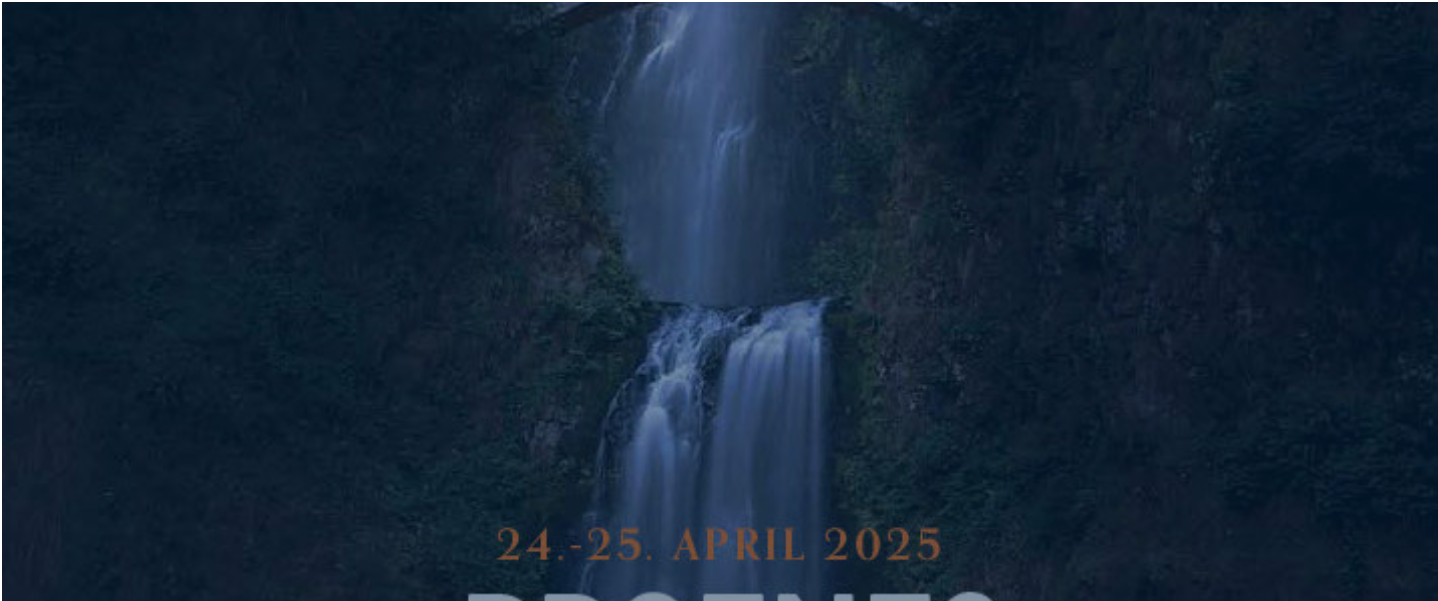




24.-25. APRIL 2025

AKTUELT

ISPS-konferansen 2025

Last ned som PDF

Mai 20, 2025

Blogginnlegg av Fredrik Garmannslund

Se Fredriks blogg på <https://frega.no/>

Dag 1 – 24.04.25

Skrevet 28. april 2025 av Fredrik Garmannslund

Etter noen års pause forsøker jeg meg igjen på å skrive litt fra konferanser jeg deltar på. Vi har vært så heldig at ISPS-konferansen foregår her i Kristiansand hvor jeg bor og jobber. Jeg har byttet litt arbeidsplass internt de siste årene, og er nå på et relativt nyoppstartet TIPS-team her i Kristiansand. Konferansen ble åpnet av min teamleder i TIPS Cecilie Brøvig som er leder for ISPS Norge og Evy-Ann Øglend som er styremedlem i ISPS Norge.



Cecilie Brøvig og Evy-Ann Øglend. Foto: Fredrik Garmannslund

Broer er ikke bare noe av stål, men noe som binder folk sammen. Håp, forbindelse, menneskelighet. Det kan være broer mellom mennesker, og broer mellom behandlingsnivåer. Overganger i helsevesenet kan være skjøre og folk kan havne mellom flere stoler. Det er et håp om denne konferansen kan hjelpe oss til å bygge nye broer.

Øglend snakket om sin rolle som pårørende og hvordan pårørende kan hjelpe til. Hvorvidt pårørende blir involvert er veldig personavhengig, og man merker gjerne at det blir mindre av det med økende alder hos den det gjelder. Pårørende er viktig ressurs. Hun tok også opp at det er essensielt å få folk tilbake/ut i skole og i jobb.

Årets konferanse er kalt Broenes Skjønnhet etter et dikt av Rolf Jacobsen:

BROENES SKJØNNHET

Stål eller sten. Der står de
brospennenes strenge buer
meislet inn i landskapet
som porter til fred.

Verrazano Narrow Bridge, Bosporus,
Rheinbrücke, Sotra-
og Sortlandsspennene, Golden Gate
lysende som smykker, blomsterkranser,
kniplinger kastet gjennom luften:
Min hånd i din. Kom over og se.

— — —

Regnbuen sier: Se på meg. Jeg er en bro.
Jeg er et tegn på himlen. Bygg broer.
Bøy dere. Løft armene til en bue.
Bind sammen. Bryt lenker. Bygg.

Se stålsøyler og tårn mot skyene: En bro.
Hør vindfløyten mellom wirene: En bro.
To mennesker møtes. Ansiktene blusser: En bro.
Ord som blir sagt. Hengivelse, fred: En bro.

