

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.57 nr.06 2020

Helsetilsynet:

- Retningslinjer kan ikke erstatte faglig skjønn

NÅ-intervjuet

STRATEGILØS SELVSKADING

*Aktuelt
Meninger*

Psykoedukasjon og nevrouviklings- forstyrrelser

Vitenskapelig artikkel

Siri Gullestad:

Den sosiale skammen

Fagessay



ÅRETS TIDSSKRIFT
2020
NORSK TIDSSKRIFTFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 06 2020

Konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429,

Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21

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

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,

tlf. 911 78 096 (I permisjon),

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

Øystein Helmikstøl, oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.05.2020

Omslagsillustrasjon Steph Hope

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



Innhold

- 408 Svikter faglige retningslinjer**
NÅ: Jan-Fredrik Andresen | Per Halvorsen
- 410 Savner strategi for behandling av alvorlig selvskadning**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 415 ESA: - Norge må anerkjenne ELTE-utdanningen**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 420 Mener Norge undergraver felles europeisk regelverk**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 424 Psykoedukasjon for personer med nevroutviklingsforstyrrelser**
Vitenskapelig artikkel | Stian Orm et al.
- 434 Blikket utenfra**
Fagessay | Siri Erika Gullestad
- 440 - Symptomene betyr mer enn traumeerfaringene**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 443 MENINGER**
Hovedinnlegg: Tier ikke | Anonym (s. 444)
Debutt: Sakkyndighet (s. 446), Digital terapi (s. 447),
Diagnostisering (s. 449-453), Analyse (s. 458)
- 461 INNTRYKK**
Bokessay: Et sint oppgjør med systemsvikt |
Tormod Stangeland (s. 462)
Bokanmeldelser: Makta hjå sakkunnige (s. 466), Diffust om døden (s. 468)
- 470 Minneord: Nils Peter Marstrander (1923-2020)**
- 471 Annonser**
- 473 Stillingsannonser**

410/444



ILLUSTRASJON: STEPH HOPE

SELVSKADING UTEN RETNING

Omfanget av selvskading er firedoblet siden 2002. Fagmiljøene etterspør en overordnet behandlingsstrategi.

Aktuelt

Meninger

415/458



FOTO: PRIVAT

LIK NOK UTDANNING

ELTE-studentenes skjebne i Norge er fortsatt ikke endelig avgjort. Nå mener EFTAs overvåkningsorgan ESA at ELTE-utdanningen må anerkjennes i Norge.

Aktuelt

Analyse

424



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

NEVROMANGFOLD

Litteraturgjennomgang viser at psykoedukasjon ikke er spesielt effektivt for personer med nevroutviklingsforstyrrelser.

Vitenskapelig artikkel

462



FOTO: HEIDI FURRE

STRENGT BLIKK

Vi har godt av forfatter Tiril Broch Aakres strenge blikk på oss selv, skriver psykolog Tormod Stangeland.

Bokessay



NÅ JAN-FREDRIK ANDRESEN

Svikter faglige retningslinjer

To av tre uønskede hendelser i helsevesenet kunne vært unngått om faglige retningslinjer var blitt fulgt. – Men retningslinjer kan aldri erstatte faglig skjønn, sier tilsynsdirektør Jan-Fredrik Andresen.

TEKST Per Halvorsen FOTO Nora Skjerdingsstad

– Hvilket inntrykk gjør det på deg når fagfolk, blant annet i Psykologtidsskriftet, uttrykker at enkelte faglige retningslinjer er noe man følger for «å ha ryggen fri»?¹

– Jeg er litt usikker på gyldigheten i slike utsagn. Helsetilsynets oppgave er jo ikke å stimulere til «for sikkerhets skyld-psykologi» eller «for sikkerhets skyld-medisin». Hvis det å følge faglige retningslinjer og veiledere blir der man legger lista, har man abdisert som fagutøver. Da har man havnet i en grøft der man bare gjennomfører. Retningslinjene beskriver det landskapet du går inn i. Hvor du beveger deg i det landskapet, er avhengig av ditt faglige skjønn. Retningslinjene kan aldri erstatte det kliniske skjønnet, men være en nyttig rettesnor for den faglige aktiviteten.

– Hvorfor trenger vi egentlig faglige retningslinjer og veiledere i helsevesenet?

– Det beste svaret på dette fremgår av våre tilsynsrapporter. De viser at inntil 2/3 av den svikten vi avdekker i helsevesenet, såkalte uønskede hendelser, kunne ha vært unngått hvis vi hadde vært flinkere til å følge retningslinjer og prosedyrer og arbeidsmåter som vi er enige om at vi skal følge. Ofte er hovedårsaken til at det blir slik, mangelfull ledelse. Mange

steder har utarbeidet gode prosedyrer som tar utgangspunkt i retningslinjene, men de er ikke kjent, forstått eller etterlevd. Da mener jeg ledelsen svikter.

– Hvordan blir retningslinjene til?

– Retningslinjene utarbeides i regi av Helsedirektoratet og involverer noen av de beste fagfolkene på feltet. Retningslinjene er basert på forskning der slik finnes, og på oppsummert erfaring av hva som er kloke intervensjoner. Vi kan si at retningslinjene er en slags kodifisering av beste praksis. Man kan jo være uenig i hva retningslinjene legger av faglige føringer. Men hvis det er slik at flertallet av ledende fagfolk mener at det skal være sånn, så har man jo ganske stort selvbilde hvis man mener man vet bedre enn dem. Jeg tror det kan være lurt å være litt ydmyk og spørre seg selv: Kanskje er det noe her?

– Hvorfor blir det slik at dyktige fagfolk noen ganger opplever at faglige retningslinjer står i veien for godt fag?

1 Les debattinnlegget «Ryggen fri - Risikovurderinger av selvmord kan overdrives» av Kristin Østlie fra januarutgaven av Psykologtidsskriftet.

– Noen fagfolk opplever nok retningslinjene som en form for proletarisering av faget. Det uttrykker en standardisering som gjør fagpersonen til en «gjører». Det støter an mot bildet av terapeutens arbeid som en form for kunst, og kunst kan jo ikke standardiseres. Og det støter an mot terapeutens egenutfoldelse og den faglige friheten som er så høyt verdsatt, og som utdanningen legger så stor vekt på.

– I artikler og debattinnlegg i Psykologtidsskriftet er det særlig de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging som har fått pepper, blant annet for at de gir fagutøvelsen et «sjekklisterpreg»?

– Retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern er fra 2008. De er så gamle at det antageligvis er klokt at de nå revideres. Forskningen på dette feltet har beveget seg framover, og vi har 12 års erfaring med den praksisen som retningslinjene anbefaler. Noe av utfordringen med retningslinjer er jo at de er basert på kunnskapen vi hadde inntil det punktet de gjelder fra. Standardene de etablerer, er jo ikke satt en gang for alle. Mye kritikk av gjeldende retningslinjer vil derfor kunne oppfattes som etterpåklokskap.

– Men hvordan kan en faglig retningslinje på et så komplekst felt som selvmordsforebygging kokes ned til å bli oppfattet som en sjekklister?

– Å tro at du har jo gjort jobben når du har vært gjennom sjekklister, er en feilslutning. Da har man skrudd av hjernen i det avgjørende øyeblikket. Igjen: Faglig retningslinjer har aldri vært ment å skulle erstatte det faglige skjønn. Skal du vurdere selvmordsrisiko, må du få fatt i kraften og maligniteten i emosjonene. Og det kan du jo ikke lese ut av en sjekklister. Da må du bruke klokskapen i faget, varheten din, hvordan du kjenner pasienten. Faget må legges oppå retningslinjen og ernæres av den. Det er ikke nok bare slavisk å følge retningslinjene.

– Kan det være en fare for at retningslinjene blir et for snevert mål for å måle kvaliteten i helsevesenet og hvorvidt man etterlever forsvarlighetskravet i helsepersonelloven?

– Faglige retningslinjer er bare én av kildene vi benytter når vi skal vurdere faglig forsvarlighet. Andre er forskning og rettsregler, og noen ganger benytter vi sakkyndige. Men vi er også ute etter konteksten retningslinjene er anvendt innenfor. Nå når koronakrisen har ommøblert deler av hel-

sevesenet og mange fagfolk må gjøre ting de ikke er vant med, kan kvaliteten bli redusert og risikoen øke for at noe går galt. Det kan ikke automatisk lastes verken systemet eller den enkelte. Vi må alltid vurdere hva retningslinjene betyr i den spesielle situasjonen med de spesielle hensynene som må tas i samarbeidet med hver enkelt pasient.

– Hva skjer hvis man fraviker de faglige retningslinjene?

– Retningslinjene gir ikke svar på alt, og noen ganger kan det være gode grunner til å fravike dem. Men da må man gjøre det på faglig grunnlag og kunne begrunne og dokumentere hvorfor man har gjort som man har gjort. For å få til god og trygg pasientbehandling kan vi ikke la tilfeldighetene rå.

– Du har uttalt at du ønsker deg mer standardisering i helsevesenet av hensyn til pasientene. I hvor stor grad mener du pakkeforløpene har medvirket til en type standardisering og kvalitetssikring som Helsetilsynet er ute etter?

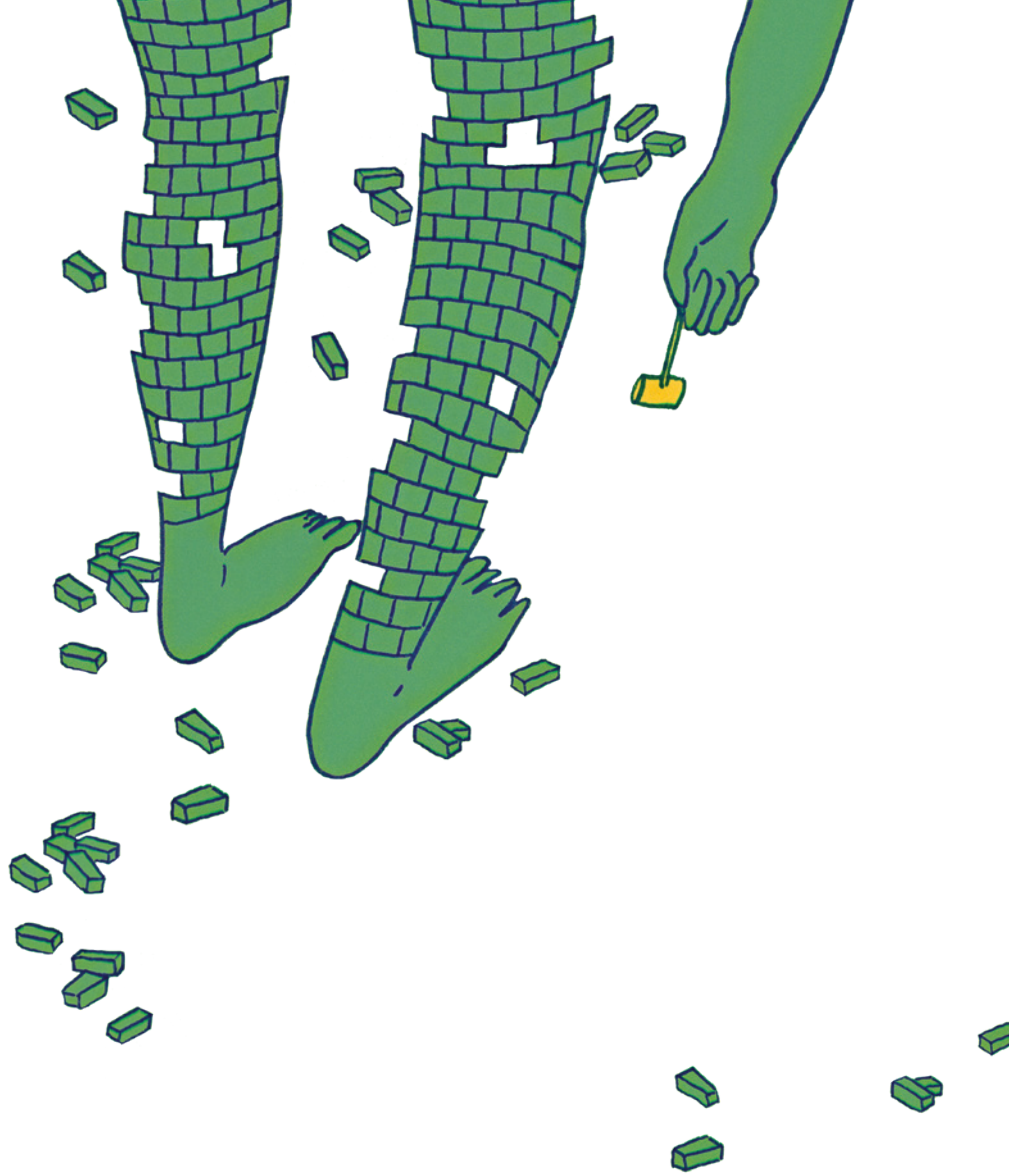
– Pakkeforløpene for psykisk helse og rus har virket i kort tid. Pakkeforløp er en måte å ordne køen på og beskriver hvordan samfunnet forventer at en person med en antatt lidelse skal møtes. Det er altså en form for samfunnskontrakt med helsevesenet om hva det er rimelig at det leverer av helsetjenester. For meg fremstår det som et godt grep for å ivareta hensynet til pasientene.

– Pakkeforløpene er av enkelte fagmiljøer blitt kritisert for sitt overfokus på utredning, noe de igjen mener spiser av tid som burde ha vært brukt til behandling. Hva er din kommentar?

– Det blir helt feil å kritisere psykisk helsevern og rustjenester for å utrede for mye. Fra Helsetilsynets side opplever vi det stikk motsatte. Det uredes for lite. Ikke minst når det gjelder ruslidelser. Tilsynene viser at de standardiserte forskningsmessige verktøyene som er utviklet for å avdekke rusmisbruk, brukes i altfor liten grad. Og dette er en situasjon som ikke har blitt bedre over tid. Pasienten er henvist til spesialisthelsetjenesten på grunn av rusmisbruk. Rusmisbruket er erkjent av pasienten, og det står i henvisningen fra fastlegen, likevel spør ikke spesialisthelsetjenesten om rusmisbruk? Da er jo ikke fundamentet for videre behandling til stede. Hvis jeg skal mene noe om utredning i psykisk helse og rus, er det at kvaliteten på utredningene er for dårlig. ✘

Hvorfor NÅ?

- Direktør i Statens helsetilsyn Jan-Fredrik Andresen advarer mot å tro at faglige retningslinjer kan erstatte faglig skjønn.
- Reagerer når fagfolk mener at faglige retningslinjer er noe man følger for å ha «ryggen fri».



Savner strategi for behandling av alvorlig selvskading

Omfanget av selvskading er firedoblet siden 2002. Fagmiljøene etterspør en overordnet strategi og retningslinjer for behandling av pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk.

TEKST Per Halvorsen

ILLUSTRASJON

Steph Hope

«**HVOR ER DEN** spesifiserte behandlingen for selvskading i Norge? Den hjelpen jeg så sårt trenger?»

Utsagnet kommer fra en 21 år gammel kvinne som har skadet seg selv i ti år, og som

har vært inn og ut av helsevesenet flere ganger. I et debattinnlegg i denne utgaven av Psykologtidsskriftet etterlyser hun et mer potent behandlingstilbud for mennesker som skader seg selv med vilje. Kvinnen mener selvskading



er så skambelagt at hun ønsker å være anonym. Vi kjenner imidlertid identiteten hennes etter å ha møtt henne for å få henne til å utdype sine synspunkter. Hun mener behandlingstilbudet til folk som selvskader, er for lite og spredt.

UJEVNT FORDELT

Hun mener det trengs egne avdelinger som jobber med selvskading, på samme måte som det i dag finnes spesialenheter for mennesker med spiseforstyrrelser og rusproblemer.

De vanligste behandlingsmetodene som benyttes i Norge i dag, er dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsterapi (MBT). Vår kilde mener disse metodene ikke passer for alle.

– Hjelpetjenesten trenger en bredere vifte av tilbud. Behandlingstilbudet er for tett koblet opp mot holdningen om at selvskading er noe som primært utføres av mennesker med personlighetsforstyrrelser, sier hun.

I skrivende stund er hun inne i en god periode. Hun får i dag hjelp av en ergoterapeut ved et DPS i Sør-Norge.

Lena Maria Haugerud i Landsforeningen for forebygging av selvskading og selvmord (LFSS) mener mye av kritikken til vår anonyme kilde er berettiget.

– Spesialisthelsetjenesten skal i utgangspunktet kunne tilby behandling til personer som skader seg selv, uansett hvor i landet man bor. Tilbakemeldinger vi får, tilsier imidlertid at kompetansen og kvaliteten er ujevnt fordelt, sier hun.

Hun mener det norske fagmiljøet trenger flere evidensbaserte behandlingsmetoder for å bidra til at flest mulig får individuelt tilpasset behandling.

STERK ØKNING

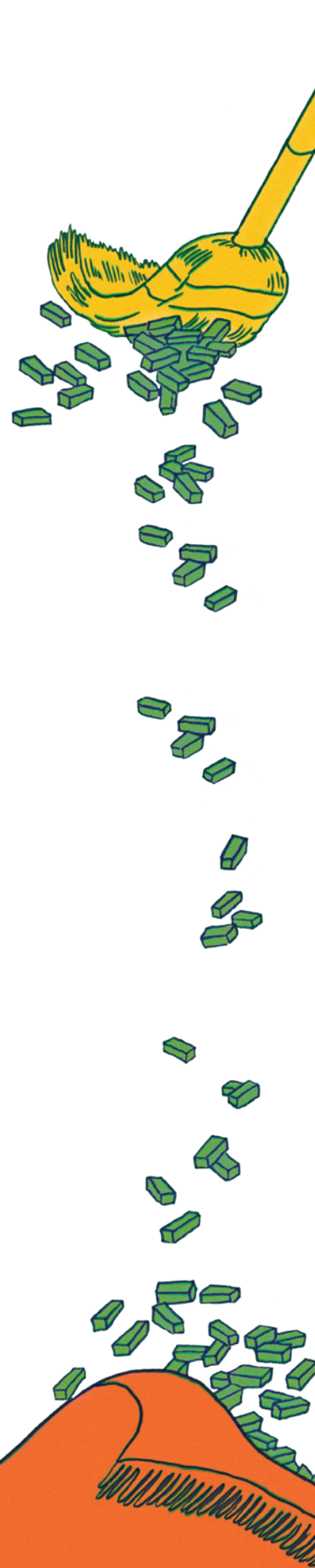
Omfanget av selvskading i Norge er firedoblet (fra 4 til 16 prosent) i perioden 2002 til 2018. Det viser en vitenskapelig artikkel publisert i *European Journal of Public Health* i mars i år. Artikkelen baserer seg på en studie utført ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF), og viser forekomst av selvskading blant skoleungdom. Langt fra alle av disse har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, påpeker førsteforfatter av artikkelen, førsteamanuensis Anita Johanna Tørmoen.

Kommunepsykolog May Lene Karlsen i Sandefjord kommune sier mye kan gjøres i førstelinjen uten behov for henvisning videre. Hun mener kommunenes største utfordring ofte vil være at hjelpen ikke er tilgjengelig.

– For eksempel er kontoret til skolehelsetjenesten altfor ofte ubemannet. Det er en utfordring å ha oversikt over hva som finnes av tilbud bare i sin egen kommune. For ikke å snakke om fylkeskommunale, regionale og nasjonale ressurser, skriver hun i en e-post til Psykologtidsskriftet.

For noen blir selvskadingen så alvorlig at de trenger spesialisert hjelp. For disse pasientene mener Tørmoen at behandlingstilbudet er blitt bedre de siste ti årene.

– Helseforetakene har utviklet en rekke spesialiserte polikliniske tilbud. Bevisstheten har økt om at tilpasset behandling kan hjelpe selvskadere med personlighetsforstyrrelse eller alvorlig emosjonell dysregulering, opplyser hun. >>





NY STRATEGI - Vi skulle gjerne sett at alle foretakene rekrutterte klinikere og krevde spesialiserte team, uavhengig av behandlingsmetodikk, sier Anita Johanna Tørmoen ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging. Foto: Øystein Horgmo UIO.

BØR VÆRE OBLIGATORISK

Hun mener imidlertid at tilgjengeligheten til de spesialiserte tilbudene er for liten. Hun sier det blant annet skyldes stor søknad til de ulike behandlingsprogrammene, og at mange klinikere jobber i små stillinger med problematikken.

- Vi skulle gjerne sett at alle foretakene rekrutterte klinikere og krevde at spesialiserte team, uavhengig av behandlingsmetodikk, var en obligatorisk del av tilbudet til pasienter med vedvarende selvskading, sier Tørmoen.

Selv har hun ansvar for å utdanne klinikere og implementere det norske programmet for dialektisk atferdsterapi (DBT), som siden 2006 har utdannet 400 DBT-terapeuter i 40 spesialiserte team i Norge. DBT baserer seg på kognitiv atferdsterapi integrert med lærings-teori og østlig filosofi, og er en utbredt tilnærming i behandling ved selvskading, både nasjonalt og internasjonalt. Det er også den metoden som det ifølge Tørmoen er forsket mest på.

I tillegg til DBT finnes tre andre metoder som også gir dokumentert effekt ved behandling av selvskading og suicidalitet hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: mentaliseringsbasert terapi (MBT), som har sine røtter i psykodynamisk teori, Emotion regulation group therapy (ERGT), en gruppebehandling basert på skjematerapi og dialektisk atferdsterapi, og skjemafokusert terapi (SFT).

EN SELVSKADER ER IKKE EN SELVSKADER

Line Indrevoll Stånicke, postdoktor ved UiO og psykologspesialist ved Nic Waals Institutt/Lovisenberg sykehus, understreker betydningen av metodemangfold og individuell tilpassing av behandlingen. I sin doktorgrad fra 2019 dokumenterer hun at selvskading uttrykker svært forskjellige ting fra pasient til pasient: Selvskade kan være en måte å få kontroll over vanskelige følelser på, men også en måte for å uttrykke og dele opplevelser som det ikke kan settes ord på. Stånicke sier at selvskading er et uttrykk for vansker med følelsesregulering, men kan være relatert til utfordringer i ungdomstiden – som å utvikle autonomi, selvsksept og identitet.

- En selvskader er ikke en selvskader. Behandlere bør derfor lytte til den enkeltes forståelse av hvilken funksjon selvskadingen har. Behandlingen bør tilpasses etter hva selvskader



INDIVIDUELL TILPASSING Line Indrevoll Stånicke ved Nic Waal/Lovisenberg sier behandlingen bør tilpasses etter hva selvskadingen er knyttet til i den enkeltes liv. Foto: Nora Skjerdingsstad

dingen er knyttet til i den enkeltes liv. Både atferdsendring og et fokus på kommunikative og relasjonelle vansker er nødvendig. Det tilsier at vi bør møte selvskadere med varierte metoder, sier hun.

Nic Waal har i flere år hatt et MBT-team, og er i gang med økt systematisering og evaluering av behandlingsprosessene.

MANGLER RETNINGSLINJER

Ved Sahlgrenska sykehus i Sverige er det opprettet en behandlingssenhet for voksne med alvorlig selvskadingsatferd. Psykolog Odd Berg skriver til Psykologtidsskriftet at behandlingsprogrammet går over tolv uker og baserer seg på DBT. Det inneholder blant annet intensiv individual- og gruppterapi, coaching i DBT-ferdigheter døgnet rundt og tiltak som arbeidsterapi, fysioterapi og medikamentell behandling. Det eneste diagnostiske inklusjonskriteriet er at selvskadningen er livstruende og vedvarende, og at pasienten ikke tidligere har hatt nytte av behandling.

– Men også hos oss har en stor andel av pasientene personlighetsforstyrrelse eller PTSD. Mange har også komorbide tilstander, og behandlingen er frivillig, opplyser Berg.

De første pasientene ble innskrevet i august 2019. Et forsknings- og evalueringssjeksjekt er under oppstart, og de første resultatene vil foreligge i løpet av neste år.

Berg skriver at enheten ved Sahlgrenska er ett resultat av det såkalte Nationella Självskadeprojektet. Det ble lansert i 2011 og var resultat av en offentlig debatt om bristen i behandlingstilbudet til personer med selvskadingsatferd.

Trenger vi et tilsvarende tilbud i Norge som det de har ved Sahlgrenska? Anita Johanna Tørmoen svarer slik:

– All forskning og erfaring tilsier at det er en poliklinisk tilnærming som bør videreutvikles, ikke tilbud som krever lang innleggelse. Selvsagt vil innleggelser være nødvendig og bra for noen, men det viktigste er å komme tidlig inn med god behandling slik at vi unngår så massiv og sammensatt problematikk at lange eller hyppige innleggelser blir nødvendig. Spesialavdelinger ble forsøkt i Norge på åtti- og nittitallet uten så gode resultater, sier Tørmoen til Psykologtidsskriftet.

Hun mener en av de største utfordringene i Norge er at det ikke finnes en over- »

- Trenger kompetanseløft

Bare hver tredje kommune har en plan for å gjøre veiledende materiell om selvskadning kjent for helsepersonell.

TEKST Per Halvorsen

DET FREMGÅR AV SINTEF-rapporten Kommunalt psykisk helsearbeid og rusarbeid 2019. SINTEF bekrefter dermed langt på vei inntrykket til Lena Maria Haugerud i Landsforeningen for forebygging av selvskadning og selvmord (LFSS). Hun mener veiledningsmaterialet ikke er godt nok kjent, og mener det trengs et kompetanseløft i kommunene for å gjøre førstelinjen i stand til fange opp unge som selvskadere seg.

– De nasjonale variasjonene i fagkompetanse på dette området tyder på at det er postadressen din som avgjør hva slags tilbud du får, sier Haugerud.

STØRRE KOMMUNALT ANSVAR

Kommunene har fått stadig større ansvar for å kartlegge og følge opp selvskadning. I 2017 ble det lansert en egen kommunal veileder for forebygging av selvskadning og selvmord. Ansvar for opplæringen er tillagt de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Psykologspesialist Tone Bovim ved RVTS Øst sier det er viktig å trene på hvordan man skal intervensere overfor personer som skader seg selv med vilje.

– Utover klinisk praksis kan slik trening skje ved mester-svinn-veiledning og simuleringstrening med kollegaer, opplyser hun.

Bovim sier mange kommuner ønsker at spesialisthelsetjenesten skal veilede dem i selvskadingsproblematikk. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunene, men veiledningspotensialet er antageligvis uutnyttet, påpeker hun.

– Det veiledende materialet gir i seg selv ikke tilstrekkelig kompetanse for faglig god oppfølging over tid av mennesker med selvskaade og selvmordsrisiko, mener Bovim.

SKAMBELAGT

Kommunepsykolog May Lene Karlsen i Sandefjord mener mangel på tilgjengelighet er en stor utfordring i førstelinjen.

– Selvskadning er for mange svært skambelagt, og det kan sitte langt inne å banke på døra for hjelp. Da er det spesielt viktig at hjelpen er tilgjengelig, sier hun.

Hun mener alle kommuner burde hatt egne planer for å forebygge selvskadning, og at innsatsen må forankres hos leder i de aktuelle kommunalområdene og integreres i den enkelte tjenestes virksomhets- og kompetanseplaner.

– Planverket bør sørge for at den forebyggende innsatsen henger sammen både vertikalt og horisontalt i hjelpeapparatet. Skoleklasser med høy forekomst av selvskadning bør utløse innsats på gruppenivå i klassen og på systemnivå i skolen og samarbeid mellom PPT, skolehelsetjenesten og psykisk helse, sier hun. ✕

ordnet strategi for å gjøre nyttige behandlingsmetoder tilgjengelig for alle pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk. Hun sier at fagmiljøene på tvers av metodikk står samlet om at det bør utarbeides retningslinjer for behandling av mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, den gruppen som har størst risiko for alvorlig selvskading.

