også en stor fordel at boken er rettet mot norske forhold, ettersom andre land kan ha nokså ulik organisering av demensfeltet og helsevesenet generelt. I tillegg blir boken mer klinisk relevant når den tar utgangspunkt i ICD-10-diagnoser og det norske lovverket. Til sammenlikning kan utenlandske lærebøker om diagnostikk av demens gjøre det litt vanskeligere for en kliniker å omsette kunnskapen i praksis.

Det eneste jeg virkelig savner med denne boken, er referanser i selve teksten. Riktignok er det referanseliste til hvert kapittel, men ikke underveis i kapitlene. Eksempelvis nevnes det ofte at «Flere undersøkelser viser at ...» uten at det fremkommer noen informasjon om hvilke undersøkelser det er snakk om. Jeg blir ofte sittende og lure på hvilke undersøkelser det da refereres til. Akkurat det synes jeg er en mangelvare, spesielt når dette er en lærebok



NYTTIG Kapittelet om kognitiv funksjon ved mistanke om demens er spesielt nyttig, mener vår anmelder. Her kommer det frem at kognitive tester må spesialtilpasses ved mistanke om demens. Foto: Shutterstock/Scanpix

som bygger på forskningsbasert kunnskap. Og det kan være en begrensning dersom man skal bruke denne boken som en kilde til kunnskap når man skriver oppgaver eller artikler. Jeg forstår ikke helt hvorfor forfatterne har utelatt slike referanser, når det er standard i de aller fleste lærebøker og artikler. Jeg håper slike referanser legges inn i teksten dersom boken kommer i nye versjoner i fremtiden.

RYDDIG OG OPPDATERT

Mitt helhetsinntrykk etter å ha lest denne boken er at det er en svært ryddig, oppdatert og meget god lærebok om demens. Her finnes det svar på nesten alt man lurer på om demens, uansett om det er snakk om kognitiv testing, oppfølging av pårørende, hjerneavbildning eller organisering av demensfeltet i Norge.

Selv om boken er lettlest, er den tettpakket med fakta, råd og retningslinjer. Derfor er nok boken mest egnet som et oppslagsverk fremfor å leses fra perm til perm. Eller så kan de kapitlene som er mest aktuelle, leses enten som fordypning eller som en innføring.

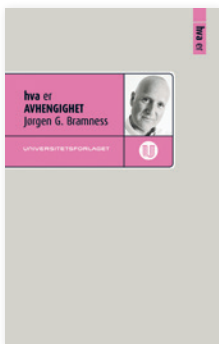
Som en lærebok innenfor demens vil jeg anbefale denne boken på det varmeste. Jeg er imponert over forfatterne evne til å formidle komplekst fagstoff på en så lettfattelig måte. For det er ikke tvil om at demens er et stort og sammensatt fagfelt. Som psykologspesialist i alderspsykiatrien er jeg nødt til å ha god kompetanse på psykiske lidelser som depresjon og angst – i tillegg til demens. Da er jeg avhengig av å ha en slik lærebok tilgjengelig. Alle psykologer som er interessert i og/eller jobber med demens, vil ha stor nytte av denne boken. ✘

”

Jeg er imponert over forfatterne evne til å formidle komplekst fagstoff på en så lettfattelig måte

Kunnskap reduserer skam

Skam hindrer folk i å be om hjelp for rusavhengighet. Denne boken bidrar til å redusere skam.



JØRGEN G. BRAMNESS *Hva er AVHENGIGHET*
Universitetsforlaget, 2018. 160 sider

JEG SATT OG forberedte et plenumsforedrag om tverrfaglig forståelse av avhengighet til den årlige konferansen «Barnet og Rusen». På pulsten min lå mange og store, tunge bøker med detaljerte beskrivelser om årsaker til avhengighet. For meg som leser kom Jørgen Bramness' bok *Hva er avhengighet?* som sendt fra himmelen.

Bramness er lege, psykiater og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet, og professor ved Norges arktiske universitet, Tromsø. Han er en nestor på rusfeltet, og for mange en verdsatt veileder og foredragsholder. Det skaper forventninger når han kommer med en ny bok om avhengighet.

Hva er ...-bøkene er introduksjoner til komplekse tema. De tar sikte på å gi nybegynneren stimulerende møter med et ukjent tema, og for viderekomne skal bøkene gi nye perspektiver. Dette er helt klart et ambisiøst mål for en liten bok. Men boken svarer til forventningene. Den er lettlest, kort og har et uformelt språk. Samtidig har den en travel tone. Her er det mye som skal få plass på 160 sider. Mye fagstoff nevnes i samme åndedrag uten at forfatteren nødvendigvis går i dybden.

MANGE PERSPEKTIVER

I bokens første kapittel tar han oss med på en reise i rusens historie, og belyser hvordan fenomenet avhengighet dukket opp når det ble mulig å lage rusmiddelet sterkere. Han gir en innføring i diskusjonen om hvorvidt avhengighet handler om svak moral eller sykdom.

Deretter diskuterer han fenomenet avhengighet. Andre sentrale temaer er spørsmålet om avhengighet er et valg, og således kan velges bort, og hvilke sider ved menneskets psykologi som kan gjøre en sårbar for å utvikle avhengighet. Det kan være å ha opplevd traumer i livet, ha en personlighet som er nysgjerrig og impulsiv, eller man har en psykisk lidelse som enten dempes med rusmidler eller utvikles av rusmidler.

Forfatteren belyser hvordan avhengighet kan læres på samme måte som annen atferd læres. Her beskrives også den nevrobiologiske modellen for avhengighet. Ny hjerneforskning viser oss hvordan gjentagende bruk av rusmidler skaper endringer i hjernens motivasjons- og belønningssystem. Kort sagt blir vi mer motivert jo mer rusmidler vi bruker, men får etter hvert mindre glede av det. Det kan synes som motivasjonen for å innta rusmidler eller spille opprettholdes til tross for langvarig avhold, og er med på å forklare avhengighet som en sykdom.

Avhengighet følges alltid tett av en sterk skamfølelse. Dette temaet belyses, og ulike behandlingsretninger presenteres.