Broenes skjønnhet – Gunnar Brox Haugen

Daglig leder i Stiftelsen SEPREP, Gunnar Brox Haugen, ga oss et innblikk i diktningen til Rolf Jacobsen. Han viste oss noen youtube-klipp, som du også har muligheten til å spille av her (jeg tar ikke med alle):

Broenes skjønnhet



Her er Rolf Jacobsen som sier noe om hva et dikt er:

Rolf Jacobsen om hva et dikt er



Jeg likte godt en uttalelse om at diktere er de som har sluppet levende gjennom barndommen (minnet meg litt om Supertramps “Logical Song”):

Rolf Jacobsen om dikterens forhold til virkeligheten



Videre tok Brox opp at besjelingen av naturen er det som er spesielt med Jacobsens diktning. Han spilte også av Pusteøvelse, [Til Jorden](#) og [Hyss](#). Til slutt fikk vi høre [Amund Maaruds fremføring av Guds Hjerte](#). Hør også [Ingvild Koksviks tolkning av Bare tynne nåler](#) av Rolf Jacobsen.

Angst i psykose / Psykotisk angst – Dag Söderström

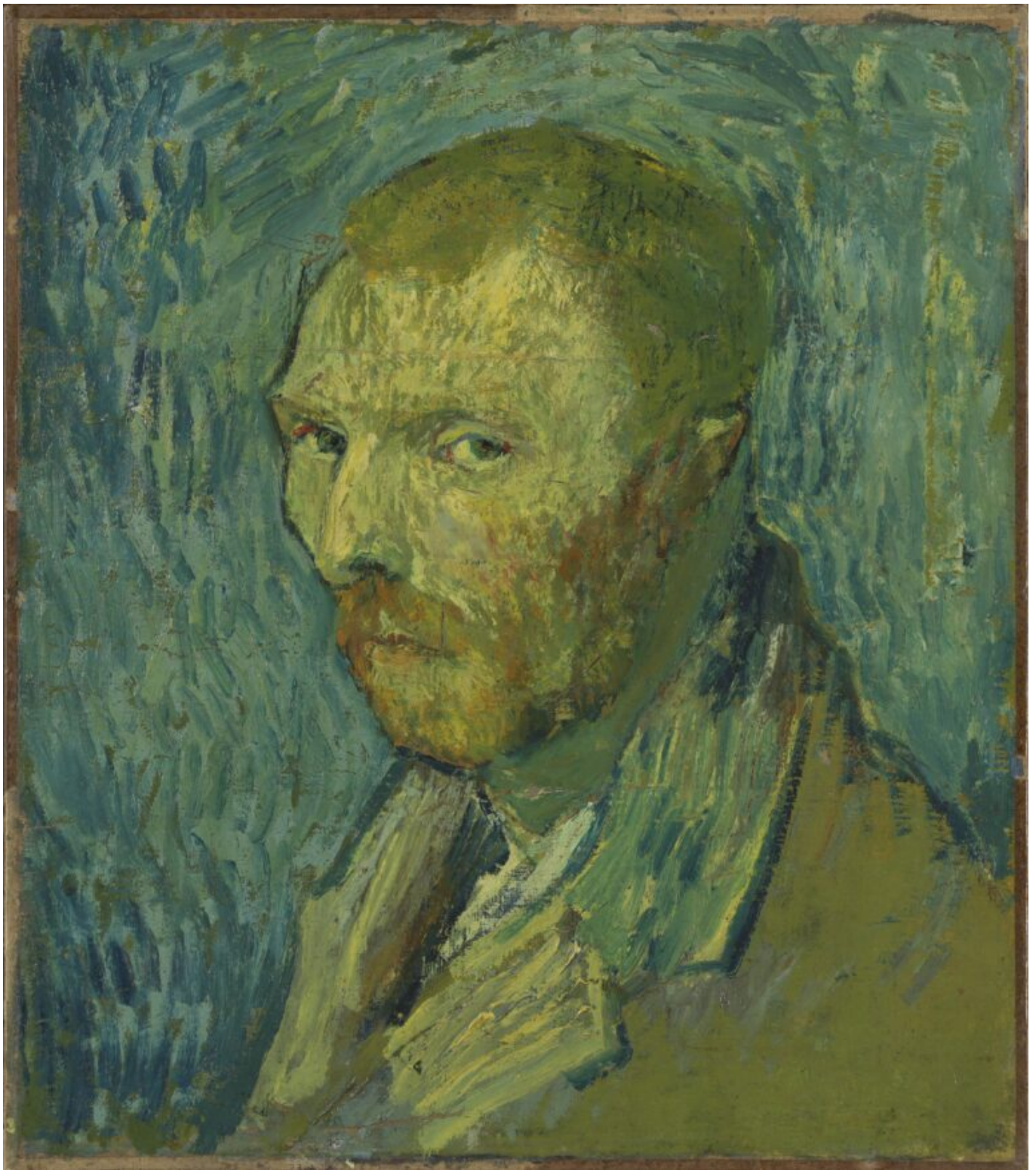
Ifølge ISPS Norges facebook-innlegg fra desember er “Dag [Söderström] psykiater og spesialist i psykoterapi i Sveits. I tillegg er han psykoanalytiker i IPA og tidligere sjef for psykiatri på sykehus og region i Sveits. Dag er konsulent og veileder på Universitet i Lausanne og forsker på City and psychosis, Swiss National Foundation. Og ikke nok med det, leder han arbeidet med ISPS 2026 i Lausanne!” Han var fire år gammel da han flyttet fra Sverige til Sveits og gikk på fransk skole, så han valgte å holde foredraget på engelsk selv om han snakker noe svensk.



Dag Söderström. Foto: Fredrik Garmannslund

Jeg må innrømme at jeg slet litt med å følge hele foredraget (og må advare mot at jeg kan ha misforstått flere ting). Kanskje det er fordi jeg er for lite psykodynamisk skolert. Det handlet i seg selv også om at det er ikke alt ord kan beskrive. Psykotisk angst er noe vi ikke klarer å bære. Vanlige ord strekker ikke til, så vi må bruke malerier, tegninger og “de rene/direkte ordene” (han brukte “verbatim”). Psykotisk angst er som en flamme.