UNDERDIAGNOSTISERING

Tørmoen får støtte av seksjonsoverlege Elfrida Hartveit Kvarstein ved Seksjon for personlighetspsykiatri, OUS.

– Mitt inntrykk er at det er stor grad av underdiagnostisering av mennesker med personlighetsforstyrrelser. Vi får tilbakemeldinger fra pasienter som tyder på at de blir møtt på svært ulike måter alt etter hvor i landet de bor. Der er lite konsensus om hvordan disse pasientene skal behandles. Derfor trenger vi nasjonale retningslinjer, sier hun.

Seksjonen hun jobber ved, har implementert et mentaliseringsbasert terapiprogram (MBT). Programmet har sine røtter i psykodynamisk tenkning og er spesialtilpasset personer med personlighetsforstyrrelser. Studier, også i Norge, viser ifølge Kvarstein god effekt og lav frafallsrate sammenliknet for eksempel med tradisjonell psykodynamisk terapi.

Kvarstein mener det å overse personlighetsforstyrrelse kan føre til at pasienten får et mer alvorlig og kronisk forløp, og at gjentatte behandlingsavbrudd er assosiert med mer langvarige problemer.

– Kan vi forebygge dropout, har det stor helseverdi, påpeker hun. ✘

Ingen planer om retningslinje

Helsedirektoratet har ingen planer om å utvikle en nasjonal faglig retningslinje for behandling av pasienter med alvorlig selvskadingsproblematikk eller med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

DET OPPLYSER FUNGERENDE avdelingsdirektør Tor Erik Befring i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Han viser til at Helsedirektoratet i 2017 ga ut veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord.

Befring sier også at det i dag fins gode veiledere for behandling av personlighetsforstyrrelser tilgjengelige på Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetsforstyrrelser (NAPP). ✘

FACT-team gir langt færre tvangsinnleggelses

En fersk rapport viser at antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern ble redusert med 42 prosent etter inntak i FACT-teamene som omhandles i evalueringen, sammenliknet med to år før inntak.

NKROP har på oppdrag fra Helsedirektoratet evaluert de sju første FACT-teamene som ble etablert i Norge (Flexible Assertive Community Treatment team). FACT-team er tverrfaglige team som retter seg mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk. I FACT-team flyttes behandlingen ut av kontor og institusjon til der brukeren bor eller oppholder seg. I dag er det rundt 60 slike team i Norge.

– Det er veldig viktig for den enkelte bruker å slippe å bli så syk at man legges inn på tvang. En viktig grunn til at teamene klarer å forebygge dette er at de er så tett på brukerne, sier prosjektleder og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Anne Landheim, til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Det er også Landheim som er en av redaktørene bak rapporten «Evaluering av FACT-team i Norge» som ble lansert 30. april i år.

Evalueringen viser også at brukere generelt er fornøyd med hjelpen de får i FACT-team.

– Vi vet at det relasjonelle har veldig stor betydning. At de ansatte i FACT-teamene klarer å få god kontakt gjør at de lykkes med å beholde folk i behand-



ling over tid. Dette er ofte brukere som ikke har stor tiltro til behandlingsapparatet fra før, sier Landheim videre til nettstedet NAPHA.

(Kilde: <https://www.napha.no/content/24210/Tvangsinnleggelses-nesten-halvert-med-FACT-team>)

Psykologtidsskriftet

EVALUERING ESA-president Bente Angell-Hansen spør i en grunnlagt uttalelse hvorfor Norge ikke har evaluert ELTE-utdannede som allerede er blitt innvilget autorisasjon. Foto: EØS-tilsynet ESA



AKTUELT

ELTE-saken

ESA: - Norge må anerkjenne ELTE-utdanningen

EFTAs overvåkningsorgan ESA mener ELTE-utdanningen ikke er mer ulik den norske psykologutdanningen enn at den må anerkjennes i Norge. Regjeringsadvokaten mener ESA ikke har vurdert dette grundig nok.

OVER TRE ÅR etter at ESA mottok ELTE-studentenes klage på at de var blitt nektet lisens av norske helsemyndigheter, avga instansen i slutten av april en såkalt grunnlagt uttalelse. I en e-post

til Psykologtidsskriftet oppsummerer ESA-president Bente Angell-Hansen uttalelsen slik:

– ESA mener at forskjellene mellom kvalifikasjonene i Norge og ved ELTE-universitetet, »

TEKST Per Halvorsen

- ELTE-studentene er avskåret fra lisens og autorisasjon i Norge. Denne forskjellsbehandlingen er juridisk uriktig

Per Andreas Bjørgan, advokat



JURISTMAT ELTE-studentenes advokat, Per Andreas Bjørgan, mener yrkeskvalifikasjonsdirektivet ikke krever fullstendig harmonisering mellom utdanningene. Foto: Nora Skjerdingsstad

så vel som yrkene i de to landene, ikke er vesentlige nok til at Norge kan nekte å anerkjenne utdanningen.

KLOKKA TILBAKE

Får ESA gjennomslag, skrus klokka langt på vei tilbake dit den var før Helsedirektoratet brått endret sin praksis i 2016. Fram til dette tidspunktet fikk ELTE-studentene norsk lisens. Etter lisensperioden fikk de innvilget autorisasjon. Praksisen ble endret da norske myndigheter ved Helsedirektoratet fikk nye opplysninger. Blant annet at den ungarske masterutdanningen ikke ga grunnlag for selvstendig virke som psykolog i Ungarn.

ESA mener det var liten grunn til at Norge handlet som de gjorde i 2016. I den grad de mente ELTE-studentene hadde kunnskapsmessige mangler, kunne de ha vært tilbudt supplerende teoretisk og praktisk trening, ikke bare som et unntak for en begrenset gruppe studenter slik tilfellet er i dag, fremgår det av den grunngitte uttalelsen.

INKONSEKVENT BEHANDLING

Dette var også et av hovedpoengene til ELTE-studentens advokat Per Andreas Bjørgan da han sist høst prosederte på vegne av saksøkerne i Oslo tingrett.

- Yrkeskvalifikasjonsdirektivet krever ikke fullstendig harmonisering mellom utdanningene.

Forskjellene kan utliknes, for eksempel gjennom veiledet praksis, slik tilfellet i dag er med psykologiutdannede fra eksempelvis Danmark, opplyser Bjørgan.

I et intervju med Psykologtidsskriftet 27. september i fjor kritiserte Bjørgan norske myndigheter for å være inkonsekvente i sin behandling av dem med masterutdanning i klinisk psykologi fra utlandet. Han gjen- tar poenget nå:

- Har du en temmelig lik mastergrad fra et land der du tilfeldigvis får en beskyttet tittel som psykolog, er du velkommen hjem til lisens. Etter lisensperioden får du da uten videre autorisasjon. Så har du alle ELTE-studentene, som har en sammenliknbar utdanning, men som ikke blir gitt en beskyttet tittel etter nasjonale regler. De er avskåret fra lisens og autorisasjon i Norge. Denne forskjellsbehandlingen er juridisk uriktig, mener Bjørgan.

MISVISENDE

Advokat Torje Sunde hos Regjeringsadvokaten sier til Psykologtidsskriftet at han savner en grundigere gjennomgang av sentrale rettslige og faktiske spørsmål fra ESAs side. Han viser til at det i den grunngitte uttalelsen nesten ikke er spor av henvisninger til ungarsk lovgivning og den nasjonale rapporten fra ungarske myndigheter som ble fremlagt under rettssaken i oktober. Sunde mener begge dokumentene viser at en med en klinisk masterutdanning fra ELTE (Okleveles pszichológus) bare kan jobbe i ikke-kliniske stillinger i motsetning til en med profesjonsutdanning fra Norge.

- Bare hvis man forplikter seg til et videreutdanningsløp, kan man påta seg kliniske oppgaver, og da bare under veiledning. Dette poenget går igjen både i det ungarske lovverket og i rapporten fra ungarske myndigheter. Dette aspektet ser det ikke ut som at ESA har vurdert. Dette hadde vi en grundig gjennomgang av i tingretten. I tilsvaret til ESA vil vi presentere det på nytt, sier Sunde.

Han mener også at ESA gir en misvisende beskrivelse av hva en psykolog kan gjøre i Norge.

Han sier ESA betviler selvstendigheten til den norske psykologen og er opptatt av at de fleste etter endt profesjonsutdanning tar spesialistutdanning. ESA hevder i tillegg at det er et generelt prinsipp i Norge, også utenfor spesialisthelsetjenesten, at psykologen må søke profesjonell bistand hos psykologspesialisten.

– ESA mener dette innebærer at heller ikke en psykolog i Norge kan jobbe så selvstendig som norske myndigheter hevder. ESA avviser tilsynelatende også at psykologer som jobber i kommunene, eller som er privatpraktiserende, har selvstendig behandleransvar eller selvstendig ansvar for diagnostisering. Det ville det jo ikke ha vært unaturlig om de begrunnet nærmere, mener Sunde.

Han mener dermed at ESA har en annen forståelse av psykologrollen i Norge.

– På dette punktet er ESA og Norge rett og slett uenige med hverandre. Dette illustrerer et generelt poeng: At psykologrollen i Europa er så ulikt regulert, at det er krevende å sammenligne rollen på tvers av landegrensene, sier han.

PASIENTSIKKERHET

I den grunngitte uttalelsen spør ESA seg hvorfor Norge ikke har evaluert ELTE-utdannede som allerede er blitt innvilget autorisasjon, for å se om det er kvalitetsforskjeller mellom dem og profesjonsutdannede. De spør også hvorfor ELTE-utdannede som allerede er blitt innvilget autorisasjon, har fått beholde autorisasjonen hvis pasientsikkerheten, som norske myndigheter har argumentert med, er et såpass viktig ledd i begrunnelsen for at ELTE-utdannede ikke skal få lisens i Norge.

ESA mener altså at det norske standpunktet er i strid med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, som skal bidra til fri bevegelse av arbeidskraft mellom traktatlandene. Norske myndigheter har fått fire måneder på å tilpasse seg.

Overvåkningsorganet går ikke nærmere inn på dommen i Oslo tingrett fra 11. november 2019. Tingretten mente det var riktig av norske helsemyndigheter ikke å godkjenne som psykolog personer med masterutdanning i psykologi fra Ungarn. Dommen er anket, og ankesaken er berammet for Borgarting lagmannsrett 13.-23. april 2021.

Angell-Hansen har håp om at den pågående dialogen med norske myndigheter skal føre fram.

– Hvis vi ikke kommer frem til en felles forståelse og Norge unnlater å imøtekomme ESAs rettslige bekymringer, vil saken bli brakt inn for EFTA-domstolen, skriver hun til Psykologtidsskriftet.

VINNER IKKE ALLTID FRAM

Angell-Hansen understreker at ESA ikke går av med seieren i enhver sak de tar til EFTA-domstolen. Hun opplyser at de for et halvt år siden tapte en sak mot Norge, den såkalte pappapermisjonssaken.

– Også den var basert på en rekke klager fra enkeltmennesker. Det sentrale når ESA eventuelt velger å ta en sak til EFTA-domstolen, er at vi får den rettslige avklaringen som er helt nødvendig for alle parter, opplyser hun.

Hun opplyser at de aller fleste saker ESA har med landene de fører tilsyn med, løses før de havner i domstolen. Hun mener derfor det er for »



IKKE GRUNDIG NOK Torje Sunde hos Regjeringsadvokaten savner en grundigere gjennomgang av sentrale rettslige og faktiske spørsmål fra ESAs side. Foto: Nora Skjerdingsstad.



LETTET ELTE-studentene er lettet over konklusjonene til ESA. Fra venstre Vette Wang Opaas, Malin Syvderud Moland, Alexander Lundgreen Flottorp, Maria Skarpaas Andersen, Julie Daae, Heidi Kristine Sundby, Emilie Berge, Tomás Lorang Larsen, Nora Helene Nikolaisen, Markus Lien. Foto: Privat

tidlig å si noe om hva konsekvensene av denne saken vil bli.

ESA bekrefter at de også har mottatt klager fra studenter i andre EØS-land. Enkelte av disse klagenene mener ESA ikke er berettiget, andre ser overvåkningsorganet nærmere på.

– Denne saken gjelder psykologistudentene ved ELTE-universitetet. Andre klager behandles på selvstendig grunnlag, skriver Angell-Hansen.

HØIE: IKKE AVGJORT

Verken Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker å uttale seg til Psykologtidsskriftet om ESAs grunngitte uttalelse. Helsedirektoratet henviser til HOD, som igjen henviser til en generell uttalelse publisert 30. april på departementets hjemmeside. Der uttalte Høie at ELTE-saken ikke er avgjort selv om ESA er uenig i norske helsemyndigheters vurdering av ELTE-studentenes kvalifikasjoner.

Alexander Lundgreen Flottorp, som klaget saken inn for ESA i januar 2017, påpeker at Høie ved flere anledninger har indikert overfor Stortinget at ESAs konklusjon vil være med og avgjøre om Helsedirektoratet har håndtert sakene på riktig måte, blant annet i stortinget 13. november 2017, da helsestatsråden besvarte et skriftlig spørsmål fra Elise Bjørnebekk-Waagen (A).

– Da er det skuffende at han ser ut til å tviholde på et standpunkt som er så grundig tilbakevist, spesielt når det har store økonomiske konsekvenser for dem som ikke kan skaffe seg relevant jobb før staten rydder opp.

Lundgreen Flottorp sier han opplever ESAs grunngitte uttalelse som en stor lettelse.

– Å klage inn staten for ESA og i neste runde gå til retten har vært krevende. ESAs konklusjon viser at det var en riktig avgjørelse. Og vi håper naturligvis det kan slå inn på en positiv måte for det endelige utfallet i saken, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet. ✕ »

- Må rydde opp

Storingsrepresentant for Arbeiderpartiet Nina Sandberg mener mye nå tyder på at det var et feilgrep av Helsedirektoratet da de endret godkjenningspraksisen for ELTE-studentene i 2016.

- **GJØRES ESAS** syn gjeldende, betyr det at forskjellene ikke var vesentlige nok til å rettferdiggjøre endret autorisasjonspraksis, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Sandberg mener at den viktigste lærdommen som kan trekkes ut av ELTE-saken, er at det må ryddes opp i den norske ordningen for godkjenning av utdanning til helseyrker i utlandet.

- Det er det helseminister Bent Høie nå må gjøre. Det er ikke akseptabelt at utenlandsstudentene har måttet ta støytten for mangelen på forutsigbare godkjenningsregler, sier Sandberg, som sitter i utdannings- og forskningskomiteen.

Også tidligere har norske myndigheter fått kritikk for usikkerhet knyttet til godkjenning av utenlandske helseutdanninger i Norge. I en rapport fra 18. juni 2019 viste Riksrevisjonen blant annet til erfaringer med ELTE-saken.

Norsk psykologforening har tidligere foreslått en egen akkrediteringsordning (Psykologtidsskriftet.no, 11. oktober 2019) som blant annet innebærer at lisensperioder skreddersys alt etter hvilken utdanningsinstitusjon studentene har studert ved. I en høringsuttalelse datert 16. april i år

gjentas poenget. Her heter det blant annet at lisensperioden må tilpasses den enkelte, slik at kandidaten får tilstrekkelig kompetanse til å oppnå autorisasjon. Dessuten at utdanninger i EØS-området som møter norske krav, bør kunne forhåndsgodkjennes. Høringsuttalelsen er undertegnet Psykologforeningens president Håkon Kongsrud Skard.

Statssekretær Anne Grete Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet uttalte (Psykologtidsskriftet.no, 6. november 2019) at et akkrediteringssystem vil bli vurdert sammen med andre forslag i det videre forbedringsarbeidet.

- Når det gjelder psykologutdanningen, vil departementet i første omgang avvente utfallet av de rettslige prosessene i domstolene og ESA, skrev Erlandsen i en e-post til Psykologtidsskriftet den gang. ✘

To spor videre i ELTE-saken

ELTE-SAKEN følger nå to spor: Det ene er «ESA-spoet» som innebærer at ESA kan bringe saken inn for EFTA-domstolen hvis Norge ikke imøtekommer ESAs krav i den grunngitte uttalelsen deres. Da må alle bevis gjennomgås på nytt i EFTA-domstolen. Blir Norge dømt for traktatbrudd, må Norge følge opp dommen og innrette lovverket og forvaltningspraksisen etter dommen...

Det andre er «rettsaksspoet» som følger av at Borgarting lagmannsrett etter anmodning fra saksøker har bedt EFTA-domstolen om en rådgivende uttalelse om tolkning av EØS-avtalen i den aktuelle saken. En rådgivende uttalelse innebærer at lagmannsretten ber om hjelp til tolkingen av de EØS-rettslige spørsmålene. Alle EØS-statene får anledning til å komme med sitt syn på spørsmålene, og har to måneder på seg til å

svare før det arrangeres et rettsmøte i Luxembourg for å komme fram til en dom. Deretter blir dommen sendt tilbake til lagmannsretten. Lagmannsretten har deretter full ankeforhandling, og vil ved tolkingen av de EØS-rettslige spørsmålene legge vesentlig vekt på EFTA-domstolens dom. Det er på grunn av dette siste spoet ankesaken er forskjøvet helt til april neste år. Også her kan EFTA-domstolens avgjørelse få betydning for norsk lovverk og praksis, men dette vil bero på premisene i avgjørelsen.

Kilde: Regjeringsadvokaten ✘ »



EØS-EKSPERT Advokat Espen Bakken mener Norge undergraver det felles europeiske regelverket ved å nekte ELTE-studenter lisens som psykologer i Norge.

Mener Norge undergraver felles europeisk regelverk

ESAs siste uttalelse i ELTE-saken vil veie tungt i lagmannsretten, mener EØS-ekspert. Uttalelsen har ingen konsekvenser for Psykologforeningen, sier foreningens president.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Nora Skjerdingsstad

- DET SKJER RELATIVT OFTE at ESA håndhever EØS-avtalen overfor norske myndigheter, når det gjelder for eksempel fri bevegelighet av arbeidskraft, som i dette tilfellet. De kontrollerer at norske myndigheter gjennomfører

det de er forpliktet til å gjennomføre. Norske myndigheter er generelt flinke til å gjennomføre EØS-retten.

Det sier jurist Espen Bakken til Psykologtidsskriftet. Han jobber i advokatfirmaet Arntzen

de Besche og har bakgrunn fra EFTA-domstolen og EFTAs overvåkningsorgan (ESA) i Brussel.

Ingen av partene i ELTE-saken er kunder i advokatfirmaet, ifølge Bakken.

EØS-RETT

Bakken er godt kjent med ELTE-saken.

– Det er også et spørsmål om å håndheve EØS-retten når den først er gjennomført. Da skjer det fra tid til annen at EFTAs overvåkningsorgan ettergår norske myndigheter på grunn av manglende eller feilaktig håndhevelse av EØS-retten.

– *Hvor ofte er Norge i EFTA-domstolen?*

– Det er ikke ofte. EFTA-domstolen har relativt få saker, men ESA har løpende saker mot norske myndigheter. Det er nok et 20-talls saker som er pågående mellom norske myndigheter og ESA til enhver tid. EFTAs overvåkningsorgan kan også stoppe saker underveis i en administrativ prosess.

ÉN SAK TIL EFTA-DOMSTOLEN

ESA jobber med saker på to områder, for det første de som omfatter fri bevegelse i det indre markedet, slik som for eksempel ELTE-saken, i tillegg til saker innenfor statsstøtte og konkurranse. I 2019 ble det åpnet 109 saker knyttet til reglene som gjelder det indre markedet i Norge, Island og Liechtenstein, opplyser ESAs kommunikasjonssjef Øystein Solvang til Psykologtidsskriftet. 93 av disse sakene er fortsatt åpne i dag.

59 av de 109 indre marked-sakene i 2019 var norske saker.

Av de 59 sakene som kun er mot Norge, er 48 fortsatt pågående.

ESA avsluttet i 2019 76 saker som omfattet Norge. I 52 saker er ingen tiltak iverksatt så langt, én sak ble avsluttet etter at grunnlagt uttalelse ble sendt, og én sak ble sendt til EFTA-domstolen.

- INGEN KONSEKVENSER

Jurist Espen Bakken påpeker at i ELTE-saken har ESA kommet med en grunnlagt uttalelse om hvordan EØS-retten skal forstås.

– Hvis norske myndigheter nå ikke retter seg inn etter den grunnlagte uttalelsen fra ESA, så er det sannsynligvis et brudd på EØS-avtalen. Det som er spesielt her, er at en norsk domstol har kommet til at norske myndigheter anvender EØS-retten riktig, men ESA har kommet til motsatt resultat.

Psykologtidsskriftet har spurt Norsk psykologforening om hvilke konsekvenser ESAs siste uttalelse i ELTE-saken har for foreningen.

– Uttalelsen har ingen konsekvenser for Psykologforeningen. Vi har registrert den, nå er det opp til myndighetene å vurdere hva de vil foreta seg, svarer president Håkon Skard på e-post via kommunikasjonssjef Karsten Brekne Karlsøen.

– Det viktigste for Psykologforeningen er at det må bli større forutsigbarhet, slik at utenlandsstudenter slipper å havne i slike situasjoner i fremtiden, skriver Skard videre.

Etter Bakkens vurdering må ESAs uttalelse få stor vekt for forståelsen av EØS-retten når ELTE-saken kommer til lagmannsretten.

– *Men hvor mange ganger har Norge vunnet/tapt i EFTA-domstolen?*

– Jeg har ikke tall på det på stående fot, men utgangspunktet er at ESA har en omfattende intern prosess og er svært dyktige på EØS-rett. Der som ESA går til det skrittet og fremmer en traktatbruddsak for EFTA-domstolen, vinner de som regel.

ELTE-saken

- 163 personer gikk til gruppesøksmål mot staten på bakgrunn av en praksisendring Helsedirektoratet gjorde i 2016.
- Praksisen var tidligere at de med master i klinisk psykologi og helsepsykologi fra ELTE-universitetet i Ungarn har fått lisens i Norge.
- Helsedirektoratet endret praksis fordi de mente nye opplysninger betydde at ELTE-psykologene ikke var utdannet til samme yrke som en psykolog i Norge.
- Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet vant saken i Oslo tingrett i november i fjor. Saken er anket til lagmannsretten, som har bedt EFTA-domstolen om en uttalelse. EFTAs overvåkningsorgan ESA mener Norge bryter EØS-retten.



FORUTSIGBARHET Det må bli større forutsigbarhet for utenlandsstudenter, mener president Håkon Skard i Norsk psykologforening. Foto Brian Cliff Olguin

»

Men sett fra norsk side er ikke spørsmålet om hvilken part som vinner, og hvilken part som taper i EFTA-domstolen, så krystallklart.

Psykologtidsskriftet har spurt Regjeringsadvokaten i Norge og EFTA-domstolen i Luxembourg om hvor mange saker Norge har tapt og vunnet der ESA har vært motpart. EFTA-domstolen har foreløpig ikke svart.

Regjeringsadvokaten har ikke noen oversikt over dette, opplyser advokat Pål Wennerås ved Regjeringsadvokaten til Psykologtidsskriftet.

– En slik oversikt kunne heller ikke lages med enkle fremgangsmåter. Det skyldes særlig at det vanskelig lar seg gjøre å dele inn saker som enten vunnet eller tapt. En part kan få medhold i deler av påstanden, men ikke andre, skriver Wennerås i en e-post.

I tillegg er EFTA-domstolens premisser, ifølge Wennerås, ofte vel så viktige som domslutningen med hensyn til å vurdere hvilken part som reelt har fått medhold, eller mest medhold.

KAMP PÅ TO FRONTER

Det er etter Espen Bakkens mening usikkert om Norge vil endre godkjenningspraksisen av ELTE-psykologer før fristen ESA har satt, går ut.

– Jeg vil regne med at de kjemper kampen i lagmannsretten. Men det er ingenting i veien for å akseptere ESAs syn og se bort fra tingrettens avgjørelse. Norske myndigheter har jo kjempet denne kampen på to fronter, én i norske domstoler og én overfor ESA. Lagmannsretten kan jo tenkes å etterspørre en rådgivende uttalelse fra EFTA-domstolen, og da vil det EØS-rettslige slaget kjempes i Luxembourg.

Her traff Espen Bakken blink med spådommen sin: Den 11. mai sendte Borgarting lagmannsrett et brev til EFTA-domstolen der de ber om en rådgivende uttalelse i saken, ifølge Khrono.

– *Hvor spesiell er egentlig ELTE-saken, Bakken?*

– Det som gjør den særlig interessant, er at man fratar noen studenter rettigheter de etter EØS-retten har, når de kommer hjem til Norge og skal få godkjent sine studier. Saken bryter med noen grunnleggende friheter for enkelt-individer. Det gjør jo saken prinsipiell.

Bakken mener Norge undergraver det felles europeiske regelverket ved å nekte studentene godkjenning.

– Nå skal ikke jeg ta stilling til den konkrete saken, om det er særlige forhold ved disse

utdanningsstedene som tilsier at de ikke skal ha godkjenning. Men forutsatt at forholdene ved ELTE-universitetet er i orden, gir EØS-retten ingen grunn til ikke å godkjenne disse eksamenene.

Han tipper at ESA avventer behandlingen i norske domstoler før de eventuelt går til traktatbrudssøksmål.

– Men hvis norske domstoler ikke pålegger endringer i norsk regelverk, og staten står på sitt, og domstolen kommer til at dette er lovlig, så kan det tenkes et traktatbrudssøksmål. Da innebærer det at EFTA-domstolen dømmer i samme sakskompleks som en norsk domstol.

Norsk psykologforening er ikke formell part i ELTE-saken, men foreningen hevder det nettopp er forhold ved ELTE-utdanningen som tilsier at kandidatene ikke skal ha godkjenning.

– Den ungarske masterutdanningen i psykologi – i motsetning til den norske profesjonsutdanningen – er først og fremst en teoretisk utdanning, med lite klinisk praksis, sa foreningens visepresident Rune Frøyland etter at Psykologforeningen bestilte en juridisk vurdering fra advokatfirmaet Thommesen. Utredningen slår ifølge Psykologforeningen fast at EUs kvalifikasjonsdirektiv ikke gir rett til anerkjennelse som psykolog i Norge for dem med master i psykologi fra Ungarn.

Psykologtidsskriftet har gjentatte ganger forsøkt å få et intervju med Siri Teigum, ansvarlig advokat for vurderingen til Psykologforeningen, uten å lykkes. Vi kan heller ikke sitere andre hos Thommesen, ifølge kommunikasjonsansvarlig Marthe Kaasa Færø.

DANMARK

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag om endringer i reglene om autorisasjon og lisens til helsepersonell. I Psykologforeningens høringssvar skriver foreningen at den forutsetter at Helsedirektoratet viderefører etablert praksis for norske danskutdannede psykologer, og viser til rettigheter under yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Psykologtidsskriftet har spurt Psykologforeningen om hvorfor yrkeskvalifikasjonsdirektivet brukes til å forsvare at Danmarks masterutdanning i psykologi kvalifiserer til lisens/ autorisasjon i Norge, mens dette direktivet ses bort fra i godkjenningen av andre europeiske masterutdanninger.



PASIENTSIKKERHET Ordet pasientsikkerhet må gis et innhold for å gi mening, mener jurist Lars Swanstrøm, tidligere assisterende direktør i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Han er kritisk til Norges holdning overfor psykologer utdannet ved ELTE-universitetet i Ungarn.

– Dette er et spørsmål du må stille Helsedirektoratet, det er de som foretar vurderingene, svarer Håkon Skard.

- GRUNDIGERE

Jurist Lars Swanstrøm har lang erfaring i å autorisere internasjonal utdanning. Han mener at den siste uttalelsen fra ESA er en videreføring og utdyping av det ESA tidligere har hevdet i ELTE-saken.