Det siste temaet er samfunnet og avhengighet, blant annet gjennom å drøfte ruspolitiske utfordringer. «For et folkehelseperspektiv hjelper det ikke bare å behandle de sykeste, man må redusere risikoatferd i hele befolkningen for å gjøre noe med følgene av rusproblemer», skriver forfatteren på side 137. Dette er viktig kunnskap for utforming av ruspolitiske tiltak og restriksjoner i Norge. Det gir en bakgrunn

ANMELDT AV

Tove Mathisen,
psykologspesialist og
fagsjef på Blå Kors
Borgestadklinikken i
Skien



DAGEN DERPÅ – Avhengighet følges alltid tett av en sterk skamfølelse, skriver Tove Mathisen, som har lest Jørgen G. Bramness' *Hva er AVHENGIGHET*.

for å forstå hvorfor vi trenger vinmonopol, forbud mot spillreklame og lave taxfreekvoter.

BER IKKE OM HJELP

Ifølge forskning får bare hver 10. til 12. person med behandlingstrengende alkoholavhengighet noen gang hjelp i primær- eller spesialisthelsetjenesten. Noen vikler seg ut av avhengighet uten å søke behandling, men det er antagelig mange som ikke oppsøker hjelp fordi de skammer seg dypt. Forfatteren er opptatt av hvordan skam ikke bare hindrer folk i å be om hjelp, men også i å ta imot den hjelpen som skal til for å komme ut av problemet. Ved tilbakefall er det skamfullt å be om hjelp på nytt, og noen lar det derfor være. Denne boken bidrar til å redusere skam ved å øke kunnskap om avhengighetens mange årsaker på en informativ og lettlest måte.

Forståelse og behandling av avhengighet er mer enn hva et fagfelt alene kan forklare. Vi trenger kunnskap fra mange fagdisipliner og ikke minst fra personen det gjelder.

Å lese Bramness' bok var som å sette seg ved føttene til en som kan mye, og høre vedkommende fortelle fra sine kliniske erfaringer. Om teorier, refleksjoner og siste nytt om forskning på feltet. Jeg kunne trukket frem mye mer, men anbefaler at du leser hele boken. ✖

”

Vi trenger kunnskap fra mange fagdisipliner og ikke minst fra personen det gjelder

«Man må spørre seg om boksen er en god metafor for menneskesinnet og dets begrensninger», skriver Hans Andreas Tvedt.

Den ganske hverdagslige oppfordringen om å «tenke utenfor boksen» er for de fleste bare en irriterende klisje som ikke nødvendigvis bidrar med annet enn at man føler seg uoriginal. Boksen i uttrykket kan være en metafor for rutinen, de strenge rammene rundt vante tankemønstre, og språkbildet er assosiativt med firkantethet og fordomsfull begrensning.

Uttrykket har sneket seg inn fra engelsk, og dukker opp i norsk skriftlighet i begynnelsen av 1990-årene. På engelsk, der The Phrase Finder kan dokumentere en anvendelse fra 1975 (i *Aviation Week & Space Technology*), er det særlig i ledelses- og motivasjonslitteraturen uttrykket trives, og opphavsteoriene bringer oss fort til psykologien.

En ofte angitt opprinnelse knytter seg til en undersøkelse der gestaltpsykologen Karl Duncker (1926), mens han var student under Wolfgang Köhler, testet sine medstudenters «produktive tenkning» og «funksjonelle fiksering», som var begrepene han brukte. I et av flere lignende eksperimenter delte han forsøkspersonene i to grupper, og brakte dem en og en til et bord der det lå en rekke gjenstander, blant dem stearinlys, esker og tegnestifter. Oppgaven gikk ut på å henge stearinlyset på veggen i øyehøyde ved hjelp av gjenstandene på bordet. Løsningen Duncker selv så for seg, var å benytte tegnestiftene til å feste eskene som en hylle for lysene. Forskjellene for de to gruppene var at på det ene bordet lå tegnestifter, fyrstikker og stearinlys pent i eskene sine, mens bordet for den andre gruppen hadde alt liggende fritt utover, og eskene var tomme. Personene i den første gruppen slet mer med å løse oppgaven (ga opp eller brukte lengre tid), enn dem som sto foran et bord der gjenstandene var strødd ut foran dem. Dette skulle indikere at våre forutinntatte oppfatninger om en tings funksjon (den *funksjonelle fikseringen*, her at eskene var til oppbevaring av gjenstandene som skulle benyttes) begrenser og forvansker vår evne til problemløsning.

Slike tenkemåtetester av evnen til det Edward de Bono (1967) omtaler som lateral tenkning, er morsomt å lese om og prøve ut, og ganske forsmedelig når man befinner seg i gruppen som *ikke* klarer å tenke utenfor boksen. Det er likevel ikke noe som knytter Dunckers tegnestifter utenfor boksen til talemåten, og først 30 år etter at hans hovedverk ble oversatt til engelsk i 1945, er «thinking outside the box» dokumentert skriftlig. Det er nok en etymologi tilført i ettertid, kanskje fordi det er et godt eksempel.

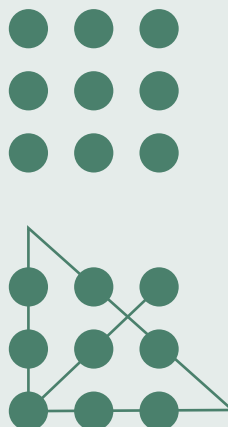
Enda mer vanlig er det å knytte «å tenke utenfor boksen» til det såkalte nipunktsproblemet. The Phrase Finder mener utgangspunktet for uttryk-

Hans Andreas Tvedt er forlagsredaktør i Cappelen Damm Akademisk og driver nettstedet klisjeer.no, som handler om norske uttrykksmåter. I Psykologtidsskriftets spalte vil han se på psykologiens ord og vendinger. Send ham derfor tips om uttrykksmåter, enten de kommer fra folkepsykologien, psykisk helsevern, profesjonsfaget eller andre relaterte områder. E-post: hans@klisjeer.no

ket er denne hjernegåten, som først er kjent fra «Sam Loyd's Cyclopedia of 5000 Puzzles, Tricks, and Conundrums (With Answers)» fra 1914.

Oppgaven er kjent: Ni prikker plassert kvadratisk skal gjennomstrekkes med fire rette linjer uten at man trenger å løfte pennen.

Det finnes andre måter å formulere oppgaven på (og den kan også løses på flere vis, sågar med bare tre streker), men poenget er at hvis man forsøker å holde seg innenfor den usynlige rammen av de ytre prikkene, vil det ikke gå. Det er samtidig ingenting i oppgaven som forlanger det, så «boksen» man forholder seg til, er skapt av vår egen tendens til å innsnevre tenkningen med regler.