Han ga oss et klinisk eksempel på en kvinne som ble urolig da sykepleieren var på ferie. Hun ringte sin søster, ringte ambulansen, vil ha hjelp, men så ville hun ikke ha hjelp. Hun visste ikke helt hva det var. Var det noe som satt i hodet? Satt det i kroppen? Hun hadde noe hun manglet navn på, og en sterk ambivalens. Ved psykotisk angst føler man gjerne en trussel mot en selv, selvet er under angrep; man kan kjenne frykt og tillit på samme tid.



Kilde Nasjonalmusset/Børre Høstland – Creative Commons – Attribution CC-BY

Vi fikk se en del kunst under presentasjonen (han hadde en litt grønnere utgave av portrettet over, [den jeg viser er fra Nasjonalmuseet](#)). I september 1889 (bildet over er fra 1889) følte van Gogh seg veldig underdanig (“inferior”) til alle andre, og det er viktig og huske dette elementet også i tillegg til angsten pasientene har.

Francis Bacon (1900-talls-kunstneren, ikke 1500-talls-filosofen) malte gjerne forvridde/deformerte ansikter og figurer (Söderström viste [dette bildet](#)). I den forbindelse tok

han opp at “selv-kroppen” snakker gjennom derealisasjon, depersonalisesring og deformasjon av selvet. En pasient kan si at “hendene mine brenner”. Da snakker de gjennom kroppen og vi må lytte til den. Dyp psykisk smerte eller tilstander som derealisering/depersonalisering kan manifestere seg som intense fysiske fornemmelser eller symptomer. Kroppen uttrykker det psyken kanskje ikke klarer å sette ord på på annen måte.

Folk med psykotisk angst får gjerne et globalt psykisk traume, de føler at “jeg dør”. Da skal vi ikke si til dem “du er psykotisk”, men heller si at “du kommer ikke til å dø”. Selvet dør, men dette er en måte å overleve på. Vi trenger en struktur for å ikke være tapt. Den første strukturen er den paranoide strukturen; alternativet er et liv uten selv-omslaget (“self-envelope”, “den psykiske hinnen” som avgrenser selvet – slik jeg forstår det).

Det var vanskelig å henge med på alt han fortalte om, så det blir en del hull her. Jeg kan nevne at han tok opp [en artikkel han hadde skrevet med sin bror](#) hvor de så på de praktiske strategiene folk bruker for å unngå eller dempe den typen overveldende stress og angst (som kan være psykotisk i sin natur) som bymiljøet kan fremkalle, og hvordan de aktivt skaper trygghet og struktur i sine omgivelser som en del av bedringsprosessen.

Söderström snakket om hvordan vi kan *møte* den psykotiske angsten, ikke bare behandle symptomene. Vi må se forbi ytre atferd som tilbaketrekning, negativitet eller paranoid frykt. Dette kan heller forstås som en Retreat – en nødvendig tilbaketrekning fra en overveldende og skremmende indre opplevelse.

Angsten bor ikke bare inne i personen, men manifesterer seg også i relasjonen til andre, inkludert behandlere. Det er avgjørende å være bevisst på dette. Man bør ikke møte pasientens angst med rene kontrolltiltak fra systemets side (som han kalte en “acting out response”), som isolasjon eller overdreven medisinerings. Pasientens gjør gjerne egne forsøk på å dempe angsten, som noen ganger kan innebære selvmedisinering (f.eks. cannabis).

Kjernen i budskapet var utfordringen i å faktisk våge å møte pasienten i den traumatiske angsten – en tilstand så fryktinngytende at den instinktive reaksjonen, både for pasienten og omgivelsene, ofte er å flykte (“Meeting the experience [...] everybody is fleeing”). Terapeutens oppgave blir da å være den som blir værende og tåler å være i kontakt med denne smerten, uten å trekke seg unna. Han kom videre inn på utfordringer med overføringer, men her falt jeg litt av. Hvis du er glad i fransk, kan du lese [artikkelen hans om overføringsutfordringer ved psykose \(abstract på engelsk\)](#). Eventuelt kan du åpne artikkelen på fransk, og så få google til å oversette artikkelen for deg:

Plan
Notater

Introduksjon

Selvets tilstander
Å være et par med psykose: et problem for psykoanalytikere
Evolusjon av overføring, en kraftig til og med evig og uanalyserbar kobling?

Den traumatiske dimensjonen i forholdet

forholdet er utsatt på grensen til forsvarsmekanismer
Neurose-psykose møte
Sammenbrudd av prosessen - forlate terapeuten kontor
Vellykket spaltning: Forskjellig fra Borderline
Traumatisk effekt av psykotisk angst i seg selv

Konsekvenser av den traumatiske dimensjonen på den terapeutiske relasjonen

Overføringen til rammen

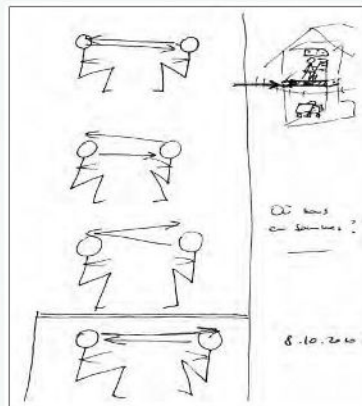
Hva overføres til rammen?
Evolusjon av psykologiske behandlinger med hensyn til overføring på rammeverket

Utforskerens overføring og den indre fortellingsen

Også her er det snakk om å finne et svar på angsten for tilintetgjørelse, rammen, i dette tilfellet tilsvarende terapeuten levende eksistens.