– ESA sier Norge har fulgt opp to forhold ESA tidligere har påpekt. Det første gjaldt klagebehandling etter helsepersonelloven. Det andre å gi nasjonale retningslinjer for psykologutdanningene i Norge. Det har vært forvirring rundt hvilke faglige krav utenlandske studenter skal sammenlignes med.

Swanstrøm var assisterende direktør i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell i 2001–2012 og forteller at han var med på å utarbeide EØS-forskriften som Norge bruker som hjemmel for behandling av autorisasjon for utenlandsstudentene. Han har hatt ett oppdrag for Psykologiforbundet, som støtter ELTE-kandidatenes sak.

– Om Norge skulle tape i EFTA-domstolen, trenger ikke staten å rette seg etter dommen?

– Norge er en suveren stat. Dersom vi blir dømt for traktatbrudd, må vi enten endre praksis eller reforhandle EØS-avtalen.

– Men pasientsikkerhet er et viktig argument for staten i ELTE-saken? Er ikke du bekymret for det?

– Mange ELTE-psykologer er allerede godkjent. De får gode faglige skussmål av norske psykologer. Så i denne saken er jeg ikke bekymret. Ordet pasientsikkerhet må også gis et innhold for å gi mening. Hva mener staten, egentlig? Tiltak må være egnet til å oppnå formålet og være nødvendige for oppnå formålet. Målet må være forsvarlig yrkesutøvelse som psykolog. De tiltak staten kommer med, må følge av hva som er målet for tiltaket, og om tiltaket er egnet til å nå målet.

MINDRE PRAKSIS

Swanstrøm sier videre at den teoretiske delen på ELTE er på høyden med norsk utdanning, men de har vesentlig mindre pasientpraksis enn norske psykologer.

– Denne mangelen kan avhjelpes med en lisensperiode i Norge. ELTE-psykologene er godkjente psykologer i Ungarn. De søker om lisens, ikke autorisasjon. En lisens vil gi god pasientrettet praksis og vil være et godt kompletterende tiltak for å sikre forsvarlig pasientbehandling.

– Men hvordan skal tiltakene organiseres, og hvem skal betale for det?

– Etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet har de rett til å velge enten prøveperiode eller egnethetstest. De fleste vil nok velge en prøveperiode med lisens i en stilling der de kan få lønn. Men direktivet åpner også for at de kan avlegge en egnethetstest i Norge, sier Swanstrøm. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 424-433 FAGFELLEVDERT

STIAN ORM¹, JON A. LØKKE², GUNN E. HAAGENSEN², ELISABETH SLETBAKK³ og CATHRINE ORM⁴¹Universitetet i Oslo, ²Høgskolen i Østfold, ³Helse Bergen, ⁴Fredrikstad kommune

KONTAKT jon.lokke@hiof.no

PSYKOEDUKASJON FOR PERSONER MED NEVROUTVIKLINGSFORSTYRRELSER

– En systematisk litteraturgjennomgang

Klinikere bør være tilbakeholdne med å bruke psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser, ifølge denne litteraturgjennomgangen.

Psykoedukasjon har blitt vanlig innenfor opplæring og behandling av mennesker med nevrouviklingsforstyrrelser, slik som autismespekterforstyrrelser og Tourettes syndrom. Formålet med psykoedukasjon er å lære pasienten om sin egen diagnose og hjelpe pasienten til å forholde seg til egen diagnose. Boken *Jeg er noe helt spesielt* av Peter Vermulen (2008) startet en bølge av psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser i Norge. Denne boken og ulike manualer (f.eks. Hirvikoski, Waaler, Lindström, Bölte, & Jokinen, 2015) har gjort psykoedukasjonsintervensjoner lett tilgjengelig for bruk i klinisk praksis og opplæring. Økt tilgjengelighet og bruk av psykoedukasjonsintervensjoner gjør at det er behov for en kunnskapsoppsummering av forskningsfeltet, og vi vil her gi en gjennomgang av forskningslitteraturen på psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser.

ABSTRACT

Psychoeducation for individuals with neurodevelopmental disorders: A systematic review

Background: Psychoeducational interventions for individuals with neurodevelopmental disorders such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autism Spectrum Disorders (ASD) and Tourette syndrome (TS) has become an integrated part of post diagnostic health services. The purpose of psychoeducational interventions is to improve mental health and to increase participant's self-esteem and insight into their condition and knowledge about themselves.

Method: We performed a systematic search in international databases to review the outcomes and evidence of psychoeducational intervention studies for individuals with ADHD, ASD, and TS.

Results: We found no studies on TS and few studies on ADHD and ASD. Reviewed studies report both positive, adverse, and non-significant changes in relevant outcomes.

Conclusion: There is a need for further research on psychoeducational interventions for individuals with neurodevelopmental disorders. In the meantime, clinicians should be careful in implementing and recommending psychoeducational interventions for this group.

Keywords: psychoeducation, ADHD, autism spectrum disorders, Tourette syndrome, evidence based practice, systematic review

Ingen oppgitte interessekonflikter.

»



Felles for ASF, ADHD og Tourettes syndrom er utfordringer knyttet til selvfølelse, selvoppfatning og sosial interaksjon

Det finnes ingen universell definisjon av psykoedukasjon (Gordon et al., 2015). For Vermulen (2008) handler begrepet psykoedukasjon om pedagogiske intervensjoner som gir personer med en diagnose informasjon om egen tilstand. Personene gis også støtte til å bearbeide denne informasjonen og knytte kunnskapen til eget liv (Gordon et al., 2015; Vermulen, 2008).

Psykoedukasjonsintervensjoner brukes i helsetjenesten overfor et bredt spektrum av pasientgrupper. Går vi til andre vedvarende og alvorlige tilstander, slik som psykoselidelser, finner vi at de nasjonale retningslinjene anbefaler psykoedukativt familiesamarbeid i kombinasjon med annen behandling, som legemiddelbehandling og kognitiv terapi (Helsedirektoratet, 2013). For personer med schizofreni fant en oppsummerende meta-analyse at behandlingen som inkluderer psykoedukativt familiesamarbeid, reduserer tilbakefall og re-innleggelser, og gir økt etterfølgelse av foreskrevet medikamentell behandling (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011). En systematisk litteraturgjennomgang av psykoedukasjon for pasienter med bipolar lidelse fant lignende effekter, slik som at pasienter med bipolar lidelse som også deltok i psykoedukativ behandling, hadde færre tilbakefall og bedre psykososial fungering enn pasienter som ikke mottok psykoedukasjon (Batista et al., 2011).

I arbeidet med barn og unge med nevroutviklingsforstyrrelser tenker man at psykoedukasjon kan styrke pasientens selvfølelse og forebygge psykiske tilleggsvansker (Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst, udatert). I tillegg benyttes psykoedukasjon i pårønderarbeid, for eksempel i arbeid med foreldrene til ungdom med ADHD (McCleary & Ridley, 1999).

Nevroutviklingsforstyrrelser er en samlebetegnelse på en rekke ulike utviklingsforstyrrelser med et nevrobiologisk grunnlag. I denne studien tar vi for oss de tre nevroutviklingsforstyrrelsene Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Autismespekterforstyrrelser (ASF) og Tourettes syndrom.

ADHD kjennetegnes av oppmerksomhetsforstyrrelser, konsentrasjonssvikt, hyperaktivitet og impulsivitet utover det som er normalt for situasjon og alder. Atferdstendensene hos personer med ADHD medfører høyere risiko for å utvikle en rekke relaterte vanskeligheter, eksempelvis medisinske, emosjonelle, sosiale og akademiske problemer (Barkley, 1997).

ASF er et spektrum av tilstander kjennetegnet av vanskeligheter med sosial kommunikasjon og repetitive atferdsmønstre (American Psychiatric Association, 2013). ADHD er en vanlig atferdsforstyrrelse, og atferd som kan diagnostiseres som ADHD, finnes i mellom 3 og 5 prosent av den vestlige befolkningen (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). I en norsk studie som kartla forekomsten av ADHD og ASF, fant de en forekomst på mellom 1,1 og 3,4 prosent for ADHD, og 0,3 til 1,5 prosent for ASF (Surén et al., 2013). ASF er assosiert med forstyrrelser i både språklig, kognitiv og emosjonell utvikling (Andersen, Skogli, Hovik, Egeland, & Øie, 2015; Begeer, Koot, Rieffe, Terwogt, & Stegge, 2008; Boucher, 2012).

Tourettes syndrom kjennetegnes av gjentagende ufrivillige bevegelser og lyder – tics – som typisk oppstår i tre- til åtteårsalderen (Jankovic, 2001). Blant norske 12-åringer har 0,43 prosent fått en Tourettes syndrom-diagnose (Surén et al., 2019). Ticsene ledsages ofte av atferds-

forstyrrelser, slik som dårlig impuls kontroll og opposisjonell atferd (Jankovic, 2001), som ved første øyekast kan tenkes å vekke mer oppmerksomhet enn selve ticsene. Tics kan være sjenerende, og sammen med atferdsforstyrrelser og eventuell psykiatrisk komorbiditet utgjør Tourettes syndrom en kompleks tilstand som kan påvirke utvikling og mestring av dagliglivet (Lowe, Capriotti, & McBurnett, 2019).

Felles for ASF, ADHD og Tourettes syndrom er utfordringer knyttet til selvfølelse, selvoppfatning og sosial interaksjon (f.eks. Hobson & Hobson, 2013; Løkke, 2011; Weingarden et al., 2018). Enkelte studier har for eksempel vist at opptil 60 prosent av barn med diagnosen ADHD har problemer i relasjoner med andre barn (Bagwell, Molina, Pelham Jr., & Hoza, 2001). Årsaken antas å være redusert sosial og emosjonell kompetanse (Løkke, 2011). Samspillsvansker hos personer med ASF, ADHD og Tourettes inkluderer vansker med å oppfatte sosiale signaler, tilpasse seg situasjonen og oppsøke andre mennesker på en sosialt akseptert måte.

Et interessant fenomen knyttet til nevroutviklingsforstyrrelser er tilstedeværelsen av det som omtales som *illusorisk selvoppfatning*. Forskning viser at barn med ADHD i mye større grad enn andre tenderer til å overvurdere egen kompetanse sammenliknet med omgivelsenes vurdering av den samme kompetansen (Hoza et al., 2004). Barn med ADHD synes å overvurdere egen kompetanse mest på nettopp de områdene der funksjonssvikten er størst. Man finner at gutter med ADHD og utfordrende atferd syntes å ha en overdreven positiv oppfatning av egen kompetanse på atferdsmessige og sosiale forhold, mens skolesvake gutter med ADHD i stor grad overvurderer egen akademisk kompetanse. Også i studier av barn og unge med ASF ser man en sammenheng mellom evnenivå og egen vurdering av sosial kompetanse, der lavere evnenivå er assosiert med høyere egen vurdering av sosial kompetanse (Vickerstaff, Heriot, Wong, Lopes, & Dossetor, 2007). Vi kan anta at en slik positiv selvpersepsjon er knyttet til de faktiske kompetansemanglene hos personer med nevroutviklingsforstyrrelser, og at overvurderingen har som funksjon å dempe ubehag ved egne mangler. Psykoedukasjon kan tenkes å bidra til et mer realistisk selvbylde.

Formålet med vår studie er å kartlegge evidensbasen som omhandler psykoedukasjon for personer med nevroutviklingsforstyrrelsene ADHD, ASF og Tourettes syndrom. Forskningsspørsmålet er om psykoedukasjonsintervensjoner har effekt for personer med ADHD, ASF og Tourettes syndrom når det gjelder selvfølelse, selvoppfatning og psykiske tilleggsvansker.

METODE

Denne litteraturgjennomgangen er basert på et systematisk litteratursøk i forskningslitteraturen om psykoedukasjon for personer med nevroutviklingsforstyrrelsene Autisme-spekterforstyrrelser (ASF), hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) og Tourettes syndrom. Samtlige studier ble identifisert gjennom et systematisk søk i elektronisk tilgjengelige vitenskapelige databaser. Vi har søkt systematisk i disse vitenskapelige databasene: Ovid PsycINFO (psykologi) og Web of Science (tverrfaglig). Søkene ble gjennomført i mars 2019 og endte 23. mars 2019. Det ble ikke satt noen begrensninger på publikasjonsår.

Det ble gjennomført separate søk på hver av de tre diagnosene (ADHD, ASF og TS). Søkene inneholdt en søkestreng med boolske operatører der søkeord for hver enkelt diagnose ble kombinert med OR og knyttet til søkeord for psykoedukasjon og selvoppfatning med AND. Et eksempel på søkestreng som ble benyttet, er følgende: (Pervasive development disorder OR autism OR autistic OR Autism Spectrum Disorder OR autism spectrum disorders OR Asperger OR asd OR autism spectrum condition OR asc) AND (Self-knowledge OR Self-esteem OR Self-concept OR Self-confidence OR Self-awareness OR Self-consciousness) AND Psychoeducation. Søket i PsycInfo dekket tittel, sammenheng, nøkkelord, originaltittel og utfallsmål, og søket i Web of Science dekket tittel, sammenheng og nøkkelord.

Når begrepet «*Psychoeducation*» anvendes i engelsk, brukes det bredere enn det norske psykoedukasjon (f.eks. Eikeseth, 2009; Schreibman, 2000), og et søk på begrepet ville gitt mange irrelevante treff. Søket ble derfor knyttet til blant annet begrep som selvoppfatning og selvfølelse for å avgrense søket.

Søket resulterte i 34 treff i de to vitenskapelige databasene. Videre ble det gjennomført et manuelt søk der vi via referanselister og forfat- »

tersøk identifiserte ytterligere tre treff. Etter fjerning av duplikater stod vi igjen med 31 unike treff.

Seleksjonskriterier og prosedyre

Inklusjons- og eksklusjonskriterier. For å inkluderes i studien måtte bidragene være artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift på engelsk. Videre måtte de inneholde empiriske arbeider knyttet til psykoedukasjon for personer med ADHD, ASF eller TS. Bidrag som var skrevet på annet språk enn engelsk eller ikke var publisert i fagfelleverderte tidsskrift (f.eks. bokkapitler, avhandlinger e.l.), ble ekskludert. Artikler som ikke inkluderte rene psykoedukasjonsintervensjoner for personer med ADHD, ASF eller TS, ble ekskludert.

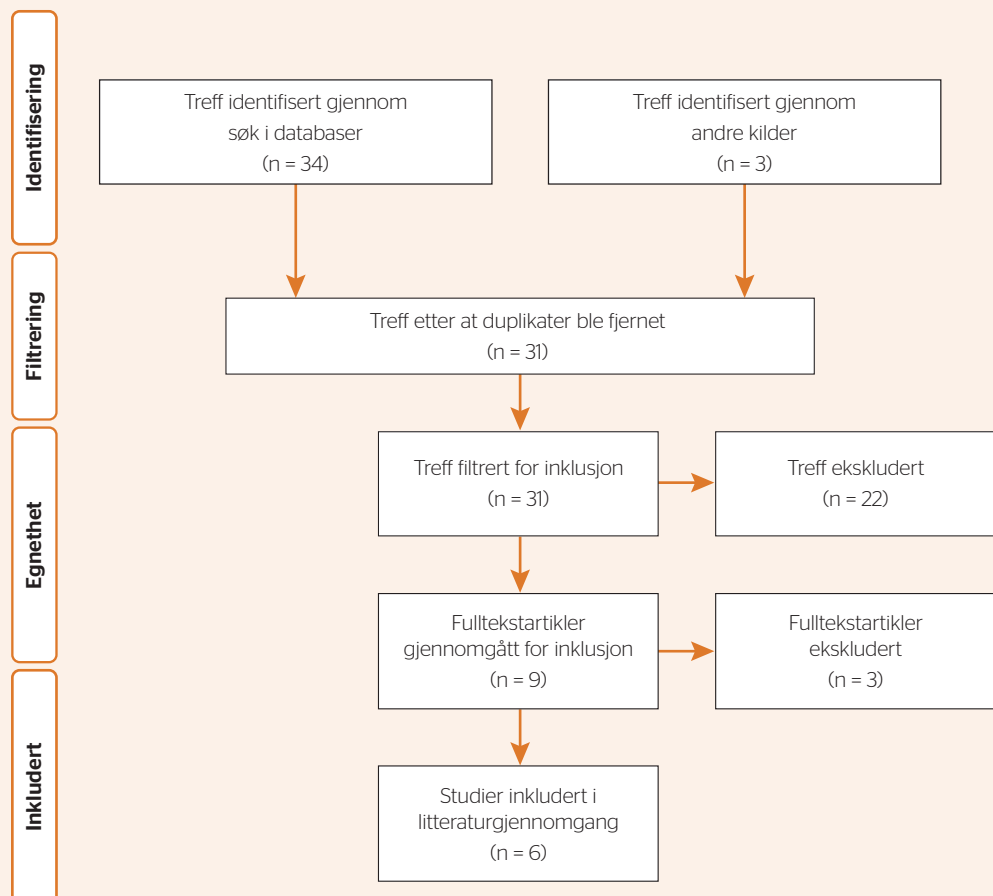
Prosedyre. Alle sammendragene til de 31 treffene ble lest og vurdert i henhold til studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier (se figur 1 for studieseleksjonsprosessen). Deret-

ter ble relevante bidrag screenet og vurdert for inklusjon. Etter dette sto vi igjen med seks studier som oppfylte inklusjonskriteriene. De seks studiene ble lest og systematisert i en Excel-matrise med følgende kolonner: hovedfokus, forskningsspørsmål, definisjon av psykoedukasjon, metode, deltakernes karakteristika, karakteristikk ved intervensjonen, resultater, forslag til videre forskning og utfallsmål. I tillegg la vi inn informasjon om forfattere, publikasjonsår, tittel, tidsskrift og digital objektidentifikator (doi). Alle artiklene ble lest og systematisert av minimum to av forfatterne.

RESULTATER

Resultatene fra litteraturgjennomgangen er presentert i tabell 1. Kolonnen for deltakere inkluderer kun antall deltakere som tilhører gruppen nevroutviklingsforstyrrelser.

Resultatene viser at forskningsfeltet psykoedukasjonsintervensjoner for personer med



FIGUR 1
PRISMA flytskjema over søk og studieseleksjon.

nevroutviklingsforstyrrelser er et ungt forskningsfelt med kun én publisert studie før 2013. Flere studier er publisert de siste to årene enn i årene forut. Det var ingen studier av psykoedukasjon for personer med TS som oppfylte

inklusionskriteriene. De studiene som er inkludert, har derfor deltakere med enten ADHD eller ASF. Majoriteten av studiene er gjennomført med

TABELL 1 Studier inkludert i litteraturgjennomgangen

Forfattere og publikasjonsår	Studiedesign og sammenlikningsbetingelse	Deltakere	Intervensjon	Utfallsmål	Effektstørrelser på signifikante utfall (p-verdi)
Backman et al. (2018)	Kvantitativ – Pretest – Posttest med follow-up-design	N=29 deltakere med ASF, alder 16–25 år	Internettbasert intervensjon med 8 moduler	ASD Quiz, HADS (angst og depresjon), AAQ-II (akseptering av diagnosen), SLS (livskvalitet)	Autisme kunnskap: $\eta^2 = 0,38$ (p=0,001)
Gordon et al. (2015)	Kvantitativ – Randomisert kontrollert studie	N=48 deltakere med ASF, alder 9–14 år	Gruppebasert intervensjon av 6 ukentlige sesjoner på 90 minutter	AKQ (Autisme kunnskap og selvbevissthet), SDQ (psykiske lidelser), RSE (selvfølelse)	Autisme kunnskap: $d = 0,64$ (p<0,001) Autisme selvbevissthet: $d = 0,92$ (p=0,001)
Hirvikoski et al. (2017)	Kvantitativ – Randomisert kontrollert studie	N=48 voksne med ADHD	Gruppebasert intervensjon av 8 sesjoner på 150 minutter	ADHD 20 Questions (ADHD kunnskap), SWLS (livstilfredshet), HADS (angst og depresjon), QAFM (relasjonskvalitet), RSE (selvfølelse)	ADHD kunnskap: $d = 0,79$ (p=0,018)
Hirvikoski et al. (2015)	Kvantitativ – Pretest – Posttest-design	N=51 voksne med ADHD	Gruppebasert intervensjon av 8 sesjoner på 150 minutter	ADHD 20 Questions (ADHD kunnskap), QAFM (relasjonskvalitet), BDI (depresjon), BAI (angst), PSS (stress), RSE (selvfølelse), AAQoL (livskvalitet)	ADHD kunnskap: $\eta^2 = 0,20$ (p<0,001) Relasjonskvalitet – kritiske anmerkninger: $\eta^2 = 0,13$ (p<0,01) BDI: $\eta^2 = 0,09$ (p<0,01) BDA: $\eta^2 = 0,06$ (p<0,05) PSS: $\eta^2 = 0,06$ (p<0,05)
Vidal et al. (2013)	Kvantitativ – Randomisert kontrollert pilotstudie	N=30 voksne med ADHD	Gruppebasert intervensjon av 12 ukentlige sesjoner på 120 minutter	ADHD-RS (ADHD symptomer), CAARS-S (ADHD-symptomer og selvfølelse), CGI-S (symptomtrykk), (BDI) (depresjon), STAI (angst), QLESQ (livskvalitet)	ADHD symptomer: $d = 0,12$ (p<0,01) ADHD symptomer og selvfølelse: $d = 0,12–0,32$ (p<0,05) Symptomtrykk: $d = 0,32–0,34$ (p<0,01) Depresjon: $d = 0,10$ (p<0,01) Angst: $d = 0,35$ (p<0,01) Livskvalitet: $d = 0,33$ (p<0,05)
Wiggins et al. (1999)	Kvantitativ – Pretest – Posttest-design med kontrollgruppe	N=17 deltakere med ADHD	Gruppebasert intervensjon av 4 sesjoner på 90 minutter	Wiggins Adult ADHD Checklist (ADHD-symptomer)	Self esteem: $-0,74$ (p<0,05) Desorganisering: $-1,64$ (p<0,01) Uoppmerksomhet: $-1,47$ (p<0,01)

* Effektstørrelsene og p-verdiene som er oppgitt, er i samsvar med de som er oppgitt i originalartiklene. Det varierer om originalartiklene har oppgitt effektstørrelser på endring fra post- til pretest eller som forskjell mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe etter intervensjonen. En studie (Hirvikoski et al., 2015) oppgir statistiske analyser og effektstørrelser for deltakerne med ADHD og deres pårørende samlet, og en annen studie (Vidal et al., 2013) rapporterer effektstørrelser som forskjell mellom gruppen som mottok psykoedukasjon, og gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi etter intervensjon.

voksne deltakere, og det er kun én studie inkludert i litteraturgjennomgangen som har sett på psykoedukasjonsintervensjoner for barn og unge under 16 år med nevroutviklingsforstyrrelser.

Tilfredshet og diagnosekunnskap

Felles for studier av psykoedukasjonsintervensjoner for både deltakere med ADHD og ASF er at de studiene som har målt deltakernes tilfredshet, finner at tilfredsheten er gjennomgående god. Personer med ADHD og ASF synes det er fint å delta i psykoedukasjon. I de studiene som har målt deltakernes kunnskap om egen diagnose før og etter psykoedukasjonsintervensjon, er økningen av kunnskap gjennomgående statistisk signifikant, med betydelige effektstørrelser. En studie undersøkte om psykoedukasjon økte deltakernes aksept av egen autismespekterdiagnose, men fant ingen signifikant effekt (Backman et al., 2018).

Selvfølelse og selvkonsept

Av studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen, er det bare én som kan vise til positive statistisk signifikante effekter på selvfølelse for personer med ADHD (Vidal et al., 2013), og denne effekten ser vi både i gruppen som mottok psykoedukasjonsintervensjon, og i sammenligningsgruppen som mottok kognitiv atferdsterapi. En studie kan vise til signifikante effekter i form av dårligere selvfølelse hos deltakerne med ADHD (Wiggins, Singh, Getz, & Hutchins, 1999).

Kun én studie har målt selvfølelse og selvpoppfatning som utfallsmål etter psykoedukasjonsintervensjon for barn og unge med ASF. Gordon og kolleger (2015) fant en statistisk signifikant effekt av psykoedukasjon på gruppenivå på det de omtalte som ASF-selvbevissthet, mens det var ingen effekt på selvfølelse. ASF-selvbevissthet ble målt som antall ASF-spesifikke styrker og svakheter deltakerne listet opp på et spørsmål om egne styrker og svakheter. Etter intervensjonen listet deltakerne i intervensjonsgruppen opp i gjennomsnitt 4,71 slike styrker og svakheter i motsetning til kontrollgruppens gjennomsnitt på 2,67. Forskjellen var statistisk signifikant og effektstørrelsen stor. Mer detaljerte analyser viste at 42 prosent av deltakerne i intervensjonsgruppen hadde en signifikant økning i selvbevissthet.

Psykiske tilleggsvansker og livskvalitet

Ser vi på psykiske tilleggsvansker, rapporterer to studier om små signifikante reduksjoner i angst- og depresjonssymptomer hos voksne med ADHD (Hirvikoski et al., 2015; Vidal et al., 2013). Andre studier som har målt symptomer på psykiske tilleggsvansker hos deltakere med henholdsvis ADHD og ASF, finner ikke signifikante effekter, verken positive eller negative. To studier rapporterer om bedring i kjernesymptomer ved ADHD hos voksne som har deltatt i psykoedukasjonsintervensjoner (Vidal et al., 2013; Wiggins et al., 1999). Majoriteten av studiene i litteraturgjennomgangen har inkludert mål på livskvalitet; én av studiene med deltakere med ASF og tre av studiene med deltakere med ADHD (Backman et al., 2018; Hirvikoski et al., 2015; Hirvikoski et al., 2017; Vidal et al., 2013). Kun én av studiene (Vidal et al., 2013) rapporterer om en liten statistisk signifikant effekt av psykoedukasjon på livskvalitet hos deltakerne med ADHD.

DISKUSJON

Gjennom å kartlegge evidensbasen som omhandler psykoedukasjon for personer med nevroutviklingsforstyrrelser og effekten på selvfølelse,

selvkonsept og psykiske tilleggsvansker, ønsket vi å undersøke hvorvidt psykoedukasjon bør inkluderes som del av kunnskapsbasert praksis i behandling og opplæring av personer med nevrouviklingsforstyrrelser. Det ble ikke identifisert studier av psykoedukasjon for personer med Tourettes syndrom, men vi fant flere studier for personer med ADHD og ASF. Deltakere med ADHD og ASF virker ifølge disse studiene å være generelt fornøyd med psykoedukasjon, og å ha større kunnskap om egen diagnose etter fullført intervensjon.

Ser vi på studiene av psykoedukasjon for personer med ADHD, ser vi at det rapporteres både om positive, negative og manglende effekter på selvfølelse. Enkelte studier har funnet en liten reduksjon i symptomer på både ADHD og psykiske tilleggsvansker. De fleste studiene finner ingen effekt på livskvaliteten til deltakerne med ADHD.

Studier av psykoedukasjon for personer med ASF finner ingen effekt på selvfølelse, akseptering av egen diagnose, livskvalitet eller psykiske tilleggsvansker. Men i en studie ble det funnet at deltakerne fikk økt kunnskap om egne styrker og svakheter knyttet til å ha ASF.

Psykoedukasjon har vist seg å være effektivt for andre pasientgrupper, slik som personer med bipolar lidelse eller schizofreni (Batista et al., 2011; Xia et al., 2011). Vår litteraturgjennomgang reiser spørsmålet om hvorfor psykoedukasjon ikke ser ut til å være særlig effektivt for personer med nevrouviklingsforstyrrelser. En mulig årsak er at personer med ADHD og ASF holder på et urealistisk positivt selvbilde og beskytter seg mot motstridende informasjon.