I Boyd og Goldenbergs selvutviklingsbok *Inside the box* (2013, s. 19) hevdes det at psykologen J.P. Guilford skal ha utført en studie med de ni punktene tidlig i 70-årene (der bare 20 prosent klarte å bryte ut av den imaginære punkt-boksen), og at denne studien var utgangspunktet for talemåten. Siden er dette iherdig gjentatt som opphavet på internett, men det er så vidt jeg kan se, ingen som viser til hvilken studie dette skal ha vært, og uten nærmere kilder er det vanskelig å undersøke om Guilford har benyttet frasen eller overhodet har arbeidet med de ni punktene.

Kershaw og Ohlsson (2004) gjennomgår derimot flere studier på nippunktsproblemet (uten å nevne Guilford eller å tenke utenfor boksen), og der den eldste er Burnham og Davis fra 1969. Man må imidlertid spørre seg om *boksen* er en god metafor for menneskesinnet og dets begrensninger. De fleste godtar språkbildet uten å tenke nærmere over det, så grovt sett fungerer det jo, men det er altså ingenting som tyder på noe faktisk faglig opphav i psykologien.

For øvrig var funnene til Kershaw og Ohlsson at svært få klarer å løse oppgaven uten betydelig hjelp. Burnham og Davis ga for eksempel en av gruppene beskjed om at løsningen krevde at de trakk strekene utenfor den imaginære boksen. Resultatet var at bare marginalt flere fikk det til. Det er jo litt oppmuntrende å huske på når heisen stopper og du har glemt mobilen på kontoret. ❌

KILDER

- Boyd, D. & Goldenberg, J. (2013). *Inside the Box: The Creative Method that Works for Everyone*. London: Profile Books
- Burnham, C.A. & Davis, K.G. (1969). The nine-dot problem: Beyond perceptual organization. *Psychonomic Science*, 17, 321–323. <https://doi.org/10.3758/BF03335259>
- Danesi, M. (6. mars 2009). The Original «Thinking Outside the Box» Puzzle!, *Psychology Today*. Hentet 06.02.2019 fra <https://www.psychologytoday.com/us/blog/brain-workout/200903/the-original-thinking-outside-the-box-puzzle>
- Duncker, K. (1926). A Qualitative (Experimental and Theoretical) Study of Productive Thinking (Solving of Comprehensible Problems). *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 33, 642–708. <https://doi.org/10.1080/08856559.1926.10533052>
- Duncker, K. (1945). *On problem-solving*. Washington, DC: The American Psychological Association.
- Kershaw, T. & Ohlsson, S. (2004). Multiple Causes of Difficulty in Insight: The Case of the Nine-Dot Problem. *Journal of Experimental Psychology Learning Memory and Cognition*, 30(1), 3–11. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-7393.30.1.3>
- Martin, G. (udatert). Think outside the box. *The Phrase Finder*. Hentet 06.02.2019 fra <https://www.phrases.org.uk/meanings/think-outside-the-box.html>

Usunn ulikhet

Følelsen av forskjell utfordrer den vanlige forståelsen av at det er fattigdom, ikke ulikhet, som er roten til mye uheld.



KEITH PAYNE

Følelsen av forskjell. Slik påvirker ulikhet hvordan vi tenker, lever og dør, Res Publica, 2018. 237 sider

ANMELDT AV

Kari Frank, spesialrådgiver i Norsk psykologforening

ØKONOMER, sosiologer og statsvitere har lange tradisjoner for å beskrive samfunnsutviklingen, analyser og løsninger på utfordringer. Psykologiprofessoren Keith Payne bidrar med verdifullt supplement i boka *Følelsen av forskjell*. Her får vi konkrete tips som kan anvendes i en rekke roller, som i klinikk, undervisning og på systemnivå. Forskningsformidlingen og mange av eksemplene inspirerer dessuten til nye refleksjoner over kjente tema. De kan være utgangspunkt for fornyelse av diskusjoner internt blant psykologer og på tvers blant samfunnsaktører. Forfatteren tydeliggjør også psykologiske aspekter ved ulikhet i boka.

PÅ KORT OG LANG SIKT

Hvordan tenker og lever mennesker som opplever seg på de nederste trinnene i det forfatteren kaller den sosiale stigen? Når man får folk til å føle seg rike, vil de få et langsiktig perspektiv, skriver Payne. Det er den relative følelsen av å være tilfreds, å ha tid og rom til å gjøre vurderinger, som er avgjørende. Vi vet at det er forskjeller i gjennomsnittlig livslengde mellom ulike geografiske områder. Det kan tilsynelatende være bare en elv som skiller områdene med store forskjeller. Hva mer bidrar til forskjellene? Evnen til å tenke

langsiktig og til å veie ulike fordeler opp mot ulike ulemper ved handlingsalternativer krever tid og rom. Hvis erfaringen din er at folk i nabolag og familie dør tidlig og ofte lever mange år med store belastninger, som f.eks. sykdom, kan nettopp tid og rom oppleves som knappe ressurser. Paynes røde tråd er at ulikhet gjør oss villige til å ofre en trygg fremtid mot umiddelbar behovstilfredsstillelse. Det innebærer at når man lever i en situasjon med dårlig økonomi, påvirker det tankemønsteret. Rent praktisk lever man mer fra hånd til munn. I tillegg blir man i mindre grad fokusert på langsiktige løsninger og i større grad på umiddelbar behovstilfredsstillelse, også i situasjoner hvor det ikke er tvingende nødvendig. Risikoviljen er stor for å oppnå noe som kunne endre situasjonen radikalt. Pengespill er et eksempel.

Den sosiale ulikheten har gradforskjeller, som kan illustreres med en sosial stige der det er forskjeller mellom det nederste trinnet, det nestnederste og gradvis opp til det øverste. For hvert trinn man går opp på inntektsstigen, øker helse og livskvalitet, statistisk sett. Hvert trinn på stigen utgjør en vesentlig forskjell, og *opplevelsen* av hvor på stigen vi står, blir vektlagt av forfatteren. Payne mener at løsningen er å

redusere lengden på den sosiale stigen. Kortere stige øker den sosiale mobiliteten mer enn lengre stiger gjør. USA er eksempel på land med svært store forskjeller mellom øverste og nederste trinn på stigen, mens Norge er blant landene med kortest avstand mellom øverste og nederste trinn. En kortere stige bidrar til at forskjellene blir mindre.