Her forklarer hun meg hvordan vi kan snakke sammen (figur 2):

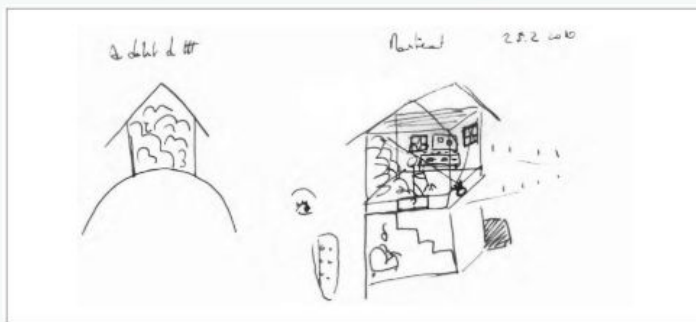
Figur 2
 "Du gikk forbi meg for å snakke direkte til mitt indre."



Pasienten min, som ikke alltid er tålmodig, tegner noen ganger situasjonen for meg, og forklarer at hun "ser" den. Det er opp til meg å forstå og oversette.

"Du er oversetteren," sier hun til meg, så tegner hun den terapeutiske situasjonen (figur 3).

Figur 3
 "Gjennom arbeidet vårt var vi i stand til å finne objektene til spørsmålene som dreide seg rundt meg. Neste trinn var å legge til en tredje dimensjon som tillot oss å klassifisere disse objektene i skuffer."



I løpet av terapien lærte jeg å skille forskjellige former for hans «tanker», det er veldig detaljerte drømmer og syner som dukker opp foran øynene hans som på en skjerm. Det er også noen ganger merkelige lysende former som passerer mellom oss. Men det er ganske sjeldent. Som oftest tar hun opp en kompleks relasjonssituasjon som hun gir meg å jobbe med, utålmodig når jeg ikke forstår. Når jeg spør henne hvorfor hun tar opp et slikt tema, anerkjenner hun ikke. Hun vet nøyaktig når jeg er borte, når jeg er på ferie, og går aldri glipp av en økt. Hun tegner ikke bare den terapeutiske situasjonen, hun lager også mange andre tegninger for å hjelpe meg å forstå hennes "språk".

Hun sa til meg: "Du får meg til å tenke" i en bebreidende tone. Faktisk tror jeg at hun noen ganger ser på meg med medfølelse, som en som ikke vet hvordan hun skal «se» selv om ting går fortere når man «ser». Samtidig har det hun ser ingen presis mening og «oversetteren» må komme med forslag til kryssinger, passasjer for avkoding og inngangsporter til den relasjonelle verden.

Mot slutten tok han opp ulike terapeutiske roller, som familie/sosialt-nettverk, behandlingsteamet og individuell psykoterapi. Vi trenger ulike roller for å gi god terapi.

Betydningen av pårørendesamarbeid som en integrert del av behandlingen ved psykoselidelser



Kristiane Myckland Hansson. Foto: Fredrik Garmannslund

Kristiane Myckland Hansson er postdoktor ved Senter for medisinsk etikk ved UiO. Ifølge biografien på UiO-siden var hennes doktorgradsarbeid en *“del av en implementeringsstudie i psykisk helsevern med mål om å bedre pårørendesamarbeidet ved alvorlig psykisk sykdom”*. Hun har også gitt ut to bøker, *“Å sørge – en bok om tap, sorg, kraft og håp”* (2019) og *“Å endres gjennom smerte – historier om posttraumatisk vekst”* (2017). Hun fortalte om egen erfaring som pårørende og særlig tausheten hun møtte. Hun er opptatt av betydning av pårørendesamarbeidet og derfor jobbet med å øke implementeringen gjennom sitt doktorgradsprosjekt.

Hansson fortalte om *“Bedre Pårørendesamarbeid(BPS)-prosjektet”* som involverte 15 DPS-enheter i Helse Sør-Øst med mål om å *“bedre implementeringen av nasjonale anbefalinger for pårørendesamarbeid ved alvorlige psykiske lidelser i psykisk helsevern – og slik bedre den psykososiale helsen til brukerne og pårørende, samt kvaliteten på tjenestene”*.

Hun fortalte om hvordan de gikk frem. Blant annet skulle alle pasienter med psykose ha pårørendesamarbeid fra dag 1. De gjorde mange dybdeintervjuer og samlet kvalitative data. Hun ga oss videre mange grunner til hvorfor pårørendesamarbeid er viktig for folk med psykose:

Pårørende er vandrende informasjonsbanker

Pårørende legger gjerne merke til tidlige tegn, det er gjerne de som kan få i gang tiltak v/forverring (raskere) [Dette kan jeg selv bekrefte fra klinisk erfaring]

Pårørende støtter opp under behandling. Pasienter har gjerne bedre tillit til dem.

Pårørende yter praktisk og emosjonell støtte. Det er de som får butikken til å gå rundt

Pårørende kan forebygge selvskading og selvmord.

Pårørende kan styrke pasientens autonomi

Hansson siterte Pål Iden: *“Når det er vanskelig å få til et samarbeid med pasienten, er det desto viktigere å få til et samarbeid rundt pasienten”* (fra [NRK-artikkel om Kongsbergdrapene](#)). Pål Iden er direktør i Statens Undersøkelseskommisjon (Ukom) som ifjor sommer kom med en rapport om at *“Pårørende sikrer trygg behandling”*. I forbindelse med Kongsbergdrapene hadde drapsmannen blitt vurdert som samtykkekompetent, men kanskje hadde man vurdert det annerledes om man hadde samarbeidet bedre med pårørende?