Studier tyder på at personer med ADHD danner seg et urealistisk positivt selvbilde innenfor vanskeområdene sine. Et slikt selvbilde kan virke beskyttende på selvfølelsen og i neste omgang dempe psykiske tilleggsvansker. Litteraturgjennomgangen viser til én studie der man ser at psykoedukasjonen gir negative effekter på selvfølelsen til personer med ADHD (Wiggins et al., 1999). Dårligere selvfølelse kan potensielt påvirke psykisk helse negativt.

Tidligere studier av personer med høytfungerende autisme har vist at en høyere grad av selvbevissthet er assosiert med depresjon (Goodman et al., 2017; Vickerstaff et al., 2007). Selv om kun én av studiene i vår gjennomgang viser negative effekter på selvfølelse, er det grunn til å anta at psykoedukasjon kan ha negative effekter på selvfølelse og psykisk helse for mennesker med nevrouviklingsforstyrrelser. Videre kan man spekulere i om personer med nevrouviklingsforstyrrelser vil holde på en positiv selvoppfatning i møte med informasjonen som presenteres i psykoedukasjon. Utgangspunktet for innholdet i psykoedukasjon er ofte diagnostiske kjennetegn, og disse kjennetegnene er avviksorienterte og generaliserende. Det kan tenkes at kjennetegnene blir oppfattet negativt av deltakerne, og at mange kjennetegn ikke vil passe for den enkelte.

Generelt viser studiene i litteraturgjennomgangen til få og små effekter, og det er publisert få studier innenfor området. Det kan tenkes at det finnes en publikasjonsskjevhet der studier som viser en total mangel på resultater og/eller negative effekter er upublisert. I vår studie gjennomførte vi ikke søk etter såkalt gray litteratur, og har således ingen resultater fra eventuelt upubliserte studier. Få studier og svak effekt kombinert med eventuelle upubliserte studier gjør at man foreløpig bør være tilbakeholdne med bastante konklusjoner om psykoedukasjon for personer med nevrouviklingsforstyrrelser.

Enkelte av studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen, holder høy metodologisk standard, med design som innebærer randomise-



Et interessant fenomen knyttet til nevrouviklingsforstyrrelser er tilstedeværelsen av det som omtales som illusorisk selvoppfatning



Forskningsfeltet psykoedukasjons- intervensjoner for personer med nevroutviklings- forstyrrelser er et ungt forskningsfelt

ring og høy grad av kontroll (Gordon et al., 2015; Hirvikoski et al., 2017). De fleste studiene benyttet anerkjente utfallsmål som eksempelvis Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) og The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Andre studier hadde lav metodologisk standard med få deltakere og ingen kontrollgruppe, eller en kontrollgruppe som mottok en annen intervensjon (Backman et al., 2018; Hirvikoski et al., 2015; Vidal et al., 2013; Wiggins et al., 1999). Dersom man kun ser på studiene med høy metodologisk kvalitet, begrenser effektene seg til at deltakerne med ADHD og ASF fikk økt diagnosekunnskap, samt økt kjennskap til egne styrker og svakheter hos deltakerne med ASF.

En styrke ved denne studien er at systematisk litteratursøk i internasjonale databaser kombinert med manuelt litteratursøk gir grunnlag for å anta at samtlige studier av psykoedukasjon for personer med ADHD, ASF og TS er identifisert. Imidlertid kan søkeordene relatert til selvkonsept og selvfølelse ha begrenset utvalget til studier som inkluderer utfallsmål innenfor selvkonsept og selvfølelse. En annen ting som bør bemerkes, er at psykoedukasjon er et noe uklart begrep som kan være vanskelig å avgrense. En diskusjon om begrepsvaliditet (se Løkke & Løkke, 2014) bør foretas.

KONKLUSJON

Personer med nevroutviklingsforstyrrelser ser ut til å være fornøyd med psykoedukasjonsintervensjoner. Imidlertid ser effektene ikke ut til å være gjennomgående signifikante. Dersom evidensbasen ikke kan vise til klinisk signifikante resultater, bør klinikere være tilbakeholdne med å velge intervensjonen. Slik kunnskapsbasen for psykoedukasjonsintervensjoner for personer med ADHD, ASF og TS fremstår, er resultatene varierende, og det trengs mer forskning for å kartlegge hvem som har effekt av psykoedukasjon. Fremtidige studier bør ha gode forskningsdesign som innebærer randomisering, og benytte anerkjente utfallsmål, gjerne i tråd med de som er brukt i allerede eksisterende studier, for å gjøre sammenligning enklere. ✘

REFERANSER

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edition) (DSM-5). Washington, DC: APA.
- Andersen, P.N., Skogli, E. W., Hovik, K.T., Egeland, J., & Øie, M. (2015). Associations among symptoms of autism, symptoms of depression and executive functions in children with high-functioning autism: A 2 year follow-up study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(8), 2497–2507. Doi.: <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2415-8>
- Backman, A., Mellblom, A., Norman-Klaesson, E., Keith-Bodros, G., Frostvittra, M., Bölte, S., & Hirvikoski, T. (2018). Internet-delivered psychoeducation for older adolescents and young adults with autism spectrum disorder (SCOPE): an open feasibility study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 54, 51–64. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.07.001>
- Bagwell, C.L., Molina, B.S., Pelham, W.E. Jr., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00008>
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121, 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Batista, T.A., Von Werne Baes, C., & Juruena, M.F. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: Systematic review of randomized trials. *Psychology & Neuroscience*, 4, 409–416. <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2011.3.014>

- Begeer, S., Koot, H.M., Rieffe, C., Terwogt, M.M., & Stegge, H. (2008). Emotional competence in children with autism: Diagnostic criteria and empirical evidence. *Developmental Review, 28*, 342–369. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.09.001>
- Boucher, J. (2012). Research review: structural language in autistic spectrum disorder—characteristics and causes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(3), 219–233. Doi.: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02508.x>
- Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities, 30*(1), 158–178. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.02.003>
- Goodman, L., Corkum, P., & Johnson, S. (2017). A metacognitive training pilot study for adolescents with autism spectrum disorder: Lessons learned from the preliminary stages of intervention development. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 42*, 204–210. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1210104>
- Gordon, K., Murin, M., Baykaner, O., Roughan, L., Livermore-Hardy, V., Skuse, D., & Mandy, W. (2015). A randomized controlled trial of PEGASUS, a psychoeducational programme for young people with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*, 468–476. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12304>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry, 44*, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.005>
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S., & Jokinen, J. (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 7*, 89–99. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0141-2>
- Hobson, P., & Hobson, J. (2013). Autism: Self and others. I S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & M.V. Lombardo (red.), *Understanding other minds: Perspectives from developmental social neuroscience* (s. 397–412). Oxford: Oxford University Press
- Hoza, B., Gerdes, A.C., Arnold, L.E., Molina, B.S.G., Epstein, J.N., Hechtman, L. et al. (2004). Self-perception of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 382–391. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.72.3.382>
- Jankovic, J. (2001). Tourette's Syndrome. *New England Journal of Medicine, 345*(16), 1184–1192. <https://doi.org/10.1056/NEJMr010032>
- Løkke, G. & Løkke, J.A. (2014). Hypotetiske Konstrukter er en Nødvendighet, og Derfor bør Atferdsanalytikere være mer Opptatt av Begrepsvaliditet. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse, 41*, 157–170.
- Løkke, G. (2011). Treating Social Skills Deficits in AD/HD: Behavioural contributions and future challenges. *European Journal of Behavior Analysis, 12*, 73–91. <https://doi.org/10.1080/15021149.2011.11434356>
- Lowe, T.L., Capriotti, M.R., & McBurnett, K. (2019). Long-Term Follow-up of Patients with Tourette's Syndrome. *Movement Disorders Clinical Practice, 6*, 40–45. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12696>
- McCleary, L., & Ridley, T. (1999). Parenting adolescents with ADHD: evaluation of a psychoeducation group. *Patient Education and Counseling, 38*, 3–10. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00110-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00110-4)
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*, 942–948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi Helse Sør-Øst (utdatert). *Individualltaler for å fremme selvforståelse hos barn og ungdom med Asperger syndrom*. Oslo: Oslo universitetssykehus.
- Schreibman, L. (2000). Intensive Behavioral/Psychoeducational Treatments for Autism: Research Needs and Future Directions. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 30*, 373–378. <https://doi.org/10.1023/A:1005535120023>
- Surén, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Sølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., & Stoltenberg, C. (2013). Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge. *Tidsskrift for Norsk legeforening, 133*, 1929–34. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0050>
- Surén, P., Bakken, I.J., Skurtveit, S., Handal, M., Reichborn-Kjennerud, T., Stoltenberg, C., Nøstvik, L.I., & Weidle, B. (2019). Tourettes syndrom hos barn i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0411>
- Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vickerstaff, S., Heriot, S., Wong, M., Lopes, A., & Dossetor, D. (2007). Intellectual Ability, Self-perceived Social Competence, and Depressive Symptomatology in Children with High-functioning Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 37*, 1647–1664. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0292-x>
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Gomez-Baros, N., Valero, S., Palomar, G., ... Ramos-Quiroga, A. (2013). Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy a randomized controlled pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*, 894–900. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5c2c5>
- Weingarden, H., Scahill, L., Hoepfner, S., Peterson, A.L., Woods, D.W., Walkup, J.T., ... Wilhelm, S. (2018). Self-esteem in adults with Tourette syndrome and chronic tic disorders: The roles of tic severity, treatment, and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry, 84*, 95–100. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.04.008>
- Wiggins, D., Singh, K., Getz, H., & Hutchins, D. E. (1999). Effects of brief group intervention for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health Counseling, 21*, 82–92.
- Xia, J., Merinder, L.B., & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>



Maleri av Charles Joseph Natoire (1740) / The Met

Blikket utenfra

Kamp for skamløshet kan ha et frigjørende potensial. Samtidig er det grunn til å minne om skammens regulerende funksjon i menneskelig samvær.

VI KJENNER DEN ALLE – følelsen av rødme som skyller over ansiktet. Skamrødmen. Den kommer plutselig, som en ubehagelig gjest, en påminner om at jeg har gjort noe eller vært på en måte som jeg ikke synes jeg skal være. Ofte dreier det seg om hverdagslige situasjoner. Jeg er i et selskap, argumenterer høyt og ivrig for en sak – «drar til»– møter plutselig blikket til en på motsatt side av bordet. Et litt avventende blikk, vanskelig å lese. Med ett blir jeg bevisst meg selv på en ubehagelig måte, selvbevisstheten hugger til. *Skal du ha all oppmerksomhet rundt dette bordet her? Er det plass til andre her i det hele tatt?* Er det ikke det dette avventende blikket formidler, uten ord? Følelsen kommer før tanken: Jeg skammer meg. Nå ble jeg altfor dominerende! Kan jeg ikke slutte å være så *intens*? Så pinlig! Jeg slokner, får bare lyst til å gjemme meg.

Skammen rammer oss alle. I arbeidet med psykiske lidelser møter psykologen skammen i dens destruktive former (Follesø, 2003; Landmark, 2018). Skam kan være en lammende og ødeleggende følelse. Men ikke bare. Skam er også en følelse som regulerer samværet og samspillet med andre mennesker. I mitt eksempel gir skammen en følelse av at det har vært «for mye» av meg, som gjør at jeg endrer måten jeg er på. Så kan man spørre om følelsen av at det er blitt «for mye av meg», faktisk er noe den andre opplever, eller om det snarere er noe jeg har projisert

inn i den andres blikk. En projeksjon som har sitt opphav i mine indre, strenge objekter. Uansett, skamfølelsen er et *signal* i forholdet mellom meg og andre. I mitt selvanalytiske arbeid etter en slik episode vil jeg nok stille spørsmålet: Er jeg urimelig selvkritisk nå? Har jeg egentlig grunn til å skamme meg her? Er skamfølelsen resultat av blikk fra et «indre galleri»? Om jeg kommer til at jeg er overdrevent selvkritisk, vil resultatet være at jeg søker å fri meg fra skammen, snarere enn å endre min væremåte.

Skammen utløses av den andres kritiske blikk, faktisk eller innbilt. En følelse av å være avslørt, utlevert til andres øyesyn uten å være beredt til det. Skam er en følelse av å bli tatt med buksene nede. Impulsen er å begrave ansiktet eller synke i jorden. Vi ønsker å gjemme oss, ikke være synlige.

Blikket står i sentrum i Jean-Paul Sartres (1943) analyse av skam. «Helvete, det er de andre» – Sartre legger ordene i munnen på en av de litterære skikkelsene i dramaet *For lukkede dører* (*Huis clos*, 1944). Et helvete fordi vi ikke kontrollerer hvordan den andre ser oss. Den andres blikk kan være ødeleggende, ja «nullende». Skammen er således en *sosial* følelse.

SKAMMENS FUNKSJON SOM DET «TREDJE»

I mitt eksempel kjenner jeg skammen åpent. Men ofte vil skammen være internalisert og

TEKST

Siri Erika Gullestad,
professor ved
Psykologisk institutt,
UiO

KONTAKT

s.e.gullestad@
psykologi.uio.no



fungere som et automatisk signal som hindrer meg i å opptre slik at jeg føler skam. En selvkritisk instans som umerkelig regulerer min væren i verden. Det er denne selvkritiske instansen jeg refererer til som «det tredje», et begrep som er kjent fra filosofien (Hanly, 2004). Kjernen er å kunne observere seg selv utenfra, objektivere seg selv. Å se seg selv utenfra innebærer samtidig å kunne leve seg inn i andres sinn – en evne til mentalisering, det vil si til å forstå seg selv og andre i lys av følelser og tanker (*mental states*) (Fonagy et al., 2002). Den andre er et atskilt subjekt, ikke bare et objekt for egen tilfredsstillelse (Winnicott, 1969). Det handler om å erverve en posisjon hinsides et dyadisk, symbiotisk «rike», der barnet rår i sin subjektivitet, som «His Majesty the Baby» (Freud, 1914, s. 91). Britton (1987) fremhever, fra et psykoanalytisk perspektiv, den rollen den såkalte ødipal-fasen spiller her. Denne kjennetegnes av barnets intense kjærlighetskamp for å være den utvalgte hos mor eller far, men der barnet må erkjenne at foreldrene har noe sammen som det selv er utestengt fra. Barnet må kort og godt oppgi sin allmakt og forsones seg med sin plass i et større fellesskap. Lacan (1966) snakker om overgangen til det han kaller en «symbolsk orden», som innebærer erkjennelse av kulturens regler og normer.

Når vi opplever at mennesker *mangler* en slik selvkritisk instans, snakker vi om *skamløshet*. Skamløshet er fravær av skam vi mener den andre burde følt. Nå uttrykker ordet «burde» en normativ vurdering. Denne er forskjellig fra en rent klinisk-psykologisk tilnærming, der vi vil søke å forstå skamløshet som uttrykk for mangel og skjevutvikling. Dette er imidlertid ikke mitt perspektiv her. I dette essayet søker jeg snarere å analysere skamløshet fra en sosial synsvinkel. Fra denne synsvinkelen karakteriserer ordet skamløs handlinger og væremåter vi mener bryter med det som «går an», som krenker regler og normer som gjelder for flokken vår. Hva som defineres som skamløst, varierer med familiekultur, religion og samfunn. Skamløshet er derved et relativt begrep.

SKAMMENS KULTURELLE FORUTSETNINGER

I vestlig kultur står tanken om at menneskets handlinger bør være styrt av fornuft og rasjo-

nalitet, sterkt. Affektene – kroppens domene – har ofte vært betraktet som en fiende. I kristendommen er de fleste dødssynder uttrykk for affekter – grådighet, fråtseri, vrede og begjær, mens tre av fire kardinaldyder dreier seg om å beherske og tøyle fristelser. I Bibels beretning om syndefallet skammer Adam og Eva seg over sin nakenhet – ifølge Augustin opplever de to sin seksuelle lyst som skamløs. I denne kirkefaderens øyne krenkes fornuften når begjæret vekkes uten individets vilje, utenfor egen kontroll. Ereksjonen kommer atskilt fra viljen – og derfor *mot* viljen, sier Augustin. Derfor kaller han kjønnsorganene skammelige (*pudenda*) – en fortolkning som har preget den kristne kulturkrets sterkt (Kjellqvist, 1996). Skam knyttes til *kroppen*, og i sin tur knyttes kroppen til det kvinnelige. Mens tidligere middelhavsreligioner hadde hyllet fruktbarhet og matriarkat, blir kristendommens guddom en mann (Næss, 2019). Gjennom jomfrufødselen, ved at guden fødes av en jomfru, kuttet forbindelsen til seksualitet og begjær, ja, til natur, ytterligere. I sentrum trer fornuft og rasjonalitet, som knyttes til det mannlige.

Psykoanalytisk teori knytter også skam til kropp og seksualitet. Freuds tekster gjør det klart at den kvinnelige skammen, som han beskriver klinisk, *ikke* er naturgitt. Kvinner fra høyere sosiale lag, de veloppdragne wienerfruene, hemmes seksuelt på grunn av skamfølelse (Freud, 1912, s. 185). Derved tydeliggjøres skammens sosiale og kulturelle betingelser: Kvinnens posisjon er i langt større grad et spørsmål om *konvensjon* enn det man vanligvis tror (Freud, 1931). Freuds teori om psykoseksualitet innebar et radikalt brudd med datidens konvensjonelle oppfatning av seksualitet, med tanken om at homofile, biseksuelle og polymorft-perverse fantasier er en iboende del av menneskets seksualitet: Manglende toleranse for dette allmenne perverse fører til nevrose – og nevrosen fremstår som perversjonens motsats (Freud, 1905; Gullestad, 2018). Derved løftes menneskets erotiske liv *ut* av skammen.

Eriksons (1950) teori om personlighetens psykososiale utvikling betoner sammenhengen mellom kroppssoner og kroppslige funksjonsmåter på den ene siden, og sosiale funksjonsmåter på den andre. *Skam*, og skammens motsetning, *autonomi*, festes til den såkalte

anale utviklingsfase. Sentralt i denne fasen er kontroll over kroppens «produkter». Er avføringen noe å være stolt over, eller er den tvert om ekkel og avskyelig? Teorien fremhever, fra en annen synsvinkel enn den kristne, at skammen er kroppens domene. Vår mest «primitive skam» (Nussbaum, 2016) er knyttet til vemmelse over kroppens avfallsprodukter. Nå har avsky et iboende evolusjonært grunnlag og en adaptiv funksjon: Å føle vemmelse ved avføring kan utgjøre et emosjonelt signal om å holde seg unna, for å unngå smitte og dermed fare. Men avsky og skam er samtidig et resultat av erfaring og læring. På det tidspunkt Erikson utarbeidet sin teori, antok han at skammen kom med pottetrening og foreldres «krav» om å få kontroll over det anale. Hvorfor er avføring så avskyelig? Nussbaums svar er at den minner oss på vår dyriskhet og dødelighet, og dermed vår hjelpeløshet. Når vi tar avstand, mestrer vi samtidig vår egen redsel.

Pottetrening tilhører i dag stort sett historien (i hvert fall i de nordiske land). Et spørsmål er imidlertid om skammen er borte, eller om den snarere har forflyttet seg til nye arenaer? Vår kultur hyller selvkontroll og selvregulering på områder som berører det driftsmessige, slik som kropp og mat. Fedme skaper skam; kroppen skal være «clean»; kroppshår fjernes – hår minner om noe skittent. Renhet gir følelse av kontroll over natur; forfall og død gir skam. Kontrolltrangen gjenfinner vi i tidens overopptatthet av ren mat, tarmskylling og detox-regimer.

Skam og avsky knyttet til det skitne og ekle spiller seg ikke bare ut på det personlige nivå, men også i politiske bevegelser og fundamentalistiske ideologier: Høyreekstremisme og radikal islam har til felles en lengsel etter *renhet* (Bohleber, 2010), der avskyen for det skitne mestres ved projeksjon: Det er *de andre* som er ekle, dyriske, skitne, og som burde skamme seg (jødene som «jordens berme»). Slike skampåførende projeksjoner er uttrykk for forsøk på ekstrem sosial regulering og kontroll, og ligger til grunn for de mest destruktive sosiale og politiske prosesser av utstøting, hat og tilintetgjørelse. Det samme gjelder skamgjøring av seksuell legning, samværsformer, klesstil og kulturelle uttrykk.

Å si om en person at han er *skamløs*, har inntil nylig vært en negativ karakteristikk. Men kulturen endrer seg og språket med den. I dagens offentlighet har skammens ødeleggende følger stor plass, og det å være fri for skam kan fremstå som ønskelig. En bok skrevet av tre unge muslimske kvinner har tittelen *Skamløs* (Bile, Srouf & Herz, 2017). De forteller om egen oppvekst med sosial kontroll, skamfølelse og æreskultur og retter anklagen mot «skamgjøring», det vil si å påføre andre usunn skam: *Selvsagt er vi skamløse hvis det å være skamløs er synonymt med å være fri*, skriver de og fremholder at «skamløshetens tid» er kommet for å bli. Skamfølelsen er her flyttet fra en indre, ensom følelse til en felles kulturell opplevelse, til et vi (Engelstad, 2018). Skammen skaper raseri og grunnlag for kamp. De unge kvinnes protest mot skamgjøring er en frigjøringskamp på linje med den minoritetsgrupper – homofile, funksjonshemmede og nå trans – har kjempet tidligere, og fortsatt kjemper, for retten til å leve uten skam. Den nye bruken av ordet *skamløs* peker mot skammens destruktive virkninger, og, ikke minst, mot skammens kulturelle kontekst. Den tydeliggjør at vi befinner oss i et normativt felt – et felt der det ikke finnes absolutte regler eller sannheter – som omhandler hvilke fellesskapsverdier vi identifiserer oss med og anerkjenner som våre egne. Dette i motsetning til kulturelle og



Den andres blick kan være ødeleggende, ja «nullende»





Men
skammen
rommer
også innett
raseri

religiøse definisjoner av hva som er «usømmelig» og «skamløst», som vi ønsker å bekjempe.

FRAVÆR AV GJENSVAR

Jeg startet med et personlig eksempel – og skam utløst av det jeg forestiller meg er den andres misbilligende blikk. *Hva* blikket finner uakseptabelt og skamfullt, vil – slik jeg har vist – variere med historisk epoke, kultur, religion, etnisk tilhørighet og, ikke minst, sosial klasse. Kulturelle «koder» for væremåte – ikke være for frempå, ikke for spontan, ikke for høyrøstet, ikke vise følelser («det kler deg ikke å være sint») – står sterkt i visse miljøer, svakere i andre.

Hva er mekanismen i skampåføring? Én ting er den eksplisitte skampåføring. I Fellinis selvbiografiske mesterverk *8 1/2* – filmet i 1963 – går hovedpersonen spissrotgang gjennom skolen med skammehatt på hodet og ordet «skam» skrevet på ryggen. Han og kameratene, alle 11–12 år gamle, har oppsøkt en prostituert kvinne som med latter i blikket danser på stranden foran de nysgjerrige guttene: Seksualitet er synd. En annen form for skampåføring er det jeg skal kalle *fravær av gjensvar*. Den er implisitt – og langt mer subtil enn den åpne skamgjøringen.

I Karl Ove Knausgårds roman *Min kamp* utgjør en av de helt tidlige scenene – jeg har tidligere analysert den i en dialog med litteraturviter Irene Engelstad (Engelstad & Gullestad, 2012) – en nøkkel til å forstå denne formen for skampåføring: En fiskebåt synker utenfor kysten av Nord-Norge, mannskapet på sju har druknet, et mysterium – været var stille. Åtte år gamle Karl Ove ser på tv-bildene av det tomme havet, da omrisset av et ansikt plutselig stiger frem fra havoverflaten. Han forteller faren om ansiktet – det er om å gjøre, han er skremt. Faren svarer – lettere ironisk distansert – at sønnen ikke skal «tenke mer på det». Så tilføyer han: «Og ikke gap sånn (...) Du ser jo ut som en idiot.» Gutten tror likevel at faren selv vil komme til å se ansiktet i sjøen når han ser på Kveldsnytt:

Da innslaget var over, lød stemmen til min far der inne, deretter latter. Skamfølelsen som spredte seg i meg, var så sterk at jeg ikke klarte å tenke. Det var som mitt indre hvitnet. Kraften i den plutselige skammen var den eneste av følelsene i barndommen som kunne måle seg med redselen i intensitet, ved siden av det

plutselige raseriet, da, og alle tre hadde det til felles at jeg selv likesom ble utradert. Det var bare den ene følelsen som gjaldt (Knausgård, 2009, s. 27).

Et barn som ivrig og spontant strekker seg mot faren og vil fortelle om sin opplevelse; en far som ikke er nysgjerrig, som ikke forstår at noe er om å gjøre, og som ber gutten om ikke å tenke mer på det. Kanskje er intensjonen å berolige. Resultatet er imidlertid at barnets subjektive opplevelse «nulles». Affekten, den angst som opplevelsen av ansiktet har skapt hos gutten, fanges ikke opp. I tillegg kommer kommentaren «du ser ut som en idiot». Å kommentere kroppstrykk er langt mer inngripende enn å karakterisere atferd. Det rammer selve barnets vesen, hva man *er* – latterliggjørende, ydmykende. I møtet med faren er det ikke bare guttens subjektive opplevelse, men hans selv som nulles, ja utraderes. For hvem er jeget når jegets opplevelser av verden avvises, ikke teller, og i tillegg latterliggjøres? Knausgård har uttrykt at han måtte bli godt voksen før han var i stand til å kjenne og sette ord på sitt indre emosjonelle univers; inntil da stengte skamfølelsen for det. Men skammen rommer også innett raseri. I dette ligger en kraft, en energi som hos Knausgård gir en desperat kraft til å skape (Engelstad, 2018). I dette perspektivet kan *Min kamp* leses som en kamp for å fri seg fra farens skampåførende blikk.

Episoden gir utgangspunkt for en teoretisk formulering av skammens psykologi. Influert av utviklingspsykologi (Stern, 1985; Fonagy et al., 2002) og selvpsykologi (Kohut, 1971) vektlegger moderne psykoanalytisk teori (Gullestad & Killingmo, 2013) at mennesket har grunnleggende behov for bekreftelse og gjensvar. Når barnets søkende og utstrekkelige bevegelse avvises, kommer skammen. Skammens urform, sier Ikonen og Rechartd (1993), er den «stoppreaksjon» som følger når barnets søken etter bejaende gjensidighet mislykkes. Når barnet begeistret strekker seg ut, for å fortelle noe eller for å vise frem noe, og ikke møter en bekreftende respons, vil det bøye hodet, gjemme ansiktet. I tråd med denne tankegang fremholder Tomkins (1995) at skam er den følelsen som blir aktivert når individet er ivrig interessert (*interest*) og opprømt (*excitement*), men ikke blir møtt. Den andres avvising er skammens kilde. Avvising gir opphav til en opplevelse av at «det er noe galt med meg og mine

følelser». Man skammer seg over å ha tatt feil – «at jeg kunne være så dum, så naiv». Behovet for gjensvar er et grunnleggende, vitalt behov livet gjennom. Fraværet av gjensvar gir skam.

FRIGJØRING FRA SKAM?