Følelsen av forskjell består av anekdoter, fortellinger, beskrivelse av forskningsforsøk og -resultater, uten inngående beskrivelse av statistikk. I de beste sekvensene får jeg en opplevelse av å være til stede på Keith Paynes forelesninger. Slike man håper varer lenge. Kombinasjonen av rollen som psykologiprofessor ved Universitetet i Nord-Carolina og balansert formidler av egne erfaringer og tidlige refleksjoner om forskjell og fattigdom, gir boka legitimitet. Språket er lett, uten at boka blir lettbeint. Den blir i stedet tilgjengelig for flere enn akademikere.

LIVSSJANSER

Denne anmeldelsen er skrevet med utgangspunkt i rollen jeg har i Psykologforeningen, der jeg arbeider spesielt med hovedsatsningen «Forebygging for barn og unge». Sentralstyret har vedtatt at universelle og selektive tiltak skal vektlegges, samt at sosial utjevning er en overbygning for satsningen. Hvorfor er sosiale forskjeller relevant i forebygging for barn og unge? I oppvekstrapporten 2017 understreker FAFO-direktør Tone Fløtten at det nå er barn som er mest utsatt for å leve med relativ fattigdom i Norge, og at dette er knyttet til risiko for utenforskap i utdanning og yrkesliv, dårligere psykisk helse og redusert mulighet for sosial deltakelse. Hva har *Følelsen av forskjell* å tilføre psykologers kunnskap om relativ fattigdom?

Payne bidrar til å utdype psykologiske sider ved ulikhet for individer og samfunn, og kritiserer både høyre- og venstresiden i politikken for mangel på gode svar og løsninger. Hvordan kan vi fastslå hvilken grad av ulikhet som er «for stor»? Dette har selvsagt ikke et entydig svar, men Payne belyser spørsmålet blant annet ved å trekke frem teorien om «Uvitethetens slør». Det er et tankeeksperiment, som er en del av den politiske filosofen John Rawls teori om rettferdighet:

Tenk deg at du våknet fra en dyp søvn på en reise i det ytre rom, og du husker ingenting om hvem du er. Du vet ikke om du er rik eller fattig. Du vet ikke om du er sterk eller svak, smart eller mindre begavet. I det romskipet nærmer seg en ny planet, må du velge et av mange samfunn du helst vil leve i. Problemet er at du ikke aner hvilken posisjon du vil få i den gruppen du velger.

Alternativene som skisseres, er: et samfunn med utrolig stor ulikhet, i det andre er ulikheten mindre, men fortsatt til stede, og i et tredje alternativ er det kun små forskjeller. Rawls hevdet at de fleste ville velge et egalitært samfunn der en var sikret at også det verste utfallet var til å leve med.

Payne utdyper sammenhenger mellom kroniske belastninger og helse, blant annet ved å beskrive stressmekanismer på en lett tilgjengelig måte. Et gjennomgående dilemma i boka er: Skal vi avfinne oss med situasjonen uavhengig av hvor vi befinner oss i statushierarkiet, eller skal vi alltid bestrebe oss på å nå frem til noen som er høyere opp? I avsnittene om stress utdyper han både kraften og risikoen som kan ligge i subjektive sosiale sammenligninger. Å ha ambisjoner om å nå høyere opp på den



Boka er gjennomsyret av eksempler på hvordan selv-vurderingen sier mer om folks helse enn objektive kriterier som inntekt og utdanning



Ferskvare



Om barnevern

Universitetsforlaget utgir i år ut nok en bok i *Hva er*-serien. Fundamentet i *Hva er BARNEVERN* av Reidun Follsvær er fortellinger om menneskers møter

med barnevernet. Fortellingene brukes til å utforske spørsmål som Hva er omsorg og omsorgssvikt? Hvordan formes forståelsen av barn, barndom, omsorg og foreldreskap innenfor geografiske og historiske kontekster? Hvordan bidrar barn og foreldres medvirkning til god hjelp?



Om rusmiddelproblemer

Peter Prescott og Torbjørn Tvedten kommer i år med *Kognitiv terapi i behandling av rusmiddelproblemer*. Motivasjon, beslutningstaking

og gjennomføring av endring på Gyldendal forlag.

Forfatterne ser på hva som skal til for å gjennomføre endring, og utforsker spørsmål som hvorfor man skal gjøre endringer og hvordan man skal få det til. Hjelp til å mestre risikosituasjoner, takle sug og negative følelser er sentralt.



Om internettbehandling

Veiledet internettbehandling. Digitale verktøy for psykisk helsehjelp er tittelen på Tine Nordgreen og Arne Repål's nye bok.

De mener at for å kunne hjelpe flere til rett tid trengs det nye måter å tilby psykisk helsehjelp på. Forfatterne beskriver hvordan en kan planlegge, starte opp og tilby psykisk helsehjelp med digital teknologi, og om effekten av veiledet internettbehandling versus ansikt til ansikt-behandling.

sosiale stigen kan gi kraft til å lykkes med det – eller man kan risikere stadige knuste drømmer. Å utvikle fremtidstro handler ikke nødvendigvis om å klatre høyest, men kanskje heller om å kjenne seg trygg på at man har rimelige muligheter til et godt liv.

Desto lavere på stigen man befinner seg, desto større er risikoen for bruk av dop, røyk og usunn mat. Korrelasjonene er kjente, mens *mekanismene* som bidrar til disse sammenhengene, kanskje er mer mangefasettete enn vi foreløpig har klart å beskrive godt. Payne understreker poenget med at de som føler seg «akterutseilt», har større risiko for lite helsefremmende livsstil. Hvem vi velger å sammenligne oss med, hvilke ambisjoner vi har, og hva vi opplever at vi er berettiget til, har betydning for om følelsen av å være «akterutseilt» gjør seg gjeldende i vårt liv. Den subjektive opplevelsen har ofte sammenheng med objektive forhold knyttet til hvor på stigen vi befinner oss. Videre gjør Payne et poeng av at i områder med store forskjeller er det større risiko for at livsstilen til mennesker i alle samfunnslagene blir mindre sunn. Dette er det verdt å ta på alvor og viktig å drøfte i en norsk sammenheng.