Videre siterte hun fra etikk-professor Berge Solberg sin artikkel om *“Samtykkekompetanse og den (u) frie vilje”* hvor han snakker om “relasjonell autonomi – tanken om at vi ikke lever som avsondrete atomer, men snare [sic] at vi alle trenger betydningsfulle andre for «å bli oss selv». Dialog, samvalg og pårørende-medvirkning er fine uttrykk i helsetjenesten som anerkjenner den relasjonelle autonomien. Fri vilje peker mot det uavhengige individet. Men ordentlig frihet realiserer vi gjennom et fellesskap av mennesker som gir oss motstand og som bryr seg. Dette kaller vi gjerne «omsorg», noe som også er kjernen i helsetjenesten. Det er ikke uten grunn det kalles «health care» på engelsk.” Under foredraget spurte Hansson om “Tror dere pårørende bryr seg om hjemler når det trykker?” (Jeg kom forresten over en 20 min lang presentasjon fra 2022 med Berge om *“Er selvbestemmelse og brukarmedvirkning bare et gode? Når autonomi og omsorg kolliderer”* som også kan være nyttig å se på, selv om det ikke var noe som ble presentert direkte på ISPS-konferansen.)

Hun tok opp at pårørende trenger å få kunnskap. Pasient og pårørende bygger opp gjensidig forståelse for hverandre. Det er ikke bare pårørende som trenger å forstå pasienten, men pasienten som trenger å forstå pårørende. Dette fører til at det blir mer åpenhet mellom pasient og pårørende, at det blir lettere å snakke åpent sammen.

Hansson tok opp alliansesamtaler med pårørende. Vi har en uskreven regel om å ikke snakke med pårørende uten pasienten til stede, men som forsker ser Hansson behovet for dette. Hun tenker at det er ikke snakk om å baksnakke, men kanskje få hjelp til hvordan man tar noe opp med pasienten.

Hun gikk også gjennom noen av forskningen de hadde gjort ifbm utfordringer med å implementere pårørendeveiledning ([Hansson et al sept 2022](#), [Hansson et al des](#)

2022 og [Hansson et al 2023](#)). Det hjelper ikke å ha en [pårørendeveileder](#) hvis den i liten grad blir implementert.

Erfaringer fra FACT Ung St.Hanshaugen



Remi Alexander Olafsen (brukerspesialist), Ina Takle Renskaug (seksjonsleder fra kommunen) og Charlotte Brennesvik (enhetsleder fra BUP). Foto: Fredrik Garmannslund

Fra FACT Ung St.Hanshaugen var det tre representanter som kom for å fortelle om hvordan de jobbet. Det var Remi Alexander Olafsen (brukerspesialist), Ina Takle Renskaug (seksjonsleder fra kommunen) og Charlotte Brennesvik (enhetsleder fra BUP).

Disse var det første FACT Ung-teamet i Norge. Begynner med å vise [en film om FACT Ung som du kan se her](#). De dekker barn og ungdom opp til 25 år (men de må ha startet i BUP før 18 år for å komme inn) og de har et bredt, tverrfaglig team med ulike faggrupper. Det er en mye mer fleksibel måte å jobbe på, og kan bruke den tiden man trenger der og da.

Det er vanskelig for kommune/bydel og spesialisthelsetjeneste å gjøre hele jobben hver for seg. Nå er det ikke “deres” eller “våres” barn/unge voksne vi følger opp, men vi gjør jobben i

felleskap.

Det er ikke diagnosespesifikt. Det er barn og ungdom fra 12-25 år. Alle i teamet har “joggesko” på, for man er ofte på farten. Man jobber med å forsøke å reparere dårlige/brutte relasjoner, enten det er jobb/skole eller familie. Aktivitet gjennom jobb/skole er helsefremmende i seg selv.

Det er ofte uklart mht diagnoser når de kommer til FACT Ung. Man lever gjerne i et kaos i sin familie, og vi bruker tid på å finne ut av ting og kunne sett navn på det. Men det er ikke slik at man begynner med diagnose og så velger behandling, men man begynner med å bli kjent, så får behandlingen heller komme etter hvert.

De har en del kjernepinsipper i FACT Ung-modellen. De skal jobbe tverrfaglig. Det må være kontinuitet over tid. Andre steder blir man kanskje skrevet ut etter 5 ganger fordi man ikke har møtt, men her holder man mer på dem. Kanskje er det via tekstmelding og familien man må jobbe med først hvis det er en ungdom som ikke har vært ute av rommet sitt på et år. Det handler om å være aktivt oppsøkende og fleksibel, og fokusere på det nettverket man har.

Det som er så fint med tverrfagligheten er at man kan jobbe og nøste opp i hva som er hva. Teamet snakker sammen og ungdommene trenger ikke å gjenta seg selv igjen og igjen. Man bruker gjerne lang tid i starten bare ved å observere først, før man begynner å utrede. Siden vi er tverrfaglige kan vi vurdere hva som er viktig her og nå. Rammene er også nyttig, at man kan bruke den tiden man trenger for å etablere kontakt.

Det kan bli veldig mange instanser å forholde seg til, og stor nytte av å koordinere tjenestene. Det er en ting å være “tverr” og “faglig” og noe annet å være “tverrfaglig”. De opplever at de har et tverrfaglig samarbeid som faktisk virker. Man kan også tilpasse seg og justere seg i møte med ungdommenes behov. De er også sterkt knyttet til Nav og kjenner lovverket, så de kan også jobbe med familiens behov; må de ut av den trange boligen? Trenger foreldre økonomisk støtte for å kunne bruke tid på ungdommen?

Tidligere hadde de mange, små stillinger for å få bredden. Men hvis du har en ernæringsfysiolog i 20% stilling, så er det ikke sikkert at ungdommene kommer den dagen ernæringsfysiologen er der, og da hjelper det ikke hvor flink denne ernæringsfysiologen er. Så de fokuserer nå på å ha stabile team som er tilgjengelige.