Som psykologer er vårt prosjekt å bidra til frigjøring fra destruktiv skam. Psykoanalysen er i dette perspektivet et «skamløst» prosjekt: Gjennom oppfordringen om å assosiere fritt invites individet til å komme frem med alle tanker, følelser og fantasier – uansett hvor skamfulle, pinlige eller flau de måtte være. «Det er ofrene som skammer seg» (Vetlesen, 2001) er tittelen på en studie av ofre for overgrep og voldtekt i krig. En uhyggelig mekanisme – at vi mennesker når vi utsettes for overgrep, kan oppleve at det er oss selv det er noe galt med. Overgrepets djevelske logikk: Når den andre mishandler meg, må det være fordi jeg er uverdigg, ikke verd å elske. Erkjennelse av nettopp slike mekanismer kan imidlertid føre til endring: En mannlig pasient skammet seg over å bli neglisjert og avvist av ektefellen, en skam over ikke å være elsket. I den terapeutiske dialogen fikk han kontakt med det sinnet som skammen hadde skapt. Han bestemte seg for å gå ut av ekteskapet. Skamfølelsen førte til at han satte grenser: Den ble et signal om behovet for å ivareta seg selv, og utgangspunkt for selvbeskyttende handling. Som terapeuter møter vi ofrene for andres skampåføring. Ved at det skambelagte rommes og deles av en godartet terapeut, hjelpes individet til å løse seg fra den andres nullende blikk og derved befri seg fra ødeleggende skam.

Samtidig er det ikke noe mål å fri seg fra alle former for skam. Å kjenne skam kan invitere til selvrefleksjon. Mitt eksempel viser fundering over hvordan jeg virker på de andre – om jeg overkjører, ikke enser fellesskapet. Skammens funksjon som en tredje instans viser til en evne til selvobservasjon og selvkritikk, en moralsk evne. Det dreier seg ikke om en medfødt evne, men om et utviklingsprodukt som forutsetter at man selv er blitt møtt med empati og respekt – en egofunksjon hos det modne mennesket. Den innebærer å kunne se seg selv utenfra, fra de andres – fellesskapets – synsvinkel, med en erkjennelse av at egne ønsker, behov og uttrykk (som intens frustrasjon og irritasjon, grådighet eller trang til å dominere) ikke alltid passer eller sømmer seg, men snarere er skamløst. ✘

REFERANSER

- Bile, A., Srour, S.N., & Herz, N. (2017). *Skamløs*. Oslo: Gyldendal.
- Bohleber, W. (2010). *Destructiveness, intersubjectivity and trauma: The identity crisis of modern psychoanalysis*. London: Karnac.
- Britton, R. (1987). The missing link: parental sexuality in the Oedipus complex. I *The Oedipus Complex Today* (red. J. Steiner), s. 83–101. London: Karnac.
- Engelstad, I. & Gullestad, S.E. (2012). Fedre og sønner. En litteraturforsker og en psykoanalytiker leser Sigmund Freud og Karl Ove Knausgård. I J. Øverland & I. Engelstad (red.), *Freud, psykoanalyse og litteratur. Artikler*. Oslo: Gyldendal, 145–170.
- Engelstad, I. (2018). Skammens ansikter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 865–871.
- Erikson, E.H. (1950/1965). *Childhood and society*. Harmondsworth: Penguin.
- Follesø, G.S. (2003). Skam og skyld. I T. Anstorp, B.I. Hovland & E. Torp (red.), *Fra skam til verdighet. Teologisk og psykologisk arbeid med vold og seksuelle overgrep*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 7, s. 135–244). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). On the universal tendency to debasement in the sphere of love. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 11, s. 165–177). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 14, s. 67–102). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1931). Female sexuality. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 21, s. 221–243). London: The Hogarth Press.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. Revidert, utvidet utgave.
- Gullestad, S.E. (2018). Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv. Et forsvar for drift og begjær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 807–821.
- Hanly, C.M.T. (2004). The third: A brief historical analysis of an idea. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 267–290.
- Ikonen, P. & Rechartd, E. (1993). The Origin of Shame and its Vicissitudes. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 16(2), 100–124.
- Kjellkvist, E.B. (1996). *Rødt og hvitt. Om skam og skamløshet*. København: Gyldendal.
- Knausgård, K.O. (2009). *Min kamp*. Oslo: Oktober.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kristiansen, S. (2019). Skyldfølelse til å leve med. I E. Stånicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Stånicke. *Klinisk tenkning og psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.
- Lacan, J. (1966). *Écrits*. Paris: Editions du Seuil.
- Landmark, A. (2018). Skam – Psykoterapi og frihet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 797–805.
- Nussbaum, M. (2006). *Hiding from humanity. Disgust, shame and the law*. Princeton: Princeton University Press.
- Næss, H.K. (2019). *Maria, Guds mor. Jomfrufødselens historie*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Sartre, J.P. (1943). *L'Être et le néant*. Paris: Gallimard.
- Sartre, J.P. (1944). *Huis clos*. Paris: Gallimard.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Tomkins, S. (1995). Script theory. I E.V. Demos (red.), *The selected writings of Silvan Tomkins*. New York: University of Cambridge Press.
- Vetlesen, A.J. (2001). Det er ofrene som skammer seg. Et essay om ondskap og skam. I T. Wyller (red.), *Skam – perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget, 103–140.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 711–716.

- Symptomene betyr mer enn traumeerfaringene

Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. For det ble de belønnet med Bjørn Christiansens minnepris.

TEKST

Per Olav Solberg

I slutten av april i år fikk Eidhammer en hyggelig telefon fra Håkon Skard, president i Norsk psykologforening. Han gratulerte, og meddelte at Eidhammer og kollegaer var vinnerne av årets minnepris i Psykologtidsskriftet.

– Det var veldig moro og overraskende. Og utrolig stas at en artikkel om traumer og barn, som er en sårbar gruppe, får denne typen oppmerksomhet, sier hun.

Eidhammer var ferdig utdannet psykolog høsten 2017, og jobber i dag ved BUP poliklinikk Klostergata i Trondheim.

– Opprinnelig var dette en hovedoppgave jeg skrev på studiet sammen med Håkon Larsen Jahr, som også er medforfatter på artikkelen. Ideen og forskningsmaterialet kom fra NKVTS, og våre veiledere ble Ines Blix og Tine Jensen. De ble også med videre da oppgaven skulle løftes opp til å bli en vitenskapelig artikkel, sier hun.

HVA VIRKER?

Kort forklart er Eidhammer og kollegaers artikkel en studie om hvordan barn med kompleks PTSD responderer på traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), en behandlingsform som er mye brukt ved «vanlig» PTSD. I ICD-11 ble kompleks PTSD ny diagnose, og studien ønsket å se om behandlingsmetoden hjelper for de spesifikke symptomene som de har lagt til grunn i diagnosen. Dette er det forsket lite på.

– Komplekse traumer har blitt en større og større del av psykologifeltet, men hva betyr diagnosen, og hva skal vi med den? Hvor viktig er symptomene på kompleks PTSD sammenlignet med PTSD, og hva gjør vi med denne diagnosen i praksis? Det var denne typen spørsmål vi hadde lyst til å nærme oss gjennom artikkelen, utdyper Eidhammer til Psykologtidsskriftet.

Konklusjonen i den vitenskapelige artikkelen som omhandler behandling av rundt 80 barn i BUP, er at TF-CBT kan være hjelpsomt for barn med symptomer på CPTSD, og føre til betydelig reduksjon i både posttraumatisk stress og selvorganiseringsvansker. Barn og ungdom med kompleks PTSD hadde imidlertid flere symptomer både ved behandlingsstart og behandlingslutt enn de med PTSD.

– Jeg oppfatter at det er en usikkerhet i fagfeltet om hvilken betydning diagnosen har for behandling, og da kan kanskje denne studien være et bidrag til å skape litt mer trygghet blant psykologer og andre behandlere, sier Eidhammer.

SE PÅ SYMPTOMENE

I tillegg til hovedfunnet i studien er Eidhammer opptatt av at det ikke alltid er noen klar sammenheng mellom omfanget på traumene barn har opplevd, og symptomene.

– Det er lett å tenke at jo verre traumeerfaringene er, desto mer komplekse traumesymptomer. Dette har også vært den mest vanlige

hypotesen i forskningsfeltet: Barn får kompleks PTSD av voldsomme traumatiske hendelser i tidlige år. Men det viser seg at antall traumer og type traumer ikke i seg selv er avgjørende for symptomtrykket og diagnosen du får, det var også et tydelig funn i studien vår. Det betyr at vi heller ikke må overse skadeomfanget i det vi kan tenke er tilsynelatende mildere traumatiske hendelser. Det er avgjørende å møte barna der de er, og ha fokus på symptomer og funksjon, og ikke så mye på årsaken til traumet, sier hun.

– *Hvorfor er det slik at noen utvikler kompleks PTSD av tilsynelatende «små» hendelser, mens andre får et relativt lavt symptomtrykk selv om de traumatiske hendelsene er voldsomme?*

– Dette er et stort spørsmål. Mengden og intensiteten av traumer er selvsagt en risikofaktor, men både arv og miljø spiller inn på hvordan barna takler traumene. Noen har større sårbarhet for psykiske lidelser enn andre, og vi vet at manglende reguleringsstøtte fra omgivelsene og mangel på trygge voksne kan ha mye å si for hvor sterkt symptomtrykket blir, sier Eidhammer.

I vinnerartikkelen skriver Eidhammer og kollegaer om befolkningsstudier som viser at 15–40 % av alle barn og unge har blitt utsatt for, eller har vært vitne til, vold og/eller seksuelle overgrep.

– *Det er et stort spenn i disse tallene. Hvorfor?*

– Det henger som regel sammen med ulike definisjoner av vold og overgrep, som blir brukt i studiene. Det jeg tar med meg her, er at omfanget uansett er temmelig voldsomt, og at det på samfunnsnivå er svært nyttig og viktig å finne fram til behandlingsformer som gir alle disse barna den hjelpen de trenger. Her er det fortsatt mye å lære.

– *På hvilken måte?*

– Hvordan kan man få operasjonalisert behandlingen bedre, slik at de barna som ikke responderer godt på behandling i dag, får bedre hjelp i fremtiden? Hva trenger egentlig de barna som ikke responderer godt på behandling i dag? Det vet vi lite om. Handler det om mengden terapi, vektingen av de ulike komponentene i behandlingen, eller noe helt annet? Og et annet spørsmål er hvor viktig det er å differensiere mellom kompleks PTSD og PTSD. Det er det heller ikke mye forskning på, sier psykologen.

KVANTITET OG KVALITET

Barna (mellom 6 og 18 år) som har deltatt i studien, har alle mottatt TF-CBT, og denne behandlingsformen gjennomføres vanligvis i



PRISVINNER Lite visste Sandra Ekelund Eidhammer om at hennes og Håkon Larsen Jahrs hovedoppgave fra studiet, som senere ble bearbejdet til en vitenskapelig artikkel, skulle gå helt til topps i Psykologtidsskriftets kåring av beste vitenskapelige artikkel. – Jeg vil takke veilederne våre, Ines Blix og Tine Jensen, for både muligheten og hjelpen vi fikk med artikkelen, sier Eidhammer. Foto: St. Olavs hospital – Trondheim

løpet av 12–15 timer. Hvor mange timer, eller hyppigheten i behandlingen for deltagerne i studien, sier artikkelen til Eidhammer og kollegaer lite om.

– Dette er en klar svakhet ved artikkelen. Vi studerte symptomtrykket da terapien begynte, og hvordan symptomene var ved terapislutt. Hvordan de ulike komponentene i behandlingen har vært brukt i ulike terapiforløp, og hvordan det har slått ut på behandlingen, vet vi ingenting om.

– *12–15 timer høres ikke mye ut. Er det nok til å få til god allianse og kontakt med barna, i tillegg til å jobbe konkret med metoden?*

– Det er selvsagt avgjørende å få til en god relasjon med barna og gjøre dem trygge – og at behandler har tid til å lytte. Å stille spørsmål som en del av en prosedyre fungerer ikke. Metoden er temmelig fleksibel og ikke for strukturert, og gir stort rom for å fange opp det behandler opplever som selve kjernen i terapien.

– *Barn er sårbare individer i rask utvikling. Hvor stor er risikoen for feildiagnostisering i dette feltet? Kan man bli for opptatt av å lete etter kompleks PTSD istedenfor å tenke at dette er innenfor normalutvikling?*

– Feildiagnostisering skjer nettopp fordi er vanskelig å finne ut hva som er hva, særlig blant de yngste barna. Men jeg opplever høy bevissthet i fagfeltet om denne faren. Det kan være vanskelig å vite hvor mye av symptomtrykket som er traumebasert, og hva som handler om noe annet. I tillegg opplever dette feltet stor grad av underrapportering; at barn ikke forteller om alvorlige traumatiske hendelser. Her ligger det nok også en del mørketall, avslutter Sandra Ekelund Eidhammer. ✕

Minnepris for klinikknær forskning

Årets vinner av Bjørn Christiansens minnepris undersøker en viktig klinisk problemstilling med utgangspunkt i kliniske data, samlet inn som del av ordinær praksis.

TEKST Joar Øveraas Halvorsen, jurymedlem for Bjørn Christiansens minnepris

HVERT ÅR deler Psykologtidsskriftet ut Professor Bjørn Christiansens minnepris til en vitenskapelig artikkel av teoretisk, metodisk eller faglig substansiell art.

Minneprisen for 2020 tildeles Sandra Ekelund Eidhammer, Håkon Larsen Jahr, Ines Blix og Tine Jensen for deres artikkel «Traumefokusert kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med PTSD og kompleks PTSD». Artikkelen ble publisert i Psykologtidsskriftet i juli 2019.

Traumefeltet er kjennetegnet av at det finnes en rekke kliniske antakelser som det er lite forskningsbasert kunnskap om. Én slik antakelse er at barn og ungdom med kompleks PTSD responderer annerledes enn barn og ungdom med PTSD på allerede eksisterende evidensbaserte behandlingstilnærminger, som f.eks. traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

Eidhammer, Jahr og medforfattere undersøkte denne problemstillingen. Hovedfunnet var at barn og ungdom med kompleks PTSD responderte like godt på traumefokusert kognitiv atferdsterapi som barn og ungdom med PTSD – selv om de hadde en høyere symptombelastning både før og etter behandling. Dette resultatet er både oppløftende og utfordrende. Det er oppløftende at barn og unge med kompleks PTSD kan respondere bra på eksisterende evidensbaserte behandlingstilnærminger, og det indikerer – i samsvar med internasjonal forskning – at barn

og unge med komplekse symptombilder også bør tilbys traumefokusert behandling. Resultatet er utfordrende fordi det viser hvor vanskelig det er å forklare og håndtere den betydelige variasjonen i behandlingsutfall.

Juryen mener at artikkelen representerer en type klinikknær forskning som vi ønsker å se mer av i spaltene til Psykologtidsskriftet; den undersøker en viktig klinisk problemstilling med utgangspunkt i kliniske data samlet inn som del av ordinær klinisk praksis. I tillegg er artikkelen velskrevet, har gode og utfyllende beskrivelser av metode og statistikk, og resultatene gjengis og forklares på en pedagogisk måte som gjør artikkelen tilgjengelig for klinikere, beslutningstakere og pasienter/pårørende. ✘

Juryen har bestått av Joar Øveraas Halvorsen, Astrid Weber, Åshild Skogerbø og tidligere sjefredaktør Bjørnar Olsen.

Hederlig omtale

I tillegg til Bjørn Christiansens minnepris ønsker juryen å hedre to andre artikler som utmerket seg i 2019.

«Anker i normalitet - Betringsprosesser hjå menneske med rus og psykisk lidning», forfattet av Elisabeth A. Kvam, Hanne W. Oddli og Anne Landheim

I artikkelen presenterer forfatterne en kvalitativ studie av de grunnleggende psykologiske begrepene «endring» og «bedring», der de utforsket pasienters forståelse av disse begrepene gjennom semistrukturerte intervjuer. Det som gjør at denne artikkelen trer frem blant bidragene, er hvordan forfatterne gir leserne innsikt i grunnlaget for valgene som ble tatt i hele forskningsprosessen; fra valg av tema til valg av design, metode og informanter, til hvordan analyser ble gjort og dermed brakte frem de resultatene som presenteres og diskuteres. En slik transparens er forbilledlig og nødvendig for den vitenskapelige integriteten til psykologifaget, og noe vi ønsker å oppmuntre til i Psykologtidsskriftet.

«Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande?» av Signe Stige, Ingrid Dundas, Elisabeth Schanche og Aslak Hjeltnes

Noen kliniske situasjoner er vanskeligere å håndtere enn andre. Og psykologer blir ikke nødvendigvis bedre til å løse dem med årene, viser forskningen. Artikkelen til Signe Stige og kolleger avdekker på systematisk vis hvor skoen trykker for norske klinikere, noe forskerne får hederlig omtale for. Artikkelen stod å lese i augustutgaven av Psykologtidsskriftet i 2019. I statuttene til minneprisen vektlegges at bidrag skal bidra til videreutvikling av psykologprofesjonen, noe juryen mener dette bidraget gjør på en inspirerende og matnyttig måte.

Meninger



Diagnosedebatt, igjen

Kristin Nijs' innlegg fra aprilutgaven - der hun spør om psykologer må påtvinge pasienter en diagnose - vekker debatt.

Meninger, side 449-453.



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

”

Vi trenger enheter som spesialiserer seg på selvskading, på lik linje med rus og spiseforstyrrelser

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

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

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



Tier ikke

Jeg klarer ikke å slutte å skade meg.

JEG SITTER helt stille i den lille hybelen min.

Tør ikke røre på meg i frykt for å måtte slåss med meg selv igjen.

Jeg har sluttet å telle alle tårene jeg har felt på grunn av meg selv.

Den frustrasjonen jeg innehar.

Men jeg sitter nå her.

For jeg føler ikke jeg kan gjøre stort annet.

Dette har ødelagt livet mitt – og jeg får ikke den hjelpen jeg så sårtp roper etter!

Jeg vet ikke hvor lenge jeg har skadet meg. Det eneste jeg vet, er at jeg nå er utenfor statistikken som viser «antall selvskadende etter tenårene».

Den fantastiske evidensbaserte praksis og forskning har kommet meg i forkjøpet og tier om meg. For den gruppen jeg tilhører, får virkelig indirekte beskjed om å «tie stille» om vi ikke er i bedring. Vi skal ikke komme her og ødelegge den flotte kurven.

Jeg har ikke greid å slutte slik alle behandlerne mine har pratet så varmt om – og den jenta som ofte gråt over hvordan hun har ødelagt seg selv, har nå fått et mer monotont drag

over ansiktet. Resignasjon fordi jeg ikke føler jeg har blitt møtt slik jeg burde. Hvor er den spesifiserte behandlingen for selvskadning i Norge? Den hjelpen jeg så sårtp trenger?

Har den druknet i utbyggingen av enhetene for spiseforstyrrede? Har den bleknet i styrkingen av rusomsorgen i Norge?

Hvorfor finnes det ingenting for min mest-ringsstrategi? Er selvskadning virkelig en så annenrangs måte å uttrykke seg på – sammenlignet med de overnevnte?

I en artikkel publisert på forskning.no omtales det en studie om det manglende tilbudet for alvorlig selvskadende pasienter. I artikkelen heter det: «Studien bekrefter et bemerkelsesverdige omfang og kan tyde på at helsevesenet har problemer med å diagnostisere og samarbeide godt om disse pasientene» (forskning.no, Helsevesenet sliter med å hjelpe pasienter med ekstrem selvskadning 2018, 5. avsn.). Videre diskuteres det i artikkelen hvordan man ikke har lyktes med å hjelpe denne pasientgruppen på tross av et trykkende behov for spesialisert hjelp. Jeg som pasient sitter igjen med et inn-



TEKST Anonym*

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

SELVSKADING

.....

* Redaksjonen kjenner forfatterens identitet, men vedkommende ønsker å være anonym fordi temaet er skambelagt.



trykk av at selvskading er den mestringsstrategien det snakkes minst om, og om det først snakkes om, hører vi gjerne svært unyanserte utsagn.

Kanskje det ses for lett på? At det fortsatt er et slags umodent «ungdomsproblem» sammenlignet med kompleksiteten det snakkes så mye om angående rus- og spiseproblematikk. Hvordan vi fremdeles hviler oss på denne og legger løsningen av et problem i pasientens hender ene og alene, er skummelt og vanskelig å være vitne til. Spesielt når jeg selv erfarer hvor kompleks en slik problemstilling kan være. Er det mangelen på kunnskap? Inngrrodde holdninger i helsevesenet?

Jeg vet ikke.

Jeg har møtt mange i systemet som har hatt en indre driv til å ville hjelpe, men som ikke helt har visst hvordan fordi selvskading er et litt for bredt og litt for lite utforsket fenomen i dagens psykiatri. Vi trenger mer av både kvalitativ og kvantitativ informasjon så vi kan skaffe oss en bedre forståelse!

For det er nå engang slik at selv de som inderlig ønsker å hjelpe, i mange tilfeller ikke klarer å gi det som det er behov for – den spesialiserte hjelpen som kun omhandler selvskading som problemstilling.

Tingen med selvskading er at den som oftest har en tendens til å flette seg sammen med individets ulike vansker og gjør det da vanskelig å la seg behandle for kun én ting. Jeg ser argumentet, men er det ikke slik med rus og spisevansker også? Det å kun rette fokuset mot transdiagnostisk behandling for selvskading beveger oss lenger bort fra det den skjulte statistikken tilsier at det er behov for.

At man hopper mellom å bli behandlet for grunnlidelsen sin til å heller fokusere på det komorbide og omvendt, er heller ikke alltid like heldig. Hvorfor ikke initiere et samarbeid slik at alle punkter på lista blir møtt? Slutte å famle rundt i mørket i en behandlingssammenheng. Det gjøres det nok av utenom.

Vi trenger enheter som spesialiserer seg på dette ene fagfeltet, på lik linje med rus og spiseforstyrrelser her i Norge. Det vil skape likevekt og et utgangspunkt for behandling både poliklinisk og på døgnavdelinger.

Vi trenger mer forskning utover den det refereres til i dag, og – ikke minst – vi trenger et tilbud. ✕

Rettspsykologi ikke eksplisitt fagområde

I den nye retningslinjen for psykologutdanningen fremgår ikke rettspsykologi som et eksplisitt fagområde.

TEKST Ute Gabriel, instituttleder ved Institutt for psykologi, NTNU

SAKKYNDIGHET

JØRGEN SUNDBY og Annika Melinder etterlyser i maiutgaven av Psykologtidsskriftet større plass til opplæring i psykologfaglig sakkyndighetsarbeid og rettspsykologi i profesjonsutdanningen.

I likhet med de andre fagmiljøene i Norge er Institutt for psykologi (IPS) ved NTNU opptatt av å sikre rett kompetanse for våre psykologkandidater. Frem til nå har vi hatt betydelig autonomi i valg av fokusområder for utdanningen. Fra studieåret 2021–22 vil imidlertid den nye retningslinjen for psykologutdanningen bli styrende for vår virksomhet. Rettspsykologi fremgår ikke som et eksplisitt fagområde i denne retningslinjen. Dette til tross for at alle fagmiljø i Norge hadde anledning til å påvirke utfallet.

IPS-NTNU har imidlertid lang erfaring med å tilby rettspsykologi og samarbeider nært med det rettspsykologiske fagmiljøet i regionen. Våre studenter har ca. 45 timer med forelesninger i rettspsykologi, blant annet med betydelig fokus på sakkyndighetsarbeid, og en avsluttende skriftlig eksamen (det medfører ikke riktighet at våre studenter ikke har eksamen i emnet). Vi vil foreta grundige vurderinger av hva som er mulig å videreføre av rettspsykologi i den fremtidige studieplanen, men innenfor rammen av antall studiepoeng til rådighet.

I alle tilfelle setter vi pris på en dialog om grunnutdanningen for psykologer. ✕

Psykologistudenter vil til Tromsø

Tall fra Samordna opptak viser at Universitetet i Tromsø er det mest populære psykologistudiet i Norge.

Instituttleder Ingunn Skre ved Institutt for psykologi ved UiT Norges arktiske universitet er svært glad over denne utviklingen. Ifølge universitetets nettside har det kommet inn 1130 søkere til de 49 profesjonsplassene i Tromsø.

Profesjonsstudier i psykologi, uavhengig av studiested, er generelt svært populære med høye søkertall. Og behovet for psykologer er fortsatt stort, ifølge Skre:

– Det er et godt arbeidsmarked for psykologer, det utdannes ikke nok til å fylle det nasjonale behovet og det ser vi blant annet ved at en del velger å studere i utlandet, sier Arnhild Skre til universitetets nettside.



DEBATT

369

Mot det digitale

Det eksisterer en selvinnyttiggende eksistensiell forskjell mellom å kommunisere nærhet, omsorg og kjærlighet mellom mennesker i samme rom og å gjøre det via en skjerm.

SVEIN ØVERLAND og Kaja Behrensen Betin skreiver i en kronikk i Aftenposten 20. mars 2020: «Digital psykologi redde oss i rustnings-tid. ... I tillegg er vi etter krisens oppslagspunkt mange gode løsninger for oss til å prøve ut, er like gode eller til og med bedre enn dem vi fant på før krisen.»

Vi er tre privatpraktiserende psykologer som, i tillegg med mange av våre kolleger, blitt tilbrakt til å seige koronaviruset for online konsultasjon. Fra en mandag til en annen satt terapeuttene og pasientene i flere små rom og snakket sammen på nett eller i telefonen.

Vi er enige i at digital psykologi har fungert som en redning, men stiller oss generelt tvilende til at denne arbeidsmåten kan bli effektiv eller være enda bedre enn tradisjonell terapi. Vi vil i denne kronikken oppsummere noen av våre erfaringer, her med videoterapi.

OVERGANGEN TIL SKJERM
Ingen av oss hadde tenkt oss i terapi i tillegg. Det var umiddelbart spennende å møte en annen og mer medler med muligheter som nettsamtale. Det var like kjedelig å bli i lomma, og pasientene klarte en helt å holde seg på fra sine mobiltelefoner (p.c. mail, nettbrett, smarttelefon).

Engang møtet pasienter via en til-videoterapi og uttrykte at de var glad for at det var mulig å opprettholde kontakten. Mange hadde også erfaringer fra tidligere med å kommunisere på denne måten med familie og venner (Skype, FaceTime) eller kolleger (Microsoft Teams, Zoom) eller med andre yrkesgrupper som elevene på skolen.

Særlig var det også en del som ikke ønsket videoterapi. Vi er flere av pasienter som betaler for sine terapier selv, ingen større gjeld har ønsket å utsette til neste til vi igjen kan møte på kontoret. Det kan gi mottrykk av at det er mer tilhøveholdne med å betale for timer når de ikke får «den ordentlige» terapien. Pasienter som går hos enkelte spesialister, har gjennomgående vært mer positive til å gå over til videoterapi. Det kan selvfølgelig også hende og fremme en sammenheng med et større behov hos denne gruppen pasienter. Men også blant disse har det vært langt flere avbrytninger.

PASIENTEN PÅ NETT
Overflate versus dybde. Å arbeide som terapeut direkte-psykologiske prosesser står i sentrum, men det er en forutsetning at de skal i dybden, å gi terapi blir dermed ganske vanskelig.

TEKST
For Arne Laska, eksistensiell psykolog, Linda Børre Nilsen og psykolog John Børre, alle medlemmer i Psykologenes forening for digital helse (DigPsyk).

ILLUSTRASJON
Hilde Thorsen

DIGITAL TERAPI

Faksimile fra maiutgaven til Psykologtidsskriftet.

Vi kan ikke stoppe nå

Under koronakrisen har mange psykologer lært seg å bruke digitale løsninger fordi de må. Jeg håper de fortsetter også når verden blir mer normal igjen.

LØKKE, RØER-NILSEN OG BARRIE fortalte om sine erfaringer med videoterapi i forrige nummer av Psykologtidsskriftet. Det vil si – de beskrev enkelte tilbakemeldinger fra sine pasienter opp mot noen fenomenologiske forskjeller mellom videoterapi og tradisjonelle pasientmøter. Slik jeg forstår teksten, ønsker de med det å vise at det «... eksisterer en selvinnyttiggende eksistensiell forskjell mellom å kommunisere nærhet, omsorg og kjærlighet mellom mennesker i samme rom og å gjøre det via en skjerm».