FORFATTER MED INTEGRITET

Payne mestrer kunsten å formidle innsiktsfullt, respektfullt og balansert om f.eks. livsstil og sosiale lag. Allerede i første kapittel, der han stiller spørsmålet «Hvorfor er det like vondt å føle seg fattig som å være fattig?», opparbeider han seg legitimitet til å befatte seg med temaet. Hans personlige beretning om endringsøyeblikket, fra han følte seg som en vanlig gutt til å føle seg fattig, gjør inntrykk. Endringer i familiens økonomi til det verre var ikke grunnlaget for følelsen av forskjell, men at den nye medarbeideren i kantina ikke var gjort kjent med at han var blant dem som skulle ha gratis lunsj. Boka er gjennomsyret av eksempler på hvordan selvvurderingen sier mer om folks helse enn objektive kriterier som inntekt og utdanning. Det engelske uttrykket «How poverty gets under the skin», har ikke noen god oversettelse på norsk, men Paynes fortelling fra kantina kryper under huden på meg som leser. Hans trippelkompetanse som omfatter egne erfaringer, psykolog- og forskerkompetanse, gir boka flere dimensjoner.

I bokas siste kapittel oppsummerer Payne mulige strategier for det jeg forstår som bedre livskvalitet i samfunn, og som stimulerer til tillit og demokratisk innstilling. Strategiene han presenterer, er kortere sosiale stiger, forsiktig sammenligning med andre og oppmerksomhet om andre verdier enn materiell status. Ulikhet skapes minst like mye av de rikes rikdom som av de fattiges fattigdom, derfor er inntektsutviklingen for de øverste trinnene i stigen blant hovedpoengene til Payne. I hvilken grad enkeltpersoner blir påminnet andres rikdom, har betydning for helsen vår, og han gir blant annet eksempler på at det å bo under kummerlige forhold samtidig som man ser gjennom vinduet til et «møblert hjem», bidrar til å øke blodtrykket.

Hvis du ønsker økt psykologisk forståelse av hvordan for stor grad av ulikhet kan undergrave mange av kvalitetene ved samfunnet vårt, kan jeg anbefale boka. Til deg som er kliniker, som underviser, er tjenesteutvikler eller beslutningstaker, er det en rekke interessante forskningsresultater og eksempler som kan benyttes til å illustrere ulikhet. *Følelsen av forskjell* bringer inn relevante, psykologiske aspekter knyttet til betydningen av forskjell, ikke bare for enkeltindivider, men også for samfunnet som helhet. ❌

Kurs- kalenderen



APRIL

Nasjonalt Diabetesforum 2019

Gardermoen 2.–4. april

Er du nysgjerrig på samspillet mellom diabetes og psykologi?

For mer informasjon www.diabetes.no/diabetesforum2019

NeuroAffektiv Relasjons-Modell

NARM Introduksjonskurs ved psykologspesialist

Tove Mejdahl

Oslo, 5.–6. april

Se www.NARM.no for mer informasjon og påmelding

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonser med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000, 2 innrykk kr 3 000,

3 innrykk kr 3 500, 4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

SEMINAR I MORAL DE CALATRAVA, SPANIA.

«Partnervalgets psykopatologi». 22.09.–27.09.19.
Carmen Villalobos, Hans Peter Broch, Tor Sletten
m.fl. e-post almagroforeningen@gmail.com

LEDIGE KONTORER I OSLO.

Kontorer, sentralt beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid i et faglig sammensatt kontorfellesskap med psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø. Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på mail@psykoterapi.org for visning eller spørsmål.

OSLO. Ledig kontor i psykologfellesskap

Vi er åtte avtalespesialister som har store lyse lokaler sentralt på Majorstua i 4. etg. med heis, og vi har et ledig kontor fra 1. oktober 2019.

Kontaktpersoner er Ingrid Magnussen, tlf. 930 53 216 og Lena Iversen, tlf. 482 95 800.

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

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

EMDR og komplekse traumer

2 dager

Det er en glede å ønske velkommen til kurset «EMDR og komplekse traumer»

KURSLEDERE:

Dolores Mosquera, Einar Jenssen
og Savita Dalsbø

STED: Scandic Solli,
Parkveien 68, Oslo
telefon: 23 15 57 00

TID: 28.–29. oktober 2019, kl. 9–16

KOSTNAD: kr 5.600,–

PÅMELDING: www.emdrkurs.no





THE 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE

METACOGNITIVE THERAPY

NATIONAL HOUSE OF VINOHRADY, PRAGUE 2019

PRE CONGRESS WORKSHOP 30 APRIL, 2019

CONFERENCE 1–2 MAY 2019

Presenting the latest developments and evidence in Metacognitive Therapy and its applications. This conference covers state-of-the-art work on assessment, mental processes, research and treatment across a wide range of disorders.

PRESENTERS – KEYNOTES & MASTER CLINICIANS

Prof. Adrian Wells, University of Manchester
Dr. Bruce Fernie, Kings College (UK)

Prof. Hans M. Nordahl, NTNU (Norway)
Dr. Costas Papageorgiou, Priory Hospital (UK)

SYMPOSIA & CLINICAL PRESENTATIONS

- Attention Training
- Group MCT
- Trauma & PTSD
- Major Depressive Disorder
- Generalized Anxiety Disorder
- Metacognitive Beliefs
- Mental Regulation
- And much more



www.mct-institute.co.uk/conference

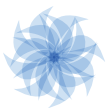


Visittkort

*Ny selvbetjent løsning for bestilling av
Visittkort med timekort.*

Velg mellom løse kort eller visittkort i blokk,
og med eller uten egen logo.

Bestilles via «min side» for medlemsrabatt.



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

Vurdere eksekutive funksjoner hos barn og ungdom.

BRIEF-2. Behavior Rating Inventory of Executive Function – Second Edition.

BRIEF-2 er en test som kan brukes for vurdering av barn og ungdom, 5-18 år, med utviklingsrelaterte og ervervede nevropsykologiske tilstander som innlæringsvansker, ADHD, traumatisk hjerneskade og ASF.

Det er ment for individuell administrasjon i hjemme- og skolemiljø av autorisert psykolog eller autorisert lege.

Du finner BRIEF-2 på Hogrefe som er et uavhengig forlag hvem tilbyr et bredt spekter av kliniske tester – alltid med fokus på det vitenskapelige grunnlaget.

www.hogrefe.no



 hogrefe



Motiverende Intervju (MI) er en klientsentrert og evidensbasert samtalemetode

KURS I MOTIVERENDE INTERVJU

Dialog ved Diakonhjemmet har lagt ut datoer for årets MI kurs.

Vi tilbyr kurs for nybegynnere og personer med erfaring i bruk av Motiverende Intervju. Praktisk trening er en sentral del av opplæringen vi tilbyr.