Det viser seg også at det er en gevinst på det økonomiske. Man unngår dobbeltarbeid, får kommet i gang med ting tidligere. FACT er ikke løsningen på alt, men det har gjort at de har fått til mye som ellers ville vært vanskeligere å få til.

Workshops

Etter lunsj var det ulike workshops vi kunne velge mellom. Uten at man skal si noe er bedre enn noe annet, så tenker jeg at å høre om IPS burde vært et klart førstevalg dersom man ikke har hørt om det før. Forskningsresultatene på å få folk ut i arbeid er tydelige, og mens man før ventet på at folk skulle bli friske for å få dem i jobb, så tenker vi oftere at folk må komme i arbeid (eller skole) for å kunne bli friske. Men ettersom jeg var en hel dag på spesialseminar om dette på schizofrenidagene i 2023 ([du kan lese innlegget mitt fra den dagen her](#)), så valgte jeg heller å gå å høre om Psykiatrialliansen i Bergen.

Psykiatrialliansen Bergen – Medborgerskap, fysisk trening, fysisk helse v/alvorlig psykisk lidelse



Per H. Nilsen. Foto: Fredrik Garmannslund

Per H. Nilsen er psyk.spl. ved Kronstad DPS og lokal koordinator for SEPREP/VID. Det som var gøy for min del var at han tidligere jobbet på Knappentunet DPS da jeg hadde sommerjobb der for snart 20 år siden. Han husket dessverre ikke meg og jeg er usikker på om jeg husker ham,

men det var uansett litt gøy å høre om ting som foregår i Bergen, en by jeg flyttet fra for over 15 år siden.

Nilsen jobber på seksjon for allmenn gruppebehandling hvor fysisk aktivitet er en integrert del av behandlingen. Men på DPS var det gjerne et problem at det var ulike tilbud til pasienter i ulike bydeler, så det var et behov for å ha noe uavhengig. Psykiatraliansen ble stiftet i 2006, som en selvstendig, frivillig organisasjon organisert som et bedriftsidrettslag. Nilsen ønsket å starte med idrett, og var selv interessert i fotball. Det ble et spørsmål om hva de skulle bruke treningen til, og det var ønske om å spille kamper. Så da meldte de seg inn i bedriftsidretten. I dag er det 37 faste ukentlige treninger innen ulike idretter. 500 stykker deltar hver uke og det har vært sterk vekst de senere årene. Alt er gratis og ingen medlemskontingent/egenandel. De har egne treninger for ungdom 13-18 år på Energisenteret (glassblokkene) på Haukeland. De har 60 trenere (6 årsverk) og alle har egenerfaring. De har fokus på det sosiale, men også fokus på idrett.

“Med angrep som medisin” – Han fortalte om en fotballkamp hvor det striegnet og de lå under 10-0 i pausen. Tilfeldigvis skulle BT være med og dekke kampen. I pausen satt de der og stirret bort på de veltrente folkene på det andre laget og lurte på hva de skulle gjøre, da en foreslo at “vi tar de på kondisen!”. Det var da BT svarte med “Med angrep som medisin” som overskrift, og de har tenkt at det var et godt motto å holde på.

Det som inspirerte dem i starten var at psykiatrien kanskje var mest opptatt av det som ikke var bra, men tenkte at man også burde ha fokus på det man har lyst til. Man kunne skape en gjensidig opplevelse av å bety noe for hverandre.

Man har forsket på investering i samfunnet. Everton Community har funnet ut at for hvert pund man puttet inn i samfunnet, så genererer man en verdi på nesten 30 pund for samfunnet.

Videre fortalte han om Mads Fabricius (“Danmarks Arnhild Lauveng”?) som hørte at fysisk aktivitet var bra, men hadde ikke så mye tro på det. Men prøvde litt og så at det kanskje var bra. Så hvis litt trening er bra, så kanskje mye trening er veldig bra? Tenkte han kanskje kunne løpe fra schizofrenien. Modererte seg litt senere, men fant noe han brant for og ble senere psykolog.

På Kronstad DPS har de startet med høyintensitetstrening, så de har også lagt inn et tilbud som man kan fortsette på med Psykiatraliansen.

Nilsen fortalte også om EM i Futsal i 2024 for mennesker som sliter med psykisk lidelse. De ville ha med 12 lag fra Europa. Italia hadde toppet sitt lag, så de var gode og de tapte mot dem, men de slo Finland og Kroatia!

Etter en pause fortsatte Nilsen å snakke om “Åpen dialog”. Det handler om at alle stemmer skal høres for å skape plass til likeverdig samtale. Mange opplever at de får en ny måte å snakke sammen på og lytte til hverandre; “fra noise til voice”. Han kom også med konkrete eksempler på hvordan pasient og pårørende oppdaget ting om hverandre når de først fikk snakket ut om ting. Praksisen krever at man har noen prinsipper å gå etter for å bedre kommunikasjonen. Alle skal bli hørt er en viktig ting, og man etterspør ulike synspunkter.

Siste del av programmet på konferansens første dag fikk jeg dessverre ikke med meg, da jeg måtte videre på et mini-pedagogikk-kurs på UiA som jeg tar ifbm Campus Sør. Det var egentlig litt synd, for jeg fikk høre at innlegget til Sofie Aminoff om Emosjoner og emosjonsregulering på tvers av diagnoser, var ganske bra.