ETTER KRISEN

Kaja Betin og jeg blir nevnt innledningsvis, knyttet til vår kronikk i Aftenposten, der vi

heier frem det digitale skiftet i psykoterapi. Vi skrev blant annet: «... vi tror at vi etter krisen vil oppdage at mange av de løsningene krisen har fått oss til å prøve ut, er like gode eller til og med bedre enn dem vi brukte før krisen.»

Selv har jeg kjempet i mange år for at psykologer skal ta i bruk digitale helseløsninger med en nysgjerrig og leken tilnærming. For meg handler psykologi om å utforske hva det betyr å være menneske, og hvordan vi kan hjelpe mennesker som har det vondt. Jeg har min bakgrunn fra fattigdom og folk som aldri fant det naturlig å oppsøke psykolog. Og jeg må innrømme at jeg fremdeles kan bli sint når

TEKST
Svein Øverland, psykologspesialist og styremedlem i Psykologenes forening for digital helse (DigPsyk)

DIGITAL TERAPI





Jeg må innrømme at jeg fremdeles kan bli sint når jeg møter psykologer som forventer at pasienter med angst skal sitte på et venterom

jeg møter psykologer som forventer at pasienter med angst skal sitte på et venterom, at pasienter med depresjon skal huske timene, og at pasienter med skam skal møte fremmede ansikt til ansikt uten annet enn et lite bord og en pakke Kleenex til beskyttelse.

SELVINNLYSENDE FORSKJELLER

Men jeg er ikke sint på Løkke, Røer-Nilsen og Barrie. De har faktisk forsøkt videoterapi. De deler sine opplevelser og ønsker en debatt. Jeg er derimot usikker på hva de mener med at de ønsker en utforskning av forskjellene «før evidenskortet legges på bordet som bevis på at det ikke finnes forskjeller». Min opplevelse er at psykologer flest har møtt invitasjonen fra pasienter og brukerorganisasjoner om å være til stede digitalt, med at «forskningen er usikker». Nå når forskningen er her, er det på tide å gå inn i den. Jeg vet ikke hvilken forskning det vises til, men det aller meste forskning jeg kjenner til, viser til at det er store forskjeller mellom for eksempel videoterapi og fysiske møter. Som Løkke & co selv påpeker, er jo det selv-innlysende.

Men det bør være like selv-innlysende at pasienter flest liker å få velge. Jeg tilbyr pasientene mine å møte meg på et kontor, å gå en tur mens vi snakker («vandreterapi»), eller videoterapi. I tillegg gir jeg dem muligheten til å bruke digitalt innhold i form av filmer, lydfiler og apper mellom konsultasjonene. Eller en miks fra gang til gang. Det er psykologene som skal tilpasse seg pasientene, ikke omvendt.

KART I SAND OG GRUS

I femte klasse brant halve skolen min ned. Jeg er så gammel at undervisningen i kristendom og geografi baserte seg på noen enorme kart som hang i klasserommet. Min unge lærer begynte da å tegne kartene i sand og grus på et område bak skolen. Han fikk oss til og med til å rollespille angrepet på Jeriko. Kompisen min Torstein, som hatet skolen, fikk beste karakter i de fagene både det året og to år etter. Det var selvsagt noen som savnet kartene også, og de andre lærerne så på hele greia med stor skepsis. Dessverre fikk ikke vi som likte løsningen, fortsette når skolen ble åpnet igjen.

Slik er det med digitale løsninger også. Mange psykologer bruker det nå fordi de må. Jeg håper bare at de fortsetter også når verden blir mer normal. Pasienter som vil fortsette med tradisjonelle fysiske møter, må selvsagt få anledning til det. På samme måte som de mange pasientene som ikke er trygge på kontorterapi-konsultasjonene, bør få tilbud om digitale løsninger i form av for eksempel tekstbaserte tjenester eller videoterapi.

Som en av mine helter, Buddha, sa det: Det er to ting du må gjøre for å komme frem – du må begynne og fortsette. Jeg vil oppfordre Løkke, Røer-Nilsen og Barrie til å fortsette med videoterapi. Men helst i kombinasjon med tradisjonell kontorterapi og med nysgjerrighet. Psykologi bør være både forskningsbasert og innovativt. ✕

Diagnoser, fag og etikk

Som profesjon må vi fremme ny kunnskap selv om den går imot helsemyndighetenes systemer og retningslinjer.



PSYKOLOGSPESIALIST KRISTIN NIJS pekte i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet på konsekvensene av at en pasient kan nekte psykologen å sette en diagnose. Spørsmålet har en svært interessant etisk side, men jeg oppfatter også en implisitt problemstilling i resonnetet: Har diagnosesystemene tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag og dermed fagetisk basis for bruk?

HVA MÅ VI, OG HVA BØR VI?

Arbeidsgiver har rett til å instruere oss, deriblant kreve at systemer og regler som diagnosesetting blir fulgt. Godtar man ikke dette, må man kanskje se seg om etter en annen jobb. Samtidig har vi en etisk forpliktelse til å bedrive vår faglige virksomhet på forsvarlig måte, det vil si å basere oss på den beste tilgjengelige kunnskapen i faget og å tillemppe den til vår praksis. Spenningsfeltet blir tydeligere jo mer styringsrett foretakene mener de har. De fleste psykologer er pålagt å sette diagnoser. Det er derfor viktig å utdanne psykologstudentene til å bli gode i diagnostikk, noe jeg selv har vært aktiv i. Samtidig mener jeg vi må ha to tanker i hodet på en gang: Vi må også spørre om diagnoser har den vitenskapelige status vi krever i vår fagutøvelse.

FRA KATEGORIER TIL DIMENSJONER

Beskrivelse av individuelle forskjeller, inkludert psykiske lidelser, beveger seg bort fra kategorier og klasser over mot dimensjoner og trekk. Svært mye forskning viser hvor svakt diagnosesystemene står. Kategorisering av dimensjonale trekk fører til tap av data. Svært mange diagnoser er heterogene og rasjonelt bestemt, ikke empirisk. Komorbiditet, et begrep som oppstår som følge av kategorimodellen, er

mer vanlig enn uvanlig, mens enhetlige lidelser noen ganger blir delt opp i ulike enheter. Til slutt kan den utstrakte bruken av betegnelsen «ikke nærmere spesifisert» (INS) nevnes, som viser at svært mange havner akkurat under cutoff for mange diagnoser.

Nyere empiri viser at dimensjonale modeller er langt bedre egnet til å beskrive også psykiske lidelser. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP-modellen) vokser fram som et viktig rammeverk. Modellen har mange likhetstrekk med revisjonene i DSM og ICD, men er bygget fra bunnen av med basis i empiri. Rundt om i verden tas det stadige initiativ til å gå bort fra diagnoser. British Psychological Society har forlatt diagnoser til fordel for The Power Threat Meaning Frame. I USA gir The National Institute of Mental Health kun finansiering til prosjekter som bruker Research Domain Criteria (RDoC). RDoC er et rammeverk der psykologisk og biologisk fungering vil være retningsgivende for forståelsen av psykiske helseproblemer. Det finnes også flere brukerstyrte initiativ som ser på andre alternativer til diagnoser.

BÅDE OG, ENN SÅ LENGE

HiTOP-modellen er uferdig, og vi må bruke tradisjonelle diagnosesystemer for å kommunisere. Samtidig må vi som profesjon fremme ny kunnskap selv om dette går imot rådende systemer og retningslinjer. Helsemyndighetenes råd og veiledninger har ikke alltid like god faglig basis, for eksempel har Helsedirektoratet rådet oss til å bruke utredningsmetoder som faglig sett ikke holder mål. Vi må kunne stille oss kritiske, men jeg tror vi er best tjent med å samtidig forholde oss lojalt til systemenes rammer. ✕

TEKST

Cato Grønnerød,
dr.psychol., spesialist i
klinisk voksenpsykologi,
førsteamanuensis,
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

DIAGNOSTISERING



Svært mye forskning viser hvor svakt diagnosesystemene står



Faksimile fra aprilutgaven til Psykologtidsskriftet.

Kan handle mot pasientens vilje

Det er ikke nødvendigvis i strid med fagetikken å utføre en handling som pasienten motsetter seg.



TEKST

Fagetisk råd i Norsk psykologforening

DIAGNOSTISERING

I ET DEBATTINNLÉGG i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet spør psykolog Kristin Nijs om psykologer er forpliktet til å «påtvinge» sine pasienter diagnoser, og om dette i så fall er i strid med fagetikken.

Fagetisk råd (FER) er glad for at fagfeller er opptatt av fagetikk. Etske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP) er prinsipper alle psykologer må forholde seg til i sitt daglige arbeid. Prinsippene skal være til hjelp og veiledning når vi står overfor fagetiske spørsmål og dilemma. Som Nijs påpeker, innebærer spørsmålet som stilles, både faglige, juridiske og fagetiske avveininger. Det er ikke alltid lett å skille disse feltene – de har tydelige berøringspunkter og bidrar til hverandres utvikling over tid.

DIAGNOSER - BRUDD PÅ FAGETIKKEN?

Psykologer som er medlem av Norsk psykologforening, har plikt til å forholde seg til felles fagetiske prinsipper i sin praksis. Det gjelder uavhengig av type praksis og hvilket teoretisk grunnlag den har. Vi erkjenner at det i vårt fag-

felt er ulike meninger om bruk av diagnoser. Denne uenigheten, som først og fremst er av faglig art, er det viktig å klargjøre før man foretar en fagetisk avveining. For er det kun diagnoser i tråd med manualer som er problematiske, eller er det slik at selve det å bygge sine tiltak på en problembeskrivelse gir en mulig fagetisk utfordring?

FER oppfatter ikke at det i seg selv å benytte diagnoser, kasusbeskrivelser eller andre former for problembeskrivelser er i strid med fagetikken. I EPNP heter det blant annet at psykologer skal arbeide i overensstemmelse med vitenskapelige prinsipper og underbygget erfaring (EPNP II.2 Kompetanse). Prinsippet kommer til anvendelse ved bruk av diagnostikk, kasusformulering eller tilsvarende. I tilfeller der anbefalingene ikke kan baseres på vitenskap eller oppsummert erfaring, skal psykologen gå frem med ekstra varsomhet.

Kristin Nijs spør i sitt innlegg om det er i strid med de fagetiske prinsippene å benytte diagnose som behandlingsbetingelse. Som

Skal ikke lage kriterier for kvaliteten

Landsmetet vedtok at Psykologforeningen skal jobbe for å sikre faglige og forsvolte rammebetingelser, ikke utarbeide kvalitetskriterier.

JOH

TEKST

Norsk psykologforening

LANDSNETT

VEDTAK

JEG HØR LAGE mener vi at det i flere sammenhenger er viktig å etablere rammebetingelser for profesjonell praksis. Dette er viktig fordi det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med etiske og faglige prinsipper, og at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

- Landsnettet bør etablere rammebetingelser for profesjonell praksis, og ikke utarbeide kvalitetskriterier.
- Landsnettet bør etablere rammebetingelser for profesjonell praksis, og ikke utarbeide kvalitetskriterier.
- Landsnettet bør etablere rammebetingelser for profesjonell praksis, og ikke utarbeide kvalitetskriterier.
- Landsnettet bør etablere rammebetingelser for profesjonell praksis, og ikke utarbeide kvalitetskriterier.
- Landsnettet bør etablere rammebetingelser for profesjonell praksis, og ikke utarbeide kvalitetskriterier.

disparansene. Medlemsstøtte og RST, RPT i tillegg til støtte fra staten og finansiering av utdanning er også viktig. Dette er viktig fordi det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Påtvingne diagnoser

Å stille som behandlingsbetingelse at psykologen skal sette diagnose, står i motstrid til psykologikken og pasientens interesser.

JOH

TEKST

Norsk psykologforening

LANDSNETT

VEDTAK

JEG HØR PÅTVINTE er uenighet om hva som er riktig i saker der pasientens vilje og interesser står i motstrid til psykologens faglige interesser. Dette er viktig fordi det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

TEKST

Norsk psykologforening

LANDSNETT

VEDTAK

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene. Det er viktig å sikre at praksisen er i samsvar med de kravene som stilles av samfunnet og de berørte partene.

vi har bemerket ovenfor, forstår vi diagnosebegrepet vidt. Det er uansett viktig at tiltakene vi iverksetter, henger sammen med våre faglige vurderinger, som også skal gjøres kjent for pasienten, sammen med grunnlaget for vurdering. De fagetiske prinsippene oppfordrer psykologer til å være oppmerksomme på begrensningene som ligger i de metoder og framgangsmåter som blir valgt (EPNP II.2 Kompetanse). Psykologen skal informere klienten om planlagte tiltak, drøfte sine handlinger og de sannsynlige følgene av dem. Slik kan klienten ha et grunnlag for å velge om han/hun vil delta eller ikke (EPNP II.1. Respekt).

FAGETISK DILEMMA?

Slik vi forstår Nijs, oppstår det fagetiske dilemmaet idet psykologen utfører en handling som pasienten motsetter seg (i dette tilfellet å sette diagnose).

Kjernen i dilemmaet oppfatter FER ikke er knyttet til at det skal settes diagnose, men til at psykologen er i ferd med å utføre en handling pasienten ikke ønsker. Videre at dilemmaet oppstår når psykologen står overfor mulige handlingsalternativer. Hadde en ikke hatt et opplevd handlingsrom, ville det ikke oppstått et dilemma knyttet til valget videre.

EPNP går langt i å veilede psykologer i å legge til rette for klientens selvbestemmelse (EPNP, II.1 Respekt for personens rettigheter og verdighet).

Vi forutsetter her at psykologen frem mot dette kritiske punktet har lagt til rette for informert samtykke og drøftet sitt handlingsvalg med klienten (EPNP, II.1 Respekt for personens rettigheter og verdighet).

Det fagetiske spørsmålet er om psykologens vurdering kan være en del av det pasienten rår over. Eier pasienten vår faglige vurdering? Er vurderingen et felles gjøremål på lik linje med aktiviteten som fører frem til den?

FER erkjenner at klienter kan oppleve faglige vurderinger som stigmatiserende og krenkende, også når psykologen har gjort sitt ytterste for å innhente informert samtykke og vurderingen formidles med respekt og på en måte som forsøker å ivareta klientens verdighet. Likevel mener vi ikke at det å gjøre en faglig vurdering som oppleves slik, er i strid med fagetikken. Det er utfordrende for både klient og psykolog, men det er ikke et fagetisk brudd. ✘

Debattert

Og nå?

Korreksjon: Han tror ikke det er et stort problem at folk sjeldnere oppsøker lege nå enn i normale tider. – Jeg tror de nordiske landene har stort overforbruk av helsetjenester i dag. Men selv her må vi være oppmerksomme på at konsekvensene kan ramme ulikt sosialt.

Peter Allebeck til Den norske tannlegeforenings Tidende 14. mai

Et blikk til: Helt siden koronakrisens inntog har det i økende grad blitt snakket om utsatte og sårbare barn. Nå åpner samfunnet mer opp og disse barna vil etter hvert komme på treninger, i barnehagen og på skolen. Det har aldri vært viktigere å se litt ekstra på barn og unge nå. Sjekk hvordan de har hatt det og om de trenger noe ekstra.

Ida Gansmo Uldal i Namdalsavisa 15. mai

Greit nok: – Det ser ut til at antall henvendelser og akuttinnleggelses i barnepsykiatrien har gått ned flere steder i denne perioden (...) Vi ser at mange av barna i Bup-systemet har egentlig hatt det helt greit gjennom denne perioden. Foreldrene har hatt mer tid til barna. De har roet ned og hatt tid til brettspill, hjulpet med lekser, inkludert hverandre i hobbyer. Kort sagt en sårt tiltrengt kvalitetstid med foreldrene.

Paul Joachim Bloch Thorsen til TV2 17. mai

Passe bekymret: Vi kan ikke si at det ikke er grunn til bekymring lenger. Da kan det skje en oppblomstring av epidemien. Myndighetene må finne en balanse mellom å holde vedlike en viss bekymring – og samtidig bidra til å dempe den. Dette er en vanskelig balansegang. Kanskje vil konsekvensene bli langvarige slik at vi må leve med mer bekymring.

Atle Dyregrov i Dagens Medisin 17. mai

Salderingsfare: Vi må forhindre at psykisk helsevern og det psykiske helsefeltet blir en salderingspost eller forhandlingskort i de kommende nasjonale budsjettforhandlinger. (...) Når samfunnet nå gradvis åpner opp igjen, forventer vi at psykisk helse blir satset på og at det ikke nok en gang kun blir nevnt i utalige tomme festtaler.

Linda Berg-Heggelund i Rogalands Avis 18. mai

Ta sats: Skolenes landsforbund frykter at mange flere unge vil havne utenfor utdanning eller arbeid enn de 100.000 vi har fra før, når koronautbruddet er over. (...) Det er tidligere advart om de psykiske belastningene utenforskapet medfølger. Hvordan løser man dette? En kraftig satsing på å få disse sårbare unge inn i fellesskapet er vårt klare budskap til Stortinget.

Mette Johnsen Walker i Rogalands Avis 19. mai

FØRINGER Hvem skal føre pennen når man skal avgjøre hva som skal stå i pasientjournalen? Foto: Nora Skjerdingsstad



Ikke opp til pasienten

Det er ikke opp til pasienten å avgjøre hvilken diagnose som skal eller ikke skal stå i pasientjournalen.



TEKST Christian Zimmermann, advokat/forhandlingssjef, Psykologforeningen og Ingvild Aubert, advokatfullmektig/spesialrådgiver, Psykologforeningen

DIAGNOSTISERING

ET SPØRSMÅL SOM kommer opp med jevne mellomrom, er om psykologer må stille diagnose. Spørsmålet stilles ofte av psykologer i kommunene og privatpraktiserende psykologer som jobber med pasienter. Kristin Nijs stilte spørsmålet: «Må vi påtvinge pasienter en diagnose?» i et debattinnlegg publisert 1. april 2020.

I innlegget tar Nijs til orde for at det strider mot psykoetikken og pasientens interesse å sette diagnose som behandlingsbetingelse. Det vises til at det ikke settes «diagnosenavnet» i emosjonsfokusert terapi.

Hvilken terapiform som benyttes, eller hvor psykologen arbeider, er ikke avgjørende for kravet om at psykologer skal diagnostisere psykiske helseplager. Diagnoser er deskriptive kategorier som verken sier noe om årsak til

symptomer eller har tilknytning til bestemte teoretisk rammeverk eller tjenesteteder.

Psykologer er, ved siden av leger, den yrkesgruppen som i kraft av sin grunnutdanning har diagnostisk kompetanse når det kommer til psykiske lidelser. Psykologer må, på samme måte som leger, benytte sine diagnostiske ferdigheter i møte med sine pasienter. Dersom symptomene samlet sett gir grunnlag for å gruppere dem inn under et diagnosenavn, så skal det gjøres. Det er helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet som er lovgrunnlaget. Innholdet i kravet er det som til enhver tid anses som god evidensbasert psykologfaglig praksis.

IKKE BARE EN MERKELAPP

Diagnoser er heller ikke kun en merkelapp som påtvinges pasienten. Diagnoser er også et verk-

tøy som kan utløse rettigheter i form av rett til behandling, trygdeytelser og annet. I tilsynssaken om Stangehjelpa uttalte Fylkesmannen i Hedmark blant annet at all behandling så vel i kommunen som i spesialisthelsetjenesten må basere seg på riktig diagnostikk. Og at det innebærer at man som psykolog i helsetjenesten må gjøre en vurdering av de symptomer pasienten presenterer, og ta stilling til om dette samlet sett oppfyller kravene til å stille en diagnose. Pasienten skal ha informasjon om det psykologen finner, de vurderingene som gjøres, og om det leder frem til en diagnose.

Spørsmålene rundt problemstillingene i saken ble så grundig gjennomgått i rundskriv I-4/2017 «Om helse- og omsorgstjeneste-lovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering».

Rundskrivet er spesielt rettet mot lavterskeltilbud, men tar opp og drøfter spørsmål som har allmenn betydning for psykologers dokumentasjon og diagnostisering uavhengig av om man jobber i det offentlige eller i privatpraksis.

Det vises til at det i noen situasjoner ikke er mulig å stille noen foreløpig eller endelig diagnose. Slike situasjoner kan oppstå enten fordi det først er nødvendig med ytterligere utredning eller fordi den aktuelle tilstand ikke lar seg innplassere i de diagnosesystemene helse- og omsorgstjenesten benytter

Det vil da som hovedregel kunne kreves at det som et minimum fremgår at relevante problemstillinger er kartlagt og at psykologen har brukt sin kunnskap og erfaring til å gjøre en vurdering i samarbeid med pasienten eller brukeren, og dokumentert dette. Dette er viktig for å unngå å gå glipp av informasjon som for eksempel symptomer på alvorlig sykdom, selvmordstanker, voldsrisiko eller omsorgssvikt.

FORVENTNING FRA HELSEDEPARTEMENTET

Det fremgår videre av rundskrivet: «En diagnose eller foreløpig diagnose kan tjene flere formål. Den kan si noe om pasientens prognoser, gi en retning for hva som anses som riktig behandling, planlegging av tjenester som tilbys i kommunen, forebyggende tiltak som må iverksettes og sykdomsovervåking. En diagnose kan også danne grunnlag for en målrettet samtale om hva som er viktig for brukeren for å få til en endring. En foreløpig diagnose kan også endres senere som følge av pasientens utvikling og ny kunnskap hos helsepersonellet. Diagnostikk er dermed en sentral del av den helsehjelpen som en mottaker av tilbudet skal kunne forvente.»

Helsedepartementets fortolkning av regelverket innebærer en forventning om at psykologer foretar diagnostiske vurderinger forut for behandlingsoppstart, og at behandling baserer seg på disse vurderingene. Enten det jobbes ut fra en foreløpig eller endelig diagnose, eller dersom man ikke finner at plagene oppfyller kriterier for en diagnose, så skal behandlingen baserer seg på de funn og vurderinger som er gjort.

Kravene til journalføringen følger av helsepersonellovens kap. 8 og pasientjournalforskriften. Det er psykologen som har ansvaret for å ta stilling til hva som skal dokumenteres i pasientjournalen. Det er ikke opp til pasienten hvilken diagnose som skal eller ikke skal stå i pasientjournalen. ❖



Diagnoser er også et verktøy som kan utløse rettigheter i form av rett til behandling, trygdeytelser og annet

En korreksjon

De aller fleste fagmiljøer og forskergrupper på det suicidologiske feltet er enige om at psykisk uhelse har stor betydning for risiko for selvmord.



TEKST

Fredrik A. Walby, forsker, psykologspesialist, Martin Ø Myhre, master i atferdsvitenskap, vernepleier, Anita Tørmoen, ph.d., spesialist i pedagogisk-psykologisk rådgiving, Lars Mehlum, professor dr.med., psykiater
Alle: Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Universitetet i Oslo

SELMORDS- FOREBYGGING

HJELMELAND, KNIZEK, OG RASMUSSEN (2020) kommer i maiutgaven med et tilsvarende vårt innlegg i *Psykologtidsskriftet* nr. 4, 2020. Innlegget har en form og et saklighetsnivå som vi tar sterkt avstand fra, og vi vil ikke innlate oss på noen polemikk med forfatterne. Men siden innlegget er egnet til å gi inntrykk av at forskningslitteraturen på spørsmålet om sammenhengen mellom psykisk uhelse og selvmord er usikker, ønsker vi å korrigere dette inntrykket.

Forfatterne bruker en sekundærreferanse fra en viktig metaanalyse om risikofaktorer for selvmord av Franklin et al. (2016) som støtte for påstanden om at bare mellom 2 og 4 % av pasienter under behandling for depresjon senere vil dø i selvmord. Det høres jo ut som et beskjedent tall, men når vi sammenlikner med en forekomst på om lag 0,012 % per år (tall for Norge), ser vi hvor mye høyere risikoen i denne gruppen er. Franklin et al. (2016, s. 217–218) advarer for øvrig eksplisitt mot å bruke funnene fra deres metaanalyse til å undersøke risikofaktorforskning og også betydningen av kliniske retningslinjer for forebygging av selvmord.

Her i Norge skjer om lag 45 % av *alle* selvmord blant personer som er i kontakt med

spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern og rus (Walby, Myhre & Kildahl, 2018). Det gjør disse tjenestene til en sentral arena for selvmordsforebygging både gjennom behandling og gjennom systemrettede forebyggingstiltak. Det betyr naturligvis ikke at selvmord bare skyldes psykisk uhelse eller bare bør søkes forebygget gjennom tiltak i helsevesenet. Men helsepersonell, og ikke minst psykologer, er en uunnværlig gruppe i det forebyggende arbeidet.

I dag er de aller fleste fagmiljøer og forskergrupper på det suicidologiske feltet enige om at psykisk uhelse har stor betydning for risiko for selvmord. Det betyr naturligvis ikke at andre faktorer er lite viktige, eller at det nødvendigvis er et enkelt lineært eller kausalt forhold mellom psykisk uhelse og selvmord. Vi anser debatten med Hjelmeland et al. (2020) som avsluttet fra vår side i denne sammenheng.

I samme tidsskriftnummer kritiserer Østlie (2020) den rollen Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) har hatt i implementeringen av de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging. NSSFs rolle i implementering av kunnskapsbasert

praksis er i første rekke å bidra med forskning og formidling av kunnskapsbaserte tiltak. Et nasjonalt kompetansesenter styrer hverken Helsedirektoratet, helseforetakene, Helsetilsynet eller den enkelte behandler.

Vi har derimot hatt en sentral rolle som kunnskapsutvikler, samarbeidspartner og nasjonal premissleverandør. Det har vi hatt nettopp fordi vi over år har løftet blikket mot suicidal atferd og selvskading både i befolkningen og i undergrupper, og forsket på behov og hensiktsmessige tilnæringsmåter.

NSSF ble tidlig klar over at implementeringen av de nasjonale retningslinjene i mange enheter og avdelinger nesten utelukkende dreide seg om selvmordsrisikovurderinger, blant annet i form av lokalt utviklede sjekklister, på tross av at en rekke andre deler av retningslinjene er minst like viktige. Vi har advart mot dette i mange sammenhenger, se for eksempel Walby og Ness (2012). Vi har senere tatt initiativ overfor Helsedirektoratet, som i et rundskriv problematiserte bruken av sjekklister og poengterte at en selvmordsrisikovurdering kun er en liten del av den totale kliniske vurderingen av pasienten (Helsedirektoratet, 2017). NSSF har over lengre tid tatt initiativ til en revisjon av nasjonale faglige retningslinjer (Walby, 2018) som ledd i en styrking av behandlingstilbudet til pasienter med selvmordsproblematikk i psykisk helsevern.

Selvmordsforebygging er krevende, uansett målgruppe tiltakene retter seg mot. Vi tror det er nødvendig med både åpenhet og en mye bredere tilnærming, ikke minst på systemnivå, for å sikre bedre helsehjelp til dem som trenger det, og på denne måten klare å forebygge flere selvmord. ✕



Et nasjonalt kompetansesenter styrer hverken Helsedirektoratet, helseforetakene, Helsetilsynet eller den enkelte behandler

REFERANSER

- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., . . . Nock, M.K. (2016). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychol Bull.* doi:10.1037/bul0000084
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvmordsforebygging og selvmordsrisikovurderinger. Brev til helseforetakene.* 22.06.19.
- Hjelmeland, H., Knizek, B.L., & Rasmussen, M.L. (2020). Misvisende om selvmordsforebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(5).
- Walby, F.A. (2018). Hvorfor bør nasjonale retningslinjer revideres nå? *Suicidologi*, 23(3). doi:10.5617/suicidologi.6767
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). *1910 døde pasienter – Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie.* Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet
- Walby, F.A. & Ness, E. (2012). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern – erfaringer og utfordringer videre. *Suicidologi*, 17(1). doi:10.5617/suicidologi.2119
- Østlie, K. (2020). For mye kontroll og styring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(5).