Kursleder er psykologspesialist og registrert «trainer» i MINT (Motivational Interview Network of Trainers)

STED: Oslo

KURSARRANGØR: DIALOG, Diakonhjemmet

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING:

www.dialog-oslo.no/motiverende-intervju/

Norsk psykologforening har godkjent Kurs 1 og 2 som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.



CHILD/ADOLESCENT SCHEMA THERAPY

Oslo, 17.–18. juni 2019

Working with Parents and Families – Surviving Adolescence

To dagers kurs med Ida Shaw.

Kursavgift kr 5 000.

For mer informasjon besøk

www.psykologbehandling.no

Norsk Forum for Skjematerapi





IGA

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

Psykoterapispesialitet for
psykologer kan inngå

Utdanningen starter med 1-årig Grunnleggende trinn eller 2-årig Trinn A. Kandidater uten tilstrekkelig teori- og erfaringsbakgrunn for opptak på Trinn A, starter med Grunnleggende trinn. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokk-kurs med fem årlige samlinger á tre dager. Utdanningen består av teori, veiledning og egen-erfaring i grupper. Lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene tilkommer.

Grunnleggende trinn formidler basiskunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi.

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

Trinn B, også 2-årig, setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi.

Full gruppeanalytisk utdanning inkluderer godkjenning av skriftlig oppgave etter fullført Trinn B.

Fordypning i mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi og gruppebehandling ved rus- og avhengighetsproblematikk mulig.

Utdanningen foregår på Voksenåsen kurs- og konferansehotell.

Psykologer i spesialisering kan velge et 4-årig obligatorisk program for spesialitet i psykoterapi, som starter med Trinn A.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no.

Søknadsfrist 15. april 2019.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
tlf. 466 11 630, e-post iga@iga.no



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

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

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: aage@adprofil.no



Er du på jakt etter artikler publisert i Psykologtidsskriftet?

Informasjon og bestilling:
www.psykologtidsskriftet.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Barne-, ungdoms- og familieetatens (Bufetat) hovedoppgave er å gi brukerne våre hjelp og støtte uansett hvor de bor i Norge. Bufetat har oppgaver innen områdene barnevern, familievern, samlivstiltak, ekteskapsaker, adopsjon, billighetserstatning, tilskuddsforvaltning, ungdomsutveksling, ungdomsinformasjon og krisesentre. Bufetat er organisert i fem regioner med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som hovedkontor i Oslo. Bufetat er underlagt Barne- og likestillingsdepartementet. Bufetat, region øst dekker Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland. Regionkontoret ligger i Lillestrøm.

Er du psykolog / psykologspesialist? Vi søker Behandlingsleder i TFCO-team

I forbindelse med at nåværende leder av TFCO Sandvika har fått i oppgave å opprette et nytt TFCO-team blir det ledig en 100 % stilling som behandlingsleder i TFCO Sandvika. Ønsket tiltredelse er så snart som mulig.

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons- eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen. Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonsulent. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for TFCO, og er godt økonomisk kompensert.

Stillingen innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en behandlingsmodell som har vist gode resultater for ungdom med atferdsvansker. TFCO-teamene mottar tett oppfølging og kvalitetssikring fra NUBU.

Behandlingen foregår både poliklinisk og i hjemmet. Behandlingsleder samarbeider tett med øvrig behandlingsteam og andre instanser for å koordinere og målrette behandlingen. Som behandlingsleder vil du få grundig opplæring i metoden og veiledning i det kliniske arbeidet.

Behandlingsleder inngår i regionens ledergruppe for Behandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker sammen med ledere for behandlingstilbud og MST.

TFCO Sandvika har lokaler i Sandvika sentrum og er samlokalisert med MST og PMTO.

Stillingen er plassert i statlige lønnsregulativ som kode 1493 leder, ltr. 68-80 pt. kr. 607 700 - kr 802 600 pr år. Avlønning følger av utdanning, spesialisering og ansiennitet.

Ansettelsesprosessen foretas i et samarbeid mellom Bufetat og NUBU, og søkere må være inneforstått med at NUBU får innsyn i søknader.

Kontaktperson for stillingen: Mette Bengtson, avdelingsdirektør Bufetat, region øst, tlf. 92 48 90 19, Rebecca Ervik-Jeannin, TFCO konsulent ved NUBU, tlf. 94 86 68 57, r.j.ervik-jeannin@nubu.no

Søknadsfrist: 20. mars 2019

Se www.NUBU.no eller www.TFCOoregon.com for mer informasjon om TFCO.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Avdeling for rusmedisin, Seksjon Ambulant søker

Psykologspesialist/psykolog

Spennende stilling for psykologspesialist/psykolog som ønsker å jobbe med tenesteutvikling, tverrfagleg arbeid og klinisk verksemd for sårbare pasientgrupper.

Avdeling for rusmedisin (AFR), Haukeland universitetssjukehus, har ansvar for behandling og oppfølging av menneske med skadeleg bruk av rusmiddel og avhengighet. AFR har om lag 340 tilsette. AFR består av sju seksjonar som inneber tre døgnseksjonar, forskingsseksjon, LAR, poliklinikk, samt den nyoppretta Seksjon Ambulant som den utlyste stillinga er tilknytt. AFR er i ein spennende utvikling knytt til både forskning og utvikling av differensierte tenester. Avdelinga har faste fag- og forskingsdagar, og legg til rette for individuell vidareutdanning, samt felles kompetanseheving.

Seksjon Ambulant er ein heilt ny seksjon i AFR med målsetjing om å sikre tidlegare oppstart av gode behandlingssløp, samt hjelpe menneske med rusmiddelavhengigheit som ikkje nyttiggjer seg ordinær poliklinisk behandling. Poliklinikkane i AFR har hatt egne team for ambulerande verksemd. AFR har no styrka denne tenesta gjennom å opprette Seksjon Ambulant, som skal stå sentralt i avdelinga si satsing på fleksible og ambulante tenester. Per tid er det tilsett ein seksjonsleiar, ein overlege og sju ambulante behandlarar.

Psykologspesialist/psykolog som blir tilsett vil bidra til ei spanande fag- og tenesteutvikling, som inneber differensiering og klargjering av oppgåver og kliniske målsettingar for seksjonen, kompetansebygging og rettleiing av personale, kartlegging og utvikling av nye samarbeidsarenaer og -former. Stillinga vil gi varierte arbeidsoppgåver og faglege utfordringar. Du vil vidare vere med på å utforme det framtidige innhaldet i seksjonen, din eigen stilling og arbeidsdag. Stillinga fordrar ein person som er fleksibel, som ønsker å jobbe med tenesteutvikling og som kan ta fagleg ansvar.