ISPS-konferansen 2025 – Dag 2 – 25.04.25

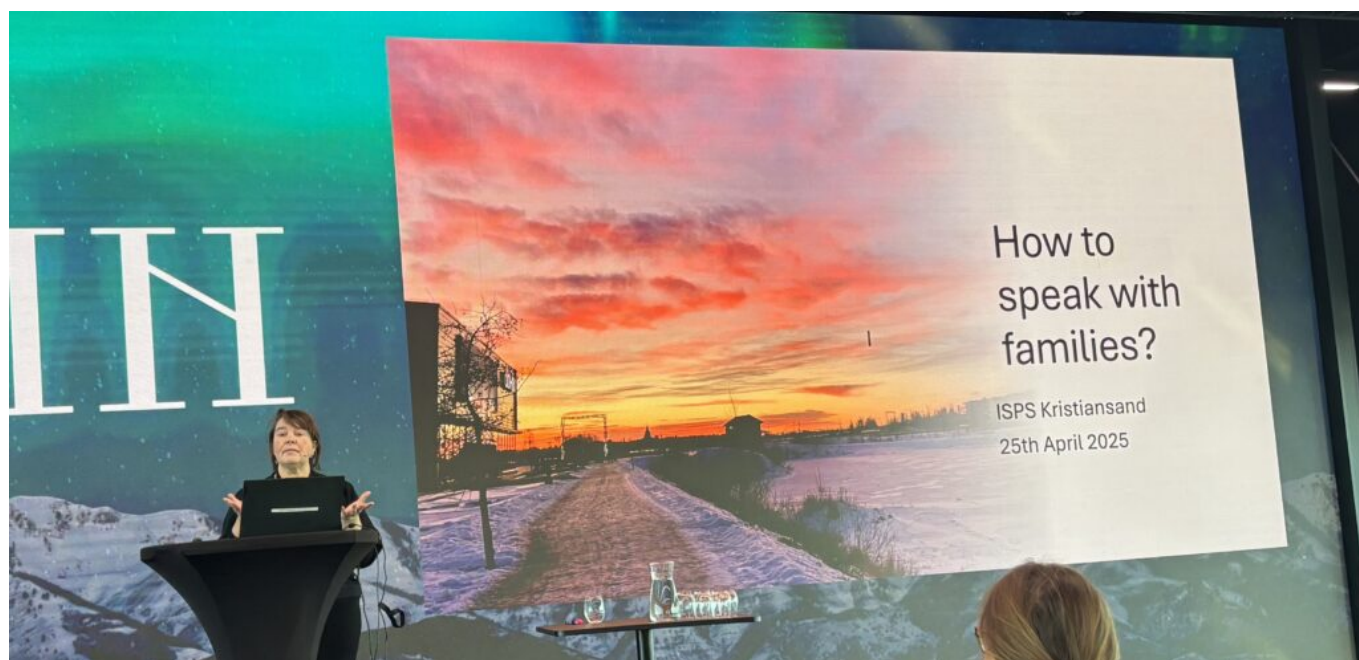
Skrevet 15. mai 2025 av Fredrik Garmannslund



Foto: Fredrik Garmannslund

Jeg fikk dessverre ikke med meg navnet på de to musikerne som åpnet den andre dagen på konferansen (på bildet over – jeg henter jo ofte en kaffekopp i siste sekund), men de spilte et stykke kalt “Assobio a játo” (jet-fløyten). Jeg kunne lagt ut en youtube-lenke til noen andre som spiller dette 10 min lange stykket, men det ville ikke ytt rettferdighet til disse som kom og spilte for oss. Det er herlig med et musikkstykke som får ned morgenstresset med å komme til konferansen og gjør en klar til å ta imot mer kunnskap denne dagen.

How to speak with families – Structure and experiences from the Open Dialogue tradition – Mia Kurti



Mia Kurti. Foto: Fredrik Garmannslund

Mia Kurti presenterte seg som psykiatrisk sykepleier og psykoterapiveileder i familie- og parterapi og Åpen Dialog. Hun har jobbet 30 år i helsevesenet hvorav de siste 20 årene innenfor psykisk helse. De siste få årene har hun hovedsakelig reist rundt og gitt opplæring og veiledning i ulike deler av verden da Åpen Dialog har fått mye oppmerksomhet etter veldig gode forskningsresultater fra Finland. De venter også på resultatene på et RCT-basert forskningsprogram som foregår i UK for tiden. Hun har også et par andre verv, bl.a. som medgrunnlegger og leder for et nyetablert "International Institute of Dialogic and Co-creative Practice".

Hun fortalte så om erfaringen fra Vest-Lappland, der Åpen Dialog vokste frem på 80- og 90-tallet. Mange føler at det er et for sterkt biomedisinsk perspektiv på psykoser, og alle er ikke enig i å se på det som sykdom. Man ønsket et mer demokratisk og dialogisk tilnærming. Man ville bort fra praksisen med at ansatte satt og snakket *om* familier, *om* folk og tok avgjørelser for dem. Etter flere år med utvikling (forskning, utprøving, utdanning i familieterapi) kom man frem til åpen dialog med sine syv hovedprinsipper (bl.a. øyeblikkelig hjelp, sosialt nettverksperspektiv, fleksibilitet og mobilitet, dialogisk samtale). Dette var allerede i gang da Kurti begynte i tjenesten i 2001, så det er dette hun har jobbet med.