DEBATT Kristin Østlies doktorgradsavhandling tar for seg psykoterapi med pasienter i selvmordsfare. I mainnummeret svarte hun på innlegget til Øyvind Ekeberg og Erlend Hem om hvordan terapeuter bør møte pasienter i selvmordsrisiko – Ekeberg og Hem svarer henne i dette debattinnlegget. Foto: Nora Skjerdingsstad



En nyansering

Det er fullt mulig å både vurdere selvmordsfare og være empatisk interessert i pasientens historie.



TEKST Øyvind Ekeberg, spesialrådgiver og professor emeritus, Oslo universitetssykehus, Erlend Hem, fagsjef og professor, Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo

SELVMORDS- FOREBYGGING

I **TIDSSKRIFT FOR Norsk psykologforening** i april (Ekeberg & Hem, 2020) kommenterte vi et intervju med Kristin Østlie om selvmordsrisikovurderinger (Halvorsen 2019). Østlie har en del kommentarer til dette i maiutgaven (Østlie, 2020), som vi gjerne vil svare på.

Vi har gitt Østlie anerkjennelse for at hun har studert terapeutiske prosesser hos pasienter med selvmordsatferd, og synes det er bra at hun diskuterer et vanskelig tema.

Østlie skriver at vi holder fast på å bruke standardiserte spørsmål i en evaluering av selvmordsrisiko. Dette er en forenkling. Vi mener at det viktigste er å avdekke om det foreligger akutt selvmordsfare, og å iverksette beskyttende tiltak. Om man benytter skjema eller andre metoder, er ikke det sentrale. Uerfarne behandlere kan ha god nytte

av et strukturert skjema, fordi det kan bidra til å huske viktige spørsmål og gi mer struktur. Men det kan også forskyve oppmerksomheten fra utforskning av pasientens opplevelser til å fokusere på behandlerens vurdering av risiko og tiltak. Det er pasientenes indre opplevelser som avgjør om de vil ta livet sitt eller ikke. Det gir en annen opplevelse å bli lyttet til enn å bli vurdert, og en pasient som ikke opplever å bli vist interesse og hørt, kan holde tilbake viktig informasjon. Men det trenger ikke være noen motsetning her. Det er fullt mulig å både foreta en vurdering av selvmordsfare, iverksette beskyttende tiltak og være ivaretagende, empatisk og interessert i pasientens liv og historie (Ekeberg & Hem, 2019). Hvis man ved hjelp av oppmerksom lytting, bruk av standardisert skjema eller begge deler kommer fram

til at det foreligger akutt selvmordsfare, er det imidlertid nødvendig med kontroll og styring, noe Østlie mener det er for mye av.

Østlie skriver også at vi argumenterer fra en helt annen kontekst enn den hun hentet data fra, med påstand om at vår kontekst er et liaison-team ved en medisinsk avdeling. Her er presisjonsnivået lavt. Ekeberg var overlege i psykiatri ved Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus Ullevål i 35 år. Som en integrert del av den medisinske staben får man en annen rolle enn i et liaison-team. Han møtte da noen tusen pasienter etter alvorlige selvmordsforsøk og fulgte opp mange av dem i psykoterapi etter utskrivning, noen ganger i flere år. Han har aldri opplevd at nasjonale standarder har stått i veien for god behandling, noe Østlie hevder er tilfelle. Hem har aldri arbeidet i et liaison-team.

Videre hevder Østlie at vi bare refererer til én fallgruve. Vi har ikke skrevet om noen fallgruver, men vi påpekte i innlegget at praksis kan ha blitt for rigid, og at tilsynsmyndighetene kan vektlegge slik dokumentasjon for tungt. Vi er selvsagt også klar over at noen behandlere er engstelige for å ta opp spørsmålet om selvmordstanker, kanskje fordi de er redd for å fremme selvmordstanker, eller fordi de ikke vet hva de skal gjøre hvis pasienten tilkjenner slike (Ekeberg, 2016).

Vi skrev ikke at Østlie bruker uttrykket «kronisk suicidal» i sin avhandling. Hun skrev at pasientene var «suicidale», og vi stilte spørsmål ved å utskrive slike pasienter og behandle dem poliklinisk.

Vi er enige i at det bør velges nye implementeringsstrategier når de reviderte retningslinjene kommer. Samtidig er vi bekymret for at Helsedirektoratet synes å utarbeide de nye retningslinjene uten tilstrekkelig deltagelse av eksterne klinikere og forskere. ✖



Vi er bekymret for at Helsedirektoratet synes å utarbeide de nye retningslinjene uten tilstrekkelig deltagelse av eksterne klinikere og forskere

REFERANSER

- Ekeberg, Ø. (2016). Vurdering av selvmordsrisiko. I Ø. Ekeberg & E. Hem (red.), *Praktisk selvmordsforebygging*, s. 117–34. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2019). Hvorfor går ikke selvmordsraten ned i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 11. doi: 10.4045/tidsskr.18.0943
- Ekeberg, Ø. & Hem, E. (2020). Selvmordsvurdering er helt nødvendig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(4), 298–299.
- Halvorsen P. (2019). Hevder nasjonale standarder strider mot god behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/2019/09/hevder-nasjonale-standarder-strider-mot-god-behandling>
- Østlie, K. (2020). For mye kontroll og styring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(5), 381–382.

Likt nok

Det ungarske yrket «okleveles pszichológus» reiser langt bedre over landegrensene enn hva norske myndigheter liker å tro. Ja, faktisk er det å betrakte som det samme yrket som «psykolog» i Norge, argumenterer ESA.

TEKST Bjørnar Olsen, fagredaktør

SÅ SENT SOM i november i fjor mente den norske tingretten at ELTE-studentenes yrkeskvalifikasjoner ikke tilsvarer det vi her til lands kaller psykolog. Et halvt år senere konkluderer EFTA Surveillance Authority (ESA) i en grunnlagt uttalelse tvert om: Den ungarske tittelen «okleveles pszichológus» og den norske tittelen «psykolog» er å betrakte som det samme yrket. EFTAs overvåkningsorgan opprettholder dermed sitt ståsted fra forrige runde (se egen boks for sammenfatning av posisjonene i tidligere runder av ELTE-saken).

BETINGET ANERKJENNELSE

ESA mener altså at Norge ikke har godtgjort at de to yrkene er forskjellige, men snarere har Norge gjennom sine handlinger gitt en betinget anerkjennelse av at de to yrkene tilsvarer hverandre. Anerkjennelsen skjedde først gjennom en årelang praksis, der Norge innvilget de ungarske psykologkandidatene autorisasjon etter ett års veiledet praksis. Deretter ved at de rundt 200 ELTE-studentene som har stått i stridens kjerne siden 2016, etter hvert fikk tilbud om et 14 måneders opplæringstilbud for å bøte på det som ble ansett som mangler i den ungarske utdannelsen (se også «Kompletterende kostnader», juni 2018). Ved ikke å insistere på at man må ta hele profesjonsstudiet her til lands, har Norge anerkjent at det er snakk om sammenlignbare kvalifikasjoner, og disse må i så fall anerkjennes på tvers av EØS-landenes grenser, selv om kompensierende tiltak kan kreves. Ja, hele hensikten med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv vil falle bort hvis Norge kan nekte å anerkjenne ELTE-studentens kvalifikasjoner på basis av slike mindre forskjeller. ESA virker ellers å mene at Norges tidligere praksis med ett års lisens kan være et passende kompensatorisk tiltak, da det i praksis synes å ha dekket opp for den manglende selvstendige praksisen i Ungarn.

MER ELLER MINDRE SELVSTENDIG

ESA opprettholder sitt syn om at Norge overvurderer norske psykologers selvstendige praksis, parallelt med at de undervurderer ungarske psykologers autonomi i årene før man blir «klinikai szakpszichológus» – klinisk (fag) psykolog. Veiledningen man mottar i Ungarn som «okleveles pszichológus», er mest å anse som et tilbud om kollegaveiledning og noe man kan oppsøke om nødvendig. ESA mener dette derfor må anses som en formalitet for å bli ført inn i det ungarske helsevesenets kultur og organisering.

I den norske tingrettsdommen heter det at norske psykologers kjerneaktivitet er utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. Selv om det kreves en kvalitetskontroll av behandlingsplan og diagnoser i spesialisthelsetjenesten, er utgangspunktet at psykologen kan utøve klinisk arbeid selvstendig etter endt studium, ikke minst i primærhelsetjenesten og privat praksis.

ESA er ikke enig i denne beskrivelsen av norsk praksis, og mener at krav om å søke profesjonell støtte fra psykologspesialist er et generelt prinsipp som gjelder i alle settinger der psykologer utfører kliniske aktiviteter. Dette begrunner ESA blant annet ved å vise til at Etske regler for nordiske psykologer ikke skiller mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Og videre; når Helsetilsynet mener at diagnostikk er en spesialistoppgave, samtidig som de fører tilsyn med sosial- og helsetjenester også i kommunen og privat sektor, må dette bety at psykologen er avhengig av spesialisten også på disse arenaene. ESA viser også til de nye opplæringsmålene i «Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning», der det heter at profesjonsstudentene i fremtiden skal kunne arbeide uavhengig, både med tanke på å forebygge og behandle psykiske lidelser i kommunen. Hvis norske psykologer allerede var i besittelse av den autonomien som norske myndigheter har vist til, ville det vært unødvendig å innføre nye opplæringskrav for psykologer, der uavhengighet er et gjennomgangstema, skriver ESA. Sagt spisset: De nye retningslinjene forteller at det først er en gang i fremtiden at norskutdannede psykologer vil ha den selvstendigheten som norske myndigheter hevder at norske psykologer alt har og har hatt.

KLINISK RETTET OG UTEN FARE

Norge har ment at den norske psykologen er å sammenligne med den ungarske spesialiteten «klinikai szakpszichológus», og ikke det femårige masterstudiet «okleveles pszichológus». ESA mener det ikke står til troende at et norsk seksårig studium skal sammenlignes med det som er et 10-årig utdannelsesløp for å bli psykologspesialist i Ungarn. Det blir også feil å sammenligne ELTE-utdannelsen med de norske masterutdannelsene i psykologi, skriver ESA. For både det ungarske utdannelsesløpet og det

norske profesjonsstudiet er klinisk rettet, og begge bereder grunnen for å bli psykologspesialist senere. De norske masterstudiene gir derimot ikke rett til å bli psykologspesialist, og er dermed å betrakte som et annet yrke enn både «psykolog» og «okleveles pszichológus».

Norge har vist til at en nasjon har selvrådere rett når det gjelder å utforme standarder for egne helsetjenester. Helsetjenesten er derfor unntatt det indre markedes grunnleggende idé om fri flyt av varer og tjenester. Og siden psykolog er å anse som en helseprofesjon i Norge, gjelder ikke yrkeskvalifikasjonsdirektivet i denne saken. ESA avviser argumentet. Det er nettopp fordi det er store forskjeller i landenes helsetjenester, at man ikke kan avvise yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land ved å vise til variasjon i metoder, aktiviteter og opplæring – i hvert fall ikke når kompensatoriske tiltak kan utligne de manglene som finnes. ESA peker også på at det store overlappet i utdanningsstrukturen mellom de to landene viser at det er snakk om det samme yrket.

Norske myndigheters bekymring knyttet til pasientsikkerhet står seg heller ikke, mener ESA. Det var først da det ble mange ungarske psykologkandidater, at denne bekymringen ble brakt til torgs. Før det jobbet de ungarsk-utdannede psykologene i klinikk, under veiledning og

uten klager. Det påpekes også at Norge verken har gitt konkrete eller hypotetiske beskrivelser av risikosituasjoner knyttet til pasientbehandling. Når staten ikke gir pasientsikkerhet et innhold, er det vanskelig å vite hva den mener, sier jurist Lars Swansstrøm til Psykologtidsskriftet (se side 420).

ESA virker også kritiske til at Norge brått la om sin praksis, uten at de hadde foretatt en evaluering av de ELTE-studentene som alt hadde fått autorisasjon etter gammel ordning. Og når Norge skriver at deres lange behandlingstid av klagen knytter seg til at det har tatt tid å få opplysninger om ungarsk utdanning og praksis fra de ungarske myndighetene, er det som om ESA spør: På hvilket kunnskapsgrunnlag valgte man da å endre praksisen?

IKKE UNIKT

– Ingen studier vi har sett, er i nærheten av å tilby en utdanning som er jevn god med den norske utdannelsen, uttalte forhandlingsjef Christian Zimmermann i Psykologforeningen til Dagens Næringsliv i februar 2016. Uttalelsen synes å vektlegge at den norske profesjonsutdannelsen er unikt tilpasset til å utdanne psykologer som kan tre rett inn i det norske helsevesenet. Norske myndigheter virker ikke å ha lyktes med å overbevise ESA om de unike egenskapene ved den norske profesjonsutdannelsen og norske psykologers virke etter endt utdanning. Det som fra innsiden av et land oppleves som en unik utdanning og profesjon, fremstår ikke like åpenbart unikt sett fra utsiden. I hvert fall ikke mer unikt enn at den manglende kunnskapen om norsk helsevesen og fraværet av selvstendig praksis, i følge ESA, kan kompenseres på samme vis som Norge valgte å gjøre det frem til de la om sin praksis i 2016: gjennom ett år veiledet praksis. ✘

Les også side 415

Sammendrag av tidligere analyser av ELTE-saken

ESA skriver at selv om utdannelsene i Norge og Ungarn er av ulik lengde, sikter begge mot å utdanne kliniske psykologer klare til å gå inn i kliniske posisjoner. Det faglige overlappet vurderes som tilstrekkelig til at utdannelsene må anses som likeverdige. ESA mener videre at kravet om veiledet praksis for de ungarske psykologene etter utdanning ganske enkelt er en formell, institusjonell kontroll, ikke en ledet aktivitet. Norge har derfor overvurdert norske psykologers uavhengighet, og undervurdert ungarske psykologers selvstendighet. Kort sagt: Begge utdannelsene er like i den forstand at de gjør deg klar til å ta fatt på jobben som psykolog. Så vil arbeidslivet bringe deg videre. Og i arbeidslivet utfører psykologer fra begge land arbeidsoppgaver som gjør at yrkene må forstås som å være det samme.

Basert på Bjørnar Olsens analyse «Rom for alle?», publisert august 2018

Masterutdannelsen ved ELTE er ikke likestilt med den norske profesjonsutdannelsen, verken når det gjelder innholdet i utdannelsen eller yrkesmuligheter og rettigheter etter endt utdanning, skriver norske helsemyndigheter i sitt svar til ESA. I ESAs klage er retten til å ta med seg sitt yrke over landegrensene i EØS-området helt sentralt. Da må man svare på hvorvidt ELTE-studentenes utdanning leder til det samme yrket som Norge kaller psykolog. Norske myndigheter svarer «nei»: ELTE-studiet er en masterutdanning i psykologi som gir rett til å bruke den generelle psykologtittelen «okleveles pszichológus» i Ungarn. Men en autorisasjon som klinisk psykolog, «klinikai szakpszichológus», krever at man følger et tre til fire års etterutdanningsprogram etter masterprogrammet. Det er derfor kun «klinikai szakpszichológus» som vil utløse EØS-direktivets rett til å utøve sitt yrke også i andre land, skriver Helse- og omsorgsdepartementet.

Basert på Bjørnar Olsens analyse «Ingen helseutdanning», publisert november 2018

Fra arkivet: 1965Kurs i klinisk psykologi – høsten 1965

Kurset blir holdt i tiden 22.–30. oktober 1965 på Skiforeningens hytte, Vangen i Østmarka, ca. ½ times kjøring fra Oslo.

Kursets hovedtittel blir:

Psykologers egenopplevelse og klinisk forståelse

Bakgrunnen for kurset er den alminnelige erkjennelse at den kliniske psykolog i meget stor utstrekning bruker seg selv som instrument i diagnostisk og terapeutisk arbeid. Følgelig vil en øket og fordypet selvopplevelse og evne til å bearbeide umiddelbare inntrykk og opplevelser utgjøre et viktig ledd i utdannelsen av kliniske psykologer. På dette området kan en ikke få særlig hjelp gjennom studie av faglitteratur, og en må nærme seg erfaringsområdet på en mer direkte måte. Det er forsøkt å ta hensyn til dette under utarbeidelsen av kursopplegget.

Kurset er tenkt lagt opp med forelesninger, foredrag med demonstrasjoner, og med øvelser med gruppediskusjoner. Dette opplegget er valgt ut fra den erfaring at det er lettere å diskutere egenopplevelser når man har konkrete praktiske erfaringer å gå ut fra.

I foredragene vil en prøve å trekke inn teoretiske synspunkter og erfaringer av mer prinsipiell karakter, mens man gjennom øvelsene tar sikte på å skape muligheter for deltakerne til å utvide sin egenopplevelse og tilegne seg nye erfaringer av mer personlig karakter. De praktiske øvelser vil foregå i mindre grupper, og i tilknytning til øvelsene vil man også ha diskusjonsgrupper

der deltakerne utveksler erfaringer, bearbeider dem mer intellektuelt og prøver å se dem i relasjon til klinisk forståelse og yrkesutøvelse. De sistnevnte gruppene vil hver bestå av ca. 10 deltakere og være permanente under hele kurset med en fast gruppeleder. (...)

Programmet vil, med forbehold om rett til små forandringer, bli som følger:

Bjørn Christiansen: To typer av erkjennelse og moral.

Anne Marit Sletten: Materialkontakt som innfallsport til egenopplevelse.

Kjell von Krogh: Den kliniske psykolog i samvær med pasienter og andre mennesker – som identitetsproblem og en utfordring til selvinnsikt.

Elsa Lindenberg: Rytmikk, ekspressive bevegelser og kroppsopplevelse.

Bjørn Christiansen: Eksperimenter i egenopplevelse.

Carl Martin Borgen: Regressive egenopplevelser gjennom terapeutisk lekemateriale.

Endre Ugelstad: Samhandling i gruppe med ikke-språklige uttrykksmidler.

Nisse Lindgren: Musikalsk kommunikasjon som terapeutisk virkemiddel.

Carl Martin Borgen: Pseudopsykotiske opplevelser i eksperimentelt endrede bevissthetstilstander.

Bjørn Killingmo: Regresjonsbegrepet i teori og praksis.

I tillegg til kursprogrammet vil det bli avsatt tid om kveldene til foredrag av enkelte kjente utøvende kunstnere.

Kurspresentasjon juli 1965

Det er lettere å diskutere egenopplevelser når man har konkrete praktiske erfaringer å gå ut fra



Skyggelagte rettssaler

Det er til tider vondt å lese Ane Hems (bildet) beretninger fra norske rettssaler, skriver anmelder Oddfrid Skorpe.

Les anmeldelsen på s. 466.



FOTO: VIDAR RUIJ / NTB SCANPIX

Hvordan skal vi snakke om døden?

Les anmeldelsen av antologien Alt som lever, må dø (s. 468).

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til ida.holth@psykologtidsskriftet.no.



BOK OM MORS SELVMORD Om forfatterstemmen til Tiril Broch Aakre skriver vår anmelder: «Hun har ingen dobbel standard, og det gjør det lett å tåle hudflettingen, for hennes egen rygg er like arret.» Foto: Heidi Furre

Et sint oppgjør med systemsvikt

Jeg håper *Mødre og døtre* blir mye lest, særlig av fagfolk. Vi har godt av Aakres strenge blikk på oss selv.

TEKST Tormod Stangeland

Tiril Broch Aakre mistet moren sin i selvmord. Boken *Mødre og døtre* er hennes oppgjør med moren, seg selv og helsevesenet, som ikke klarte å redde moren. Aakre skriver: «Jeg aksepterer ikke at helsevesenet kun legger ansvaret for «det tragiske utfallet» på moren min, og driver ansvarsfraskrivelse og bortforklaring på egne vegne i etterkant, med god hjelp av tilsynsmyndighetenes sakkyndige» (s. 158). Som del av helsevesenet kjenner jeg meg truffet.

Jeg er selv ganske kritisk til hvordan vi tenker om selvmordsforebygging i fagfeltet vårt. Jeg tror vi fort kan bli for mekaniske og for lite opptatt av våre egne følelsesreaksjoner når vi skal gjøre vanskelige valg. Likevel kan jeg møte meg selv i døra her. Når andre kommer med sine versjoner av lignende kritikk, vekker det flokkdyrets forsvar av min egen gruppe: Det er så mye vi gjør som er bra i helsevesenet, så mange engasjerte behandlere som gjør en stor forskjell for dem de skal hjelpe.

Diskusjonen mellom brukere og hjelpere går ofte i stå når dette skjer, med beskrivelser av hverandre som den andre parten ikke kjenner seg igjen i. Dermed går de glipp av muligheten til å vise hverandre noe viktig. Før jeg leste boken, lurte jeg på om jeg ville klare det uten å gå i forsvar. Og jeg fant ut at det går helt fint.

Ja, Aakre er klandrende, og til tider føles det hun skriver, urettferdig. Men hun er det alle veier. Hun er minst like kritisk mot seg selv og sin mor som mot helperne. Hun har ingen dobbel standard, og det gjør det lett å tåle hudflettingen, for hennes egen rygg er like arret. Moren var ikke lett å hjelpe, det vet Aakre bedre enn noen andre. Det er likevel naturlig å spørre hva annet vi alle kunne ha gjort som kunne hjulpet.

ET OBJEKTIVERENDE SYSTEM

Boken handler om Aakres forsøk på å forstå moren sin, fortalt i etterkant av dødsfallet. Morens svingende liv og deres intense forhold, fullt



BOK *Mødre og døtre*

FORFATTER Tiril Broch Aakre

FORLAG Flamme forlag

ÅR 2020

SIDER 169





Når du får en umulig oppgave, er det fristende å få noen andre til å ta over

av avhengighet og avvisning på samme tid. Morens tiltagende angst, og tydeligvis flere tiår med innleggelser i psykisk helsevern. Og hennes selvmord under permisjon fra døgnpost.

Aakre beskriver så godt et individ, med de tusen detaljene som utgjør et menneske: Hva spiste moren til frokost, hvilken vei pleide hun å gå gjennom hagen, hvordan kom hun til jobb uten førerkort, hvordan sminket hun seg? Det slår meg hvor sammensatte alle mennesker er, og hvilket ambisiøst prosjekt det er å skulle forutsi hvordan unike personer reagerer, å kategorisere atferd og vurdere risiko, slik psykisk helsevern gjør.

Kontrasten er enorm mellom Aakres personportrett og hennes beskrivelse av helsevesenets holdning. På den ene siden Aakres komplekse, selvmotsigende og uendelig sammensatte oppfatning av sin mor, i all sin egenartethet, og så til de grader et subjekt. På den andre siden det offentlige helsevesenets behandling av moren som pasient og tjenestebruker, som en av mange med spesifiserte behov og rettigheter, av nødvendighet sortert etter fellestrekkene hun har med andre, et objekt som skal håndteres.

ET USTABILT SYSTEM

Systemsvikt er den gjennomgående beskrivelsen av helsevesenet i Aakres historie. Planer blir ikke fulgt opp, viktige dokumenter blir ikke sendt, pårørende blir ikke tatt med på råd, referater blir ikke skrevet, de ansvarlige erkjenner ikke ansvar, risikovurderinger er uklare, og taushetsplikten blir misbrukt for å forsvare og dekke over hjelpetilbudets mangler. Aakre er berettiget forskrekket over store forskjeller mellom teori og praksis i behandlingen av selvmordsnære pasienter.

La oss være enige om at systemsvikt ikke er greit. Konsekvensene for dem som rammes, er alvorlige. Diskusjonen blir imidlertid kort når alle er enige, det er mest nyttig når vi ser ulike nyanser av saken. For meg er det viktig å snakke om grunnene til at systemsvikt forekommer. I et godt organisert samfunn med god økonomi, med sterke fagmiljøer og høy faglighet, hvorfor oppleves det likevel for Aakre som at hjelpeapparatet utgjør et ustabil system som tyr til nødløsninger og ansvarsfraskrivelse?

ET RISIKOVURDERENDE SYSTEM

Feilen ligger, slik jeg ser det, i forventningene pårørende blir gitt, om at risikovurdering er en eksakt vitenskap, og at dersom retningslinjene følges, vil alle overleve. Det skaper en illusjon av at det beste valget er å sikre alle i risikozonen. Kanskje kunne Aakre hatt mer nytte av en åpen og realistisk tilnærming fra sykehuset, for eksempel:

Moren din har aktiv suicidalitet, hun tilhører en risikogruppe der det er større sannsynlighet enn hos andre for at hun kommer til å dø av selvmord. Samtidig vet vi at de aller fleste i risikogruppen ikke tar livet sitt. Og vi vet at sikring i slik grad at det kan avverge selvmord, vesentlig forringer livskvaliteten for de fleste. Den er oftest basert på tvang og vekker mye motstand fra dem som skal hjelpes. På lengre sikt kan det svekke evnen til å ivareta seg selv, og dermed paradoksalt nok øke faren for selvmord. I tillegg til at vi ikke kan forutsi hvem som dør, kan vi heller ikke vite når et selvmord vil inntreffe. Når vi vurderer tiltak for en person som periodevis er farlig for seg selv, har vi ofte gjennom flere år erfart at tillit og vern om selvstendighet har hjulpet personen. I etterkant av et selvmord kan vi peke på hva som gikk galt, men i forkant er

det oftest vanskelig å se at den kritiske situasjonen er annerledes enn lignende situasjoner, og at den bør håndteres annerledes enn de som har gått bra tidligere.

Det er ofte ikke dette pårørende ønsker å høre, men det gjør det ikke mindre sant.

ET ANSVARSFRASKRIVENDE SYSTEM

Heltene i historien til Aakre er medmennesker som går et hakk lenger for å hjelpe enn noen kunne forvente av dem. Det er naboer, familiemedlemmer, firmaet som vasker ut leiligheten etter moren:

«Jeg husker at jeg var så takknemlig overfor alle som egentlig ikke hadde noen grunn til å hjelpe oss, der hele historien egentlig bare var til bry for dem, men som likevel kom oss i møte, liksom strakte en hjelpende hånd utenfor sitt eget felt, og det ikke bare var oss som måtte lete oss fram til dem og prøve å få hjelp» (s. 115).

Dessverre er det ingen helsepersonell blant disse heltene, og for meg er det på dette punktet at kritikken fra Aakre rammer tyngst.

Samfunnet har fastsatt ambisiøse rettigheter i pasientbehandlingen, og det er bra. Men når rettighetene er i overkant av hva hjelperne kan fylle, blir hjelpernes fokus å klare å gjennomføre det som er pålagt. Når minstemålet er vanskelig nok å oppnå, blir det lite overskudd til å tenke igjennom, å se etter om hjelpen har ønsket effekt, eller å gjøre noe annet og mer enn man må. Vi risikerer tidsbesparende løftebrudd, slik som i Aakres fortelling: å ikke sende ut kriseplaner eller varsle pårørende om utskrivelse. Vi risikerer at hjelpen som tilbys, først og fremst ivaretar formalkrav, selv om hjelpen ikke lever opp til verdiene som ligger til grunn for rettighetene. Hjelpeapparatet virker til slutt ikke særlig hjelpsomt. «Men de har så dårlig tid, de står i døren og gir meg medisiner, og så må de løpe videre, og da sier jeg bare at det går bra» (s. 66), sier Aakres mor.