Interessert?

Ta Kontakt med Seksjonsleiar Benedicte Ekman på telefon 46902498 eller e-post benedicte.ekman@helse-bergen.no



Ref.nr. 4026258386 - Søknadsfrist: 25.03.2019

Les meir og søk stilling på www.helse-bergen.no/job

Bjergvin DPS, allmennpsykiatrisk poliklinikk søker

Psykologspesialist

Bjergvin DPS er ein moderne og veldriven klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 77 000 vaksne. Bjergvin DPS har til saman 160 årsverk og eit budsjett på 143 mill. kr for 2019.

Vi har ledig 100% fast stilling som Psykologspesialist til arbeid i allmennpsykiatrisk poliklinikk.

Kjerneoppgåver er spesialisert utgreiing og differensiert behandling, opplæring av pasientar og pårørande, rettleiing til psykisk helsearbeid i kommunane og forskning, kvalitetsutvikling, utdanning av helsepersonell. Vi legg til rette for kompetanseheving og etterutdanning for spesialistar, og vi har fokus på forskning. Samarbeid med sjukehus, kommunar og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Interessert?

Ta Kontakt med Seksjonsleiar Rune Løvold eller Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh på telefon 55957000

Ref.nr. 4022118455 - Søknadsfrist: 15.03.2019



Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/job

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Universitetssykehuset Nord-Norge søker dyktige kandidater til følgende stilling:

Psykolog/ psykologspesialist,

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Sjøvegan

Vi søker en utviklingsorientert og kunnskapsrik psykologspesialist/psykolog som ønsker å bidra til videreutvikling av poliklinikkens tjenester.

Kontakt: Psykolog Espen Falch-Nicolaisen, tlf. 77 75 47 00.

Søknadsfrist: 31. mars 2019

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/job

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region vest

Vil du være med å bygge opp og lede et helt nytt behandlingstilbud for ungdommer med atferdsvansker i Bergen?

BEHANDLINGSLEDER FOR TFCO-TEAM

Vi oppretter seks TFCO-familier i Bergensområdet i løpet av året. Treatment Foster Care Oregon (TFCO) er en familiebasert behandlingsmetode der ungdom og fosterhjem får tett oppfølging av fagfolk. Vi trenger en psykolog med erfaring fra arbeid med barn/ungdom med adferdsvansker, og som med kraft, pågangsmot og engasjement kan lede oppbyggingen av dette tilbudet sammen med en gruppe fagfolk. Jobben innebærer også å rekruttere, lære opp og etter hvert veilede behandlingshjemmene.

Du må ha gjennomført profesjonsstudiet i psykologi, og ha norsk autorisasjon. Du bør også ha grundig faglig innsikt i systemteori, kognitiv atferdsterapi og sosial læringsteori, som er TFCOs teoretiske grunnlag. Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlige egenskaper.

Stillingen lønnes som leder, der øvre grense er 848.800 per år.
Søknadsfrist 24. mars 2019.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesker

Psykologspesialist med gruppeterapikompetanse

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Allmennpsykiatrisk poliklinikk er det ledig fast 100 % stilling som psykologspesialist med gruppeterapikompetanse.

Kontaktperson: Enhetsleder Harald Aulie, tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 25. mars 2019.



frantz.no

TØNSBERG KOMMUNE · BARN OG UNGE · PP-TJENESTEN



Ledige stillinger som ped. psyk. rådgiver og psykolog i PP-tjenesten

- 100 % fast stilling som ped. psyk. rådgiver fra 15.08.19
- 80 % fast stilling som ped. psyk. rådgiver med mulighet for utvidelse fra 15.08.19
- 100 % vikariat som psykolog fra 01.05.19 til 30.06.20

Søkere må ha utdanning som cand.psychol., cand. spec.paed., cand.ed. eller tilsvarende. Den tilsatte må disponere bil i tjenesten. Lønn etter avtale.

Arbeidsoppgavene vil omfatte utredning av barn og unge og oppfølging i barnehage og skole på individ- og systemnivå. System- og tverrfaglig arbeid vektlegges. Det vil være muligheter for samtaler og forebyggende behandling i psykologstillingen. Det er ønskelig med kjennskap til PPT sitt arbeidsfelt og oppgaver.

PPT er en del av virksomhet Barn og unge og er en tverrfaglig tjeneste med psykologer, pedagoger og klinisk sosionom. De ansatte har høy faglig kompetanse og lang erfaring. Det er et godt fag- og arbeidsmiljø.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til: tjenesteleder Harald Ring, tlf. 992 49 400, e-post harald.ring@tonsberg.kommune.no

Søknadsfrist: 15. mars 2019

Se fullstendig utlysning og søknadsskjema på www.tonsberg.kommune.no - ledige stillinger.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2019

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/
hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 400, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs» 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 medlemsservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
04/19	18.03	01.04
05/19	11.04	02.05
06/19	16.05	03.06
07/19	17.06	01.07

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 350	15 950
1/2 side	13 350	11 950
1/4 side	11 350	9 950

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.



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran



Kommunepsykolog/ psykologspesialist

Vefsn kommune har to ledige stillinger som psykolog. Stillingene inngår i et nytt og spennende interkommunalt samarbeid hvor arbeidsoppgavene er knyttet til fire nærliggende kommuner på Helgeland. Vefsn kommune er vertskommune, med ansettelse i Helsetjenesten og felleskontorsted ved avd. for Psykisk helse.

For nærmere informasjon om stillingene kontakt Leder Lill Inger Reinfjell, e-post lill-inger.reinfjell@vefsn.kommune.no eller Kommunalsjef John-Arvid Heggen, tlf. 909 47 926 / 75 10 10 28 eller e-post john.arvid.heggen@vefsn.kommune.no

Søknadsfrist: 15. mars 2019

Fullstendig annonse, se: www.vefsn.kommune.no
Vi ønsker ikke henvendelser fra annonseselgere!

Tlf. 75 10 10 00 - Postboks 560 - 8651 Mosjøen -
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

frantz.no



SØKER DU JOBB?