Aakre er fortvilet over ansvarsfraskrivelsene hun møter i helsevesenet. Igjen er det viktig å snakke om grunnene til at dette skjer. Vi bør se det som et nødsignal. Samfunnet kan forvente at fagfolk gjør gjennomtenkte vurderinger av risiko og forebygger farlige situasjoner. Men som vi har vært inne på, er det urimelig å stille dem til ansvar for utfallet av uforutsigbare situasjoner. Likevel er det det samfunnet i økende grad synes å forvente, slik også Aakre gjør. Jeg tror dette stresset fører til mye ansvarsforskyvning. Når du får en umulig oppgave, er det fristende å få noen andre til å ta over.

ET STRENGT BLIKK

Jeg håper *Mødre og døtre* blir mye lest, særlig av fagfolk. Vi har godt av Aakres strenge blikk på oss selv. Men jeg lurer på hvilken effekt den kan ha, særlig på handlingsrettede helsepolitikere. Slik jeg oppfatter Aakre, er boken hennes et innspill for å ansvarliggjøre hjelpeapparatet. Men er løsningen virkelig å styrke formalkravene?

Helsevesenets oppgave er å bidra til liv som er verd å leve, og å hjelpe folk med å våge å leve dem. Det er trist at helsevesenet ikke framstod slik for Aakre, og at alle de medmenneskelige rollene måtte fylles av andre. Jeg er enig med henne i at det er tegn på at noe er galt. Men jeg frykter at endringen Aakre antyder, nettopp vil gjøre det vanskeligere å få til det både hun og jeg ønsker: et helsevesen som har overskudd og faglig selvsikkerhet nok til å se pasientene som unike, sammensatte individer. ✖

Makta hjå sakkunnige

Gjennom rettsteiknar Ane Hems fortelling blir me vitne til kor stor vekt ei sakkunnigvurdering blir tillagt i ei barnevernsnemnd.



BOK *Et spørsmål om skyld. Rettstegnerens fortelling*

FORFATTER Ane Hem

ÅR 2020

FORLAG Aschehoug

SIDER 360

ANMELDT AV

Oddfrid Skorpe
Tennfjord, psykolog
ph.d. ved RTVS Midt

ANE HEM JOBBA fleire år som avisteiknar. Ho var med under fleire rettssaker og teikna frå desse. Slik kom ho tett på det norske rettsvesenet og menneske som sat på kvar si side av bordet i rettssakene. Særleg vart ho opptatt av kva betydning sakene i ettertid fekk for tiltalte, og ikkje minst for dei pårørande. Ho bestemte seg for å skrive bok om nokre av desse sakene.

Boka er godt skrive. Kan hende er det teiknaren i Hem som styrer måten ho skildrar personar, stemningar og samtaler på? Det er iallfall svært sanseleg, og uvante detaljer kjem fram. I tillegg veit ho korleis ho dramaturgisk skal bygge opp ein tekst slik at lesaren blir dratt mot neste side, nærast som ein krimforfattar. Berre til skilnad at dette ikkje er fiksjon, det er levd liv.

Sakene ho går inn i, er ikkje milde. Til tider er det detaljert lesing om grov vald og overgrep. Eg kjenner både kvalme, avsky og forundring når eg les. Det er lett å fylgje med, og eg kjenner alle sakene frå media.

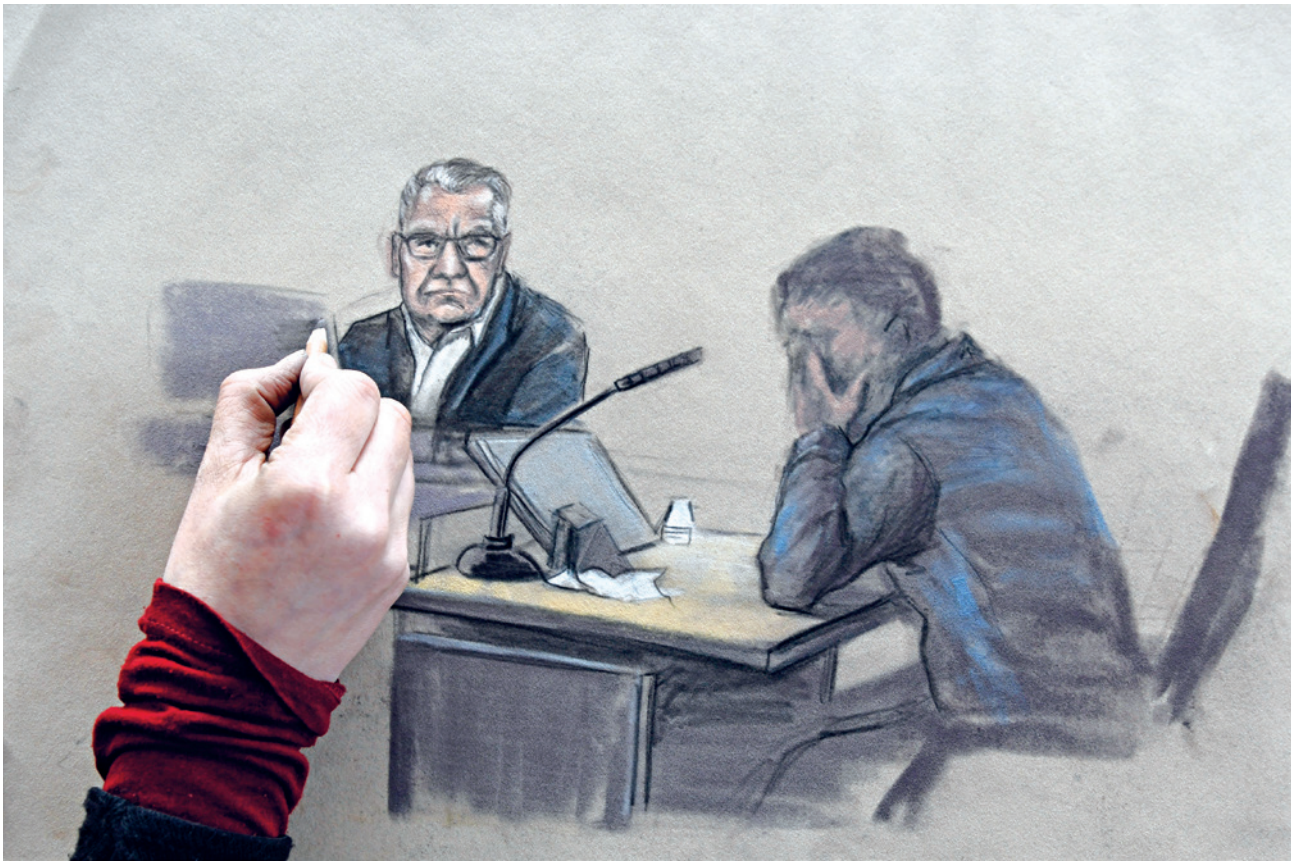
Fleire av sakene handlar om vurderinga av om tiltalte er tilrekneleg eller ikkje, det vil seie om han eller ho kan bli dømt for handlinga eller ikkje. Hem viser kor avgjerande og prinsipielt viktig dette spørsmålet er for handlinga av ei sak, og ikkje minst kva det kan bety

for dei involverte, det vere seg tiltalte, utsette og pårørande. Ho skriv på ein lettfatteleg og opplysningsrike måte.

REBEKKA SI HISTORIE

Ei sak brukar forfattaren lang tid på. Det speglar antakeleg kor lang tid ho har følgd saka – over år. Hem legg i denne saka tidleg merke til kona til tiltalte. Ektemannen er tiltalt for overgrep mot fleire jenter. Han er tiltalt for å ha lasta ned overgrepsskildring og for produksjon av det same. Han er tiltalt for valdtekt på ei 18 år gamal kvinne, og for eitt overgrep mot si eldste dotter då ho var spedbarn. Medan pressen og rettsvesenet er opptatt av den tiltalte, så har bildet av kona festa seg hjå Hem. Ho undrar seg over korleis dei som er pårørande i ei slik sak, kjenner det, og kva type hjelp dei får. Hem avtaler to samtalar med kvinna, men det blir mange fleire.

Samtalane med kvinna (kalla Rebekka i boka) blir starten på lange drøftingar. Mest som ein detektiv søkjer Hem å finne svar på korleis hjelpeapparatet, med barnevernet i spissen, vurderer åtferd og utsegn hjå Rebekka og dei to jentene hennar, og korleis dette leiur den hjelpa dei gir. Som lesar er det ikkje til å unngå å tenkje at vurderingane og hjelpehandlingane kan skape sjølvoppfyllande profetiar. Eitt døme er



SCENER FRA RETTEN Uvante detaljer kjem fram når rettsteiknaren blir detektiv i ei straffesak. Foto: Rune Stoltz Bertinussen / NTB Scanpix

når barnevernet skuldar mor for å ikkje gi barna tryggleik nok til å snakke om det vonde. Det endar opp med at barnevernet invaderer barna med informasjon som gjer dei veldig uttrygge, noko som igjen gjer at mor blir skulda for dårleg omsorg. For ganske raskt dreier det seg om barnevernet skal ta over omsorga for barna eller ikkje. Sentralt i dette arbeidet står ein sakkunnig psykolog. Sjokkerande nok skjønar ikkje mor at det er sakkunnigarbeid psykologen gjer.

Gjennom denne fortellinga blir me vitne til kor stor vekt ei sakkunnigvurdering blir tillagt i ei barnevernsnemnd. Hem undrar seg også over om nemndene sine lukka system kan vere med på å svekke rettssystemet. Ho opplever at mange av utsegnene deira får stå uimotsagt, som om nemnda har ein felles kultur og eit felles språk som alle er innforstått med. Eitt døme er korleis protestar frå mor eller far blir sett på som nekting eller hysteri. Hem skriv om seg sjølv: «Det var vanskelig å godta sakkunnigdes usplittede historie, den som innebar at pappa var farlig og at jentene var tryggest hvis de lærte å tenke som alle andre.»

I saka om Rebekka snakkar ikkje Hem med sakkunnig. Her synest eg at Hem kunne ha jakta på fleire svar. Ho kunne ha intervjuet ein annan sakkunnig om hjelp til å forstå nemnds-

systemet. Ho kunne ha drøfta meir om kva som gjer ei vurdering god eller ikkje, kva kriterier som bør ligge til grunn, og funne ut om desse var følgt i Rebekka sitt tilfelle, utover at denne er godkjent av barnesakkyndig kommisjon. Men dette hadde ikkje gjort fortellinga om Rebekka og døtrene til lettare lesing. For det er til tider vondt å lese. Så vondt at eg meiner at denne boka bør vere obligatorisk for dei som er eller ynskjer å bli sakkunnige.

NYANSERT

Fortellingane boka presenterer, må bli drøfta i største alvor. Det inneber at mange kanskje blir nøydte til å undertrykke ein automatisk respons om å forsvare eigen profesjon. For det er ingen grunn til å sitje på sin høge hest. Hem har eit skarpt blikk og engasjement for dei ho skriv om. Til tross for dette så opplever eg at boka er nyansert. Hem er ute etter å forstå, ikkje å ta nokon eller å dele inn i skurk og helt. Forfattaren legg til rette for ein debatt om viktige fagetiske dilemma. Ho forenkler ikkje, og utviser stor respekt både for rettsvesenet, sakkunnige og barnevernet, men mest av alt prøver ho å forstå kven som er dei svake partane i sakene. Det er i møte med desse at læringa vår kan skje. ❌

”

Hem kunne ha jakta på fleire svar

Diffust om døden

Antologien *Alt som lever, må dø* presenterer alternativer til en medisinsk forståelse av døden, men skaper distanse til temaet.



BOK *Alt som lever, må dø* – Døden som tverrfaglig kunnskapsfelt

FORFATTERE Birgitta Haga Gripsrud og Lisbeth Thoresen (red.)

ÅR 2019

FORLAG Scandinavian academic press

SIDER 286

ANMELDT AV

Eirin Kolberg, psykolog og ph.d.-kandidat ved UiB

ALT SOM LEVER, må dø. Det er grunnleggende og ufravikelig. Likevel kan det være vanskelig å snakke om. Ikke bare fordi det tapet døden innebærer, kan være skremmende og sårt, men fordi det er utfordrende å skulle omtale noe som er så allment og samtidig så personlig. Redaktørene av denne antologien fra 2019 tar til orde for at vi likevel skal gjøre nettopp det – snakke om det. Birgitta Haga Gripsrud er førsteamanuensis ved Avdeling for omsorg og etikk på Universitetet i Stavanger, og Lisbeth Thoresen er førsteamanuensis ved Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap på Universitetet i Oslo. De har med seg representanter fra flere fagområder som skriver om vår egen død, andres død, døden som fagfelt, og som utgangspunkt for å si noe om hvem vi er. Forskere innen sosiologi, teologi, filosofi, helsefag, kulturstudier, psykososiale studier, idéhistorie og litteraturvitenskap stiller spørsmålet: «Hvordan skal vi snakke om døden?»

Forfatterne påpeker at samtalen om døden i dag ofte preges av en medisinsk forståelsesramme. Døden og alderdommen blir i stor grad tatt hånd om av profesjonelle. Da får det prak-

tiske og målbare oppmerksomhet, og den døendes egne opplevelser vektlegges i mindre grad. Et mål med boken er derfor å gi plass til refleksjoner som «tar dødens eksistensielle tyngde på alvor».

ÅPENHET OM DØDEN

Flere kapitler handler om folk som arbeider med døende og pårørende. Deres selvforståelse og forhold til døden påvirker og formes av arbeidet de gjør. Et gjennomgående tema er at kulturelle normer legger premissene for samtalen det er mulig å ha om døden. Forventninger om taushet eller om en bestemt rolleutøvelse kan stå i veien for evnen til å håndtere egne følelser og romme andres. Kanskje må åpne samtaler om døden aktivt oppfordres, spesielt på arbeidsplasser der man jobber direkte med døende. Flere av skribentene fremhever også verdien av det mellommenneskelige, både som grunnlag for å skape mening i hverdagen og som kilde til verdighet ved slutten av livet.

Det er imidlertid langt mellom de konkrete poengene. Antologien lykkes med å presentere perspektiver som skiller seg fra en

medisinsk modell, men beskriver ikke nødvendigvis et mer helhetlig alternativ. Flere av tekstene deler akademiske sjangertrekk som tåkelegger innholdet. Det blir til tider mange lag med abstraksjoner og tolkninger, som skaper en følelsesmessig distanse til temaet. Basale sannheter omformuleres på unødvendig kompliserte måter. Allmenne erfaringer, som at vi unngår det vi frykter, og at vi lærer av hverandre, har røtter i alt vi er som biologiske, tenkende og empatiske vesener. Forsøk på å gi dem betydning gjennom vage, omstendelige analyser, referanser til tvilsomme teorier, eller assosiative og lingvistiske tilfeldigheter, tapper disse erfaringene for sin iboende mening og umiddelbare emosjonelle relevans.

ENGASJERENDE FORMIDLING

Noen kapitler er imidlertid skrevet på en måte som virker mer inviterende. Blant annet formidles filosofi med en struktur som skaper god flyt og engasjement, og vakre utdrag fra skjønnlitteratur brukes til å belyse poenger. I andre kapitler brukes analyser av dødsannonser og historien til kvinners plass ved dødsleiet fortellende og effektivt til å illustrere innsikter om våre verdier og forestillinger. Boken er også tett pakket med referanser til lesestoff i alle sjangre for de som er interessert i å utforske temaet videre – for det finnes jo mange samtaler om døden allerede, også utenfor den medisinske forståelsesrammen.

Svaret på spørsmålet om hvordan vi skal snakke om døden, vil sannsynligvis være forskjellig for alle. Det finnes ikke ett enkelt teoretisk rammeverk som kan omfatte alle sidene ved et så komplekst tema, noe redaktørene anerkjenner ved å invitere skribenter fra ulike felt til å bidra i antologien. De kapitlene som likevel forsøker å favne hele bredden, lykkes ikke med å skape helhetlige perspektiver, og blir ofte utflytende og vage. Kapitlene som har definerte, avgrensede tema gir paradoksalt nok en rikere leseropplevelse. De tidløse menneskelige erfaringene treffer også bedre når de kommuniseres direkte og åpent. Da vekker de følelser, og skaper rom for personlige assosiasjoner, tolkninger og videre refleksjon. I *det* rommet er det kanskje plass til å finne egne sammenhenger i mangfoldet av pragmatiske, symbolske, faglige og levde fortellinger om døden. ✘

KLASSIKEREN



Boken er som en god venn

Svein Haugsgjerd: *Å møte psykisk smerte - Erfaringer og refleksjoner fra behandlingsrommet* (2018)

Svein Haugsgjerd – professor, forfatter, psykoanalytiker og psykiater – sin nyeste bok er litt som en god venn. En du kan lene deg imot, og som tør å være nær. Som viser sårbarhet. En som er klok og belest, men som verken blir selvgod eller skrytende. Snarere en venn som er god til å lytte, som overrasker og forteller ting du selv ikke visste. En som du ser opp til. En som beriker livet ditt.

Haugsgjerd er personlig når han forteller om sin oppvekst og om sitt profesjonelle liv som psykoterapeut. I boken får vi refleksjoner og nære innblikk i behandlingsrommet med særlig vekt på pasientenes drømmer og terapeutens arbeid og tolkning av drømmene. Men han vender også linsen utover det enkelte behandlingsrommet og gir en både historisk, kritisk og oppdatert fremstilling av dagens psykisk helsevern.

Grunnholdningen hans er psykodynamisk, og han hevder at alle psykiske lidelser er kjennetegnet av fastfrosne og forvanskede følelsesstyrte tanker om en selv og ens menneskelige omgivelser. God behandling vil da fordre å møte lidelsene med en humanistisk, psykososial og forståelsesorientert behandlingstilnærming.

Haugsgjerd's psykoanalytisk orienterte fagbøker – alle med et godt og tidvis litterært språk – har delvis banet vei for min egen inngang til psykoanalysen. Av hans mange bøker tror jeg at *Å møte psykisk smerte* er den jeg liker aller best.

Henrik Kamphus, spesialist i klinisk voksenpsykologi og kandidat i barne- og ungdoms- og voksenpsykoanalyse, utfordrer avtalespesialist Tord Riiser til å ta stafettspinnen videre.

MINNEORD

NILS PETER MARSTRANDER

1923–2020



NILS PETER MARSTRANDER, født 12. oktober 1923 gikk bort 6. mai 2020. Med sine 96 år mistet vi Psykologforeningens eldste medlem. Han var medlem i hele 70 år! Vi har også mistet en nestor og en hedersmann.

Nils Peter tok eksamen artium i 1943. Og som så mange unge menn under krigen ble han med i Milorg. Etter krigen ville han ha en akademisk utdanning, og satset på realfag. Men så fikk han øynene opp for psykologi, og skiftet studieretning. Selv sa han: «Dette var jo et ganske radikalt skifte, men jeg har aldri angret.» I 1949 var Nils Peter en av de første som tok graden cand.psychol. Om det skriver han: «Jeg brukte nok litt for kort tid til å få en tilstrekkelig fordypning i faget. Men jeg ville bli ferdig så fort som mulig og bli uavhengig. Jeg var klar over at min utdanning ikke på noen måte var fullført og søkte med en gang på stipendier for å komme meg til Amerika.»

Helt fra starten av interesserte han seg spesielt for personalforvaltning, ledelse og organisasjonsutvikling. Han søkte seg til de beste lærestedene innenfor organisasjonspsykologi. Fra 1950 til 1951 ved University of Minnesota i Minneapolis, deretter som vitenskapelig assistent hos professor Rolf Waaler ved Institutt for Arbeidspsykologi og Personalforvaltning ved Norges Handelshøyskole. Instituttet var nærmest selve arnestedet for personalutvikling og ledelsespsykologi i Norge. Etter noen år i Bergen arbeidet han ved flere organisasjoner innenfor personalledelse. Han ble mer og mer bevisst på at læring og utvikling ville bli avgjørende for å skape sunne og effektive bedrifter. «(...) det har liten hensikt å skape forandring gjennom opplæring av den enkelte. Det er organisasjonen som helhet som må inn i en læringsprosess. Dette har da også vist seg å bli et klart dominerende trekk i utvikling av anvendt organisasjonspsykologi», skriver han. I 1968 startet han Institutt for Organisasjonsutvikling A/S – IFO – sammen med kollega Arne Ebeltoft. De la vekt på å utvikle meto-

der som organisasjonene selv kunne benytte i utviklingsarbeidet, slik at de kunne være uavhengige av ekstern konsulenthjelp. Kundene var fra alle deler av norsk arbeidsliv: industri, bank og forsikring, offentlig forvaltning, skoler og sykehus. IFO ble et konsulentfirma med et svært godt renommé. I 1991 ble Nils Peter pensjonist og gikk ut av IFO, men startet så sitt eget firma, MAR-KON a/s.

Mange kolleger innenfor arbeids- og organisasjonspsykologi kjenner Nils Peter. Han har forelest ved UiO, veiledet studenter i praksis og undervist kolleger i spesialistutdanningen. Mange vil minnes ham med respekt og glede, både for kunnskapen han representerte, og for hans behagelige stil. Uttrykket «Sterk i sak, mild i form» passer godt på ham. Han blir også med glede husket for sin betydelige rolle ved oppstarten av Norsk Organisasjonspsykologisk Selskap.

Nils Peters søken etter kunnskap sluttet aldri. Typisk for ham er at han deltok på Psykologforeningens nasjonale kongress så sent som for under tre år siden, 93 år gammel. Vi har mye å takke ham for, og lyser fred over hans minne.

*Sverre L. Nielsen
for Norsk psykologforening*



Raven's 2

Raven's 2 Progressive Matrices

Ravens matriser er en internasjonalt kjent test for ikke-verbal vurdering av generelle evner. Testen har vært i bruk i mer enn 70 år, både i kliniske og arbeidspsykologiske sammenhenger. Raven's 2 er en revidert versjon som erstatter samtlige tidligere versjoner. Alle oppgavene er nykonstruerte og kan for første gang også administreres digitalt, noe som gir økt fleksibilitet. Den nye versjonen har europeiske normer, hvor normdata fra Norge, Sverige og Danmark er inkludert, og kan brukes i alderen 4:0–69:11 år.

Prøv Raven's 2 på Q-global uten kostnad. Kontakt oss på digital@pearson.com

Les mer på pearsonclinical.no/ravens2



Innføringskurs: SCID-5-KV

SCID-5-KV er et standardisert klinisk intervju som dekker alle de vanligste diagnosene i psykisk helsevern for voksne.

Tema som dekkes i kurset:

- Intervjuets oppbygging og struktur
- Trening i bruken av intervjuet
- Hvordan responser skal kodes i de ulike modulene
- Hvordan fastsette diagnoser
- Få erfaring i hvordan intervjuet skal gjennomføres

Ansvarlig kursholder: Aina Holmén, psykolog/ Ph.D.

Pris: 8.200,- SCID-5-KV protokoll og manual er inkludert i kursavgiften.

Sted: Gyldendalhuset, Sehestedsgate4, Oslo

Datoer:

Torsdag 17. og fredag 18. september 2020
Mandag 19. og tirsdag 20. oktober 2020
Torsdag 19. og fredag 20. november 2020

Nærmere informasjon og påmelding:
www.scid.no

Om fysisk oppmøte ikke er gjennomførbart vil kursene bli avholdt digitalt.

gyldendal.no/akademisk



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Grunnutdanning i EMDR

Trinn 1 Oslo 15.–17. september 2020

Trinn 1 Oslo 12.–14. januar 2021

Trinn 1 Trondheim våren 2021

Trinn 2 Oslo 8.–10. desember 2020

Trinn 2 Bergen våren 2021

Alt med forbehold om smittevernregler

The Art of EMDR er utsatt til 2021

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

VI SØKER FAGUTVIKLER

Distriktpsykiatrisk senter, Østre Agder, Arendal

I DPS Østre Agder har vi nå ledige 100 % fast stilling som recoveryorientert fagutvikler innen psykisk helse.

Dette er en unik mulighet for deg som ønsker å jobbe aktivt for å videreutvikle behandlingstilbudet innen fagområdet allmennpsykiatrisk spesialisthelsetilbud. Du vil ha ansvaret for videreutvikling i hele avdelingen. Recovery skal være grunnlag for avdelingens arbeid. Stillingen vil inngå i ledergruppen.

Arbeidsoppgavene vil bestå i blant annet:

- Hovedansvar for avdelingens fagutviklingsarbeid
- Sikre at pasientbehandlingen skjer i henhold til myndighetskrav og kunnskapsbasert praksis
- Legge til rette for faglige studier og prosjekter
- Faglig veileder for avdelingens spesialister
- Bidra aktivt i virksomhetens kvalitets- og forbedringsarbeid
- Bidra til godt samarbeid med våre eksterne samarbeidspartnere

Vi søker deg som er ferdig psykologspesialist, eller har kort tid igjen til ferdig spesialist. Har du annen relevant kompetanse eller erfaring vil vi også gjerne høre fra deg.

Det er fint om du har erfaring med arbeid i psykiatrien gjerne også ledererfaring eller erfaring med prosjektledelse og/eller veiledningskompetanse.

Dersom du har spørsmål til stillingen ta gjerne kontakt med en av oss:

Avdelingssjef Joyce Piago tlf. 463 71 282 eller rådgiver Angelina Jensen tlf. 915 11 580.

Vi ønsker deg velkommen som søker på en spennende stilling på en god arbeidsplass på Sørlandet.

SØKNADSRIST: 11.08.2020



Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Strømmen eller Lørenskog

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, enhet for psykisk helsevern og rusbehandling, e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. juni 2020



Stilling ledig

NAV Arbeidsrådgivning Vestland

**Psykolog/
Psykologspesialist**

Førde

Fast, heltid

Stillinger: 1

Søknadsfrist 21. juni

Se mer på

<https://arbeidsplassen.nav.no/stillinger/>
eller Webcruiter Webcruiter-ID: 4213242479

**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi lokalisert til Flekkefjord

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-
skjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. juni 2020



**Helse Sør-Øst RHF
søker:**



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Sandefjord

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no
eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknads-
skjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 23. juni 2020



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

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 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
7	18.06	01.07
8	17.07	03.08
9	19.08	01.09
10	17.09	01.10

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 650	15 950
1/2 side	13 650	12 150
1/4 side	11 650	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.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfoey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

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

Studentrepresentanter**Guro Holte Igesund**

464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro

910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varamedlemmer**Jakob Støre-Valen**

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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.larsen@hammerfest.kommune.no
413 14 783

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Eva Røv Eidset**

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

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**

biraan@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**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

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**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**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. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebø, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

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

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

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

Arnhild Lauveng,
e-post post@
arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Geir Skauli, leder, e-post
geir.skauli@skien.kommune.
no, tlf. 907 90 513

**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

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post evakarinoevaas@
gmail.com, tlf. 916 64 076

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder,
e-post jorgen.wagle@
aldringoghelse.no,
tlf. 950 74 358

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

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@
gmail.com, tlf. 952 47 487

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, e-post
tonjeped@gmail.com,
tlf. 922 33 224

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
SPESIALISAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Guro Holte Igesund, NTNU,
leder, e-post guroigesund@
gmail.com, tlf. 462 27 727

KLIMAUTVALGET

Tommy Sotkajærvi, leder,
e-post sotkarjaervi@gmail.
com, tlf. 984 18 586

**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**

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Ane Johnsen Lien, leder,
e-post ane.lien@lyse.net,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Stine Vedvik, nettedaktør,
e-post stine.vedvik@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
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
Gudrun 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-
sitetetsforskning 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
kunnskapssenter 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
utviklingssenter 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
Bergenslinikkene
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 innholde 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 spesialistoppgave.

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 2650, 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:
18.06, 17.07, 19.08, 17.09, 16.10, 18.11