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

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



Voss DPS NKS Bjørkeli

2 psykologspesialistar

Voss DPS NKS Bjørkeli er distriktspsykiatrisk senter for Voss lokalsjukehusområde (Voss, Kvam, Vaksdal, Granvin, Ulvik, Eidfjord), ca. 24 000 innbyggjarar over 18 år. Voss DPS har ei poliklinikkavdeling med 3 ulike poliklinikkar og ei døgnavdeling med 12 senger. Voss DPS har 75 tilsette, er tverrfagleg sammensatt med blant anna 12 psykologar/psykologspesialistar. Poliklinikkavdelinga består av allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk og rehabiliteringspoliklinikk. Me held til i nye lokaler på Voss. Voss DPS er eigd av Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS Hordaland) og har driftsavtale med Helse Vest RHF.

Me har ledig fast stilling for 2 PSYKOLOGSPESIALISTAR

2 x 100 % stilling på poliklinikkavdelinga. Ei av stillingane er 100 % ved allmennpsykiatrisk poliklinikk og ei stilling er delt 50/50 % mellom allmennpsykiatrisk poliklinikk og gruppepoliklinikken.

Stillingane er dagstillingar med arbeidstid mandag-fredag kl. 8:00-15:30.

Arbeidsoppgåver

- Vurdering, utgreiing og behandling av pasientar med eit vidt spekter av psykisk lidning
- Tverrfagleg samarbeid internt og samarbeid med fyrstelinja
- Dokumentere iht. interne retningslinjer og krav
- Bidra til fagutvikling og eit godt arbeidsmiljø
- Rettleie fyrstelinja
- Vurdere tilvisingar, dialog med tilvisar
- Rettleiing av psykologar i spesialisering

Kvalifikasjonar

- Norsk autorisasjon som psykolog
- Relevant klinisk erfaring
- Utgreiings- og behandlingskompetanse vert vektlagt
- Må beherske norsk skriftleg og munnleg
- Kjennskap til DIPS er ein fordel
- Gode samarbeidsevner

Me tilbyr

- Stillingsbrøk 100 %
- Varierte og utfordrande arbeidsoppgåver i eit aktivt fagmiljø
- Kurs og rettleiing etter avtale
- Internundervisning og lokale rettleiingsgrupper
- Nye lokaler
- Lønn etter avtale

Søknad med CV sendast på e-post til post@bjorkeli.no
Tiltredingsdato: mai 2019 eller etter avtale
Søknadsfrist: 24. mars 2019

Kontaktperson: Astrid Aunan, avdelingsleiar
poliklinikkavdelinga, tlf. 56 51 40 00 / 952 06 782

Voss DPS NKS Bjørkeli

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Tor Levin Hofgaard**

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer**Aina Holmén**

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

else-marie.molund@
psykologene.no
481 33 860

Studentrepresentanter**Marte Sandbugt Pettersen**

marte.sa.pettersen@
gmail.com
469 51 450

Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Varamedlemmer**Anders Hovland**

anders.hovland@uib.no
932 87 565

Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com
408 42 645

Eldrid Robberstad

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

LOKALAVDELINGER**Akershus****Joan Sigrun Nygard**

joan.sigrun.nygard@
vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder**Janne Veer**

Janne.Hammervold.Veer@
sshf.no
452 14 480

Buskerud**Even Rognan**

EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark**Sigrid Larsen**

sigrid_la@hotmail.com
979 90 893

Hedmark**Eline Berg**

bergeline3@gmail.com
996 23 191

Hordaland**Bjarte Bruntveit**

bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal**Siri Næs**

siri.naes@gmail.com
902 68 699

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Iris Anette Söderholm**

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraa@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland**Elise Constance Fodstad**

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag**Morten Thorsen**

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark**Birgitte Lindø**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Espen Nicolaisen**

espennicolaisen@
outlook.com
950 60 605

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Simon Thorsell Næs**

simon.thorsell.nes@faerder.
kommune.no
926 98 317

Østfold**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Svanhild Mellingen, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Knut Dalen, leder, e-post
knut.dalen@nevropsykolog.
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 924 28 703

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET**Heidi Tessand, leder,**

e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder,
e-post lisenæs@online.no,
tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Jan Egil Stubberud, leder,
e-post jan.stubberud@
hotmail.com, tlf. 951 04 217

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken,
leder, e-post o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post
kim.larsen@so-hf.no,
tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@
psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

STUDENTPOLITISK UTVALG

Marte Sandbugt Pettersen,
NTNU, leder, e-post marte.
sa.pettersen@gmail.com,
tlf. 469 51 450

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post
roger.hagen@svt.ntnu.no,
tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-post
joergenwestgren@gmail.com,
tlf. 911 16 616

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingsjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningsjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@
psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse:
Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis

Kjersti Arefjord,

Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen,

Universitetet i Oslo

Henning Bang,

Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder,

Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge,

Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet

i Oslo

William Brochs-Haukedal,

Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski,

Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i

Bergen

Guðrun Dieserud, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

Fanny Duckert,

Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for

krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,

Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen,

Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Univer-

sitetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell,

Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten,

Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs

hospital

Siri Erika Gullestad,

Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Odd E. Havik, Universitetet

i Bergen

Anthony Hawke, Familie-

vernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

Hanne Haavind,

Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk

institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt

kunnskapscenter om vold og

traumatisk stress

Leif Edward Ottesen

Kennair, Norges teknisk-

naturvitenskapelige

universitet

Stein Knardahl, Statens

arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i

Bergen

Øyvind Kvello, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Kim Larsen, Sykehuset

Østfold

Arild Lian, Bredtvet

kompetansesenter

Gro Therese Lie,

Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold,

Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad,

Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen,

Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen,

Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch,

Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer,

RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen,

Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Inger Hilde Nordhus,

Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Nasjonalt

utviklingscenter for barn

og unge (NUBU)

Ståle Pallesen, Universitetet

i Bergen

Magne Raundalen, Senter

for krisepsykologi

Sissel Reichelt,

Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet

i Oslo

Astrid M. Richardsen,

Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,

Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,

Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø,

Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad,

Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal,

Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik,

Norges teknisk-naturviten-

skapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland

universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i

Bergen

Ingunn Skre, Universitetet

i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen

Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt

kompetansenettverk for

sped- og småbarns psykiske

helse

Håkan Sundberg,

Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,

Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk

institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,

Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,

Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet

i Oslo

Merete Øie, Sykehuset

Innlandet HF

Simon Øverland,

Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2450, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:

18.03, 11.04, 16.05, 17.06,
18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

RETURADRESSE: NORSK PSYKOLOGFORENING, POSTBOKS 419 SENTRUM, 0103 OSLO

PRIORITY