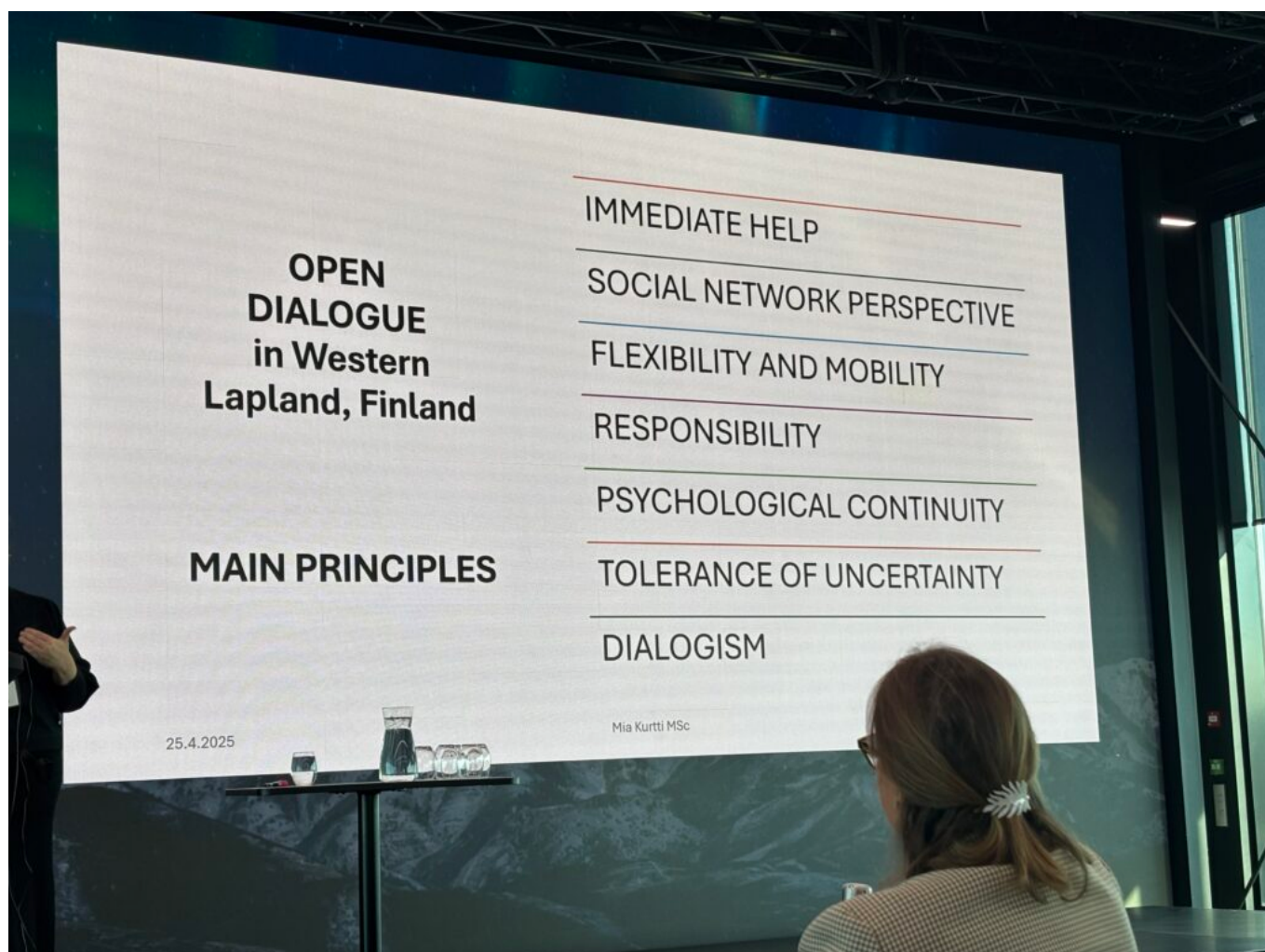


Foto: Fredrik Garmannslund

Kurti presenterte tre dimensjoner ved Åpen dialog. Den første var det praktiske; hvordan organiserer vi helsehjelpen? Hvordan gir vi øyeblikkelig hjelp? Man må f.eks. sette opp en døgnåpen telefon alle dager så folk kan ringe, og så kan man organisere hjelpen. En annen dimensjon er den dialogiske praksisen med å la alle stemmer bli lyttet til, og man skaper en trygghet i rommet. Den siste dimensjonen er verdensbildet. Hvordan tenker vi rundt lidelse? Hvordan tenker vi rundt dialog? Hva er dialogisk? Det handler om å være i relasjoner. Livet er ufullført hele hele tiden. Vi kan nå konklusjoner, men vi kan aldri kjenne den andre helt. (Lett å tenke på HM Vesaas' "inste grind" her.) Hun viste til den amerikanske psykologen Harlene Anderson og det å innta "ikke-vite posisjonen". En annen ting hun tok opp er at det er fokus på "evidence-based practice", men lite fokus på "practice-based evidence" (selv om jeg forstår poenget hennes, er jeg nok litt uenig med henne fra et vitenskapsfilosofisk ståsted, selv om det siste kan brukes når kunnskapen ikke dekkes av det første).



Foto: Fredrik Garmannslund

Vi fikk se et bilde av datteren til Kurti på en fjelltopp. Hun brukte dette som et bilde på hvordan man kan fremstå som ensom, men egentlig ikke er det. Datteren hadde løpt i forveien og så derfor ut som hun var alene, men hun og partneren var like bak. På samme måte kan vi ofte se en pasient som alene, mens det er en familie rundt som er viktig å være klar over.

Hun kom en del inn på “krisevinduet”, når man står midt oppe i situasjonen, at man kanskje da er mer åpen for å tåle usikkerheten i krisen ved at vi er tidlig på og følger tett opp. Vi åpner en stor dør, og vi kan ikke da la huset stå åpent, men må følge opp. Kurti delte historien om en 14 år gammel jente – Marlene – som opplevde det som senere ble definert som psykose. Familien kontaktet tjenesten, og ble møtt umiddelbart. Gjennom fem år fulgte det samme teamet dem tett. Marlene delte sin egen opplevelse: å være fanget i en verden av hallusinasjoner og stemmer. Moren fortalte hvordan støtten fra teamet, og muligheten for hele familien til å være med i prosessen, gjorde at de klarte seg gjennom en svært krevende tid. Etter to år var det gjennomført 69 familiesamtaler. I dag lever Marlene et aktivt liv, uten medisiner, etter å ha fullført høyere utdanning.

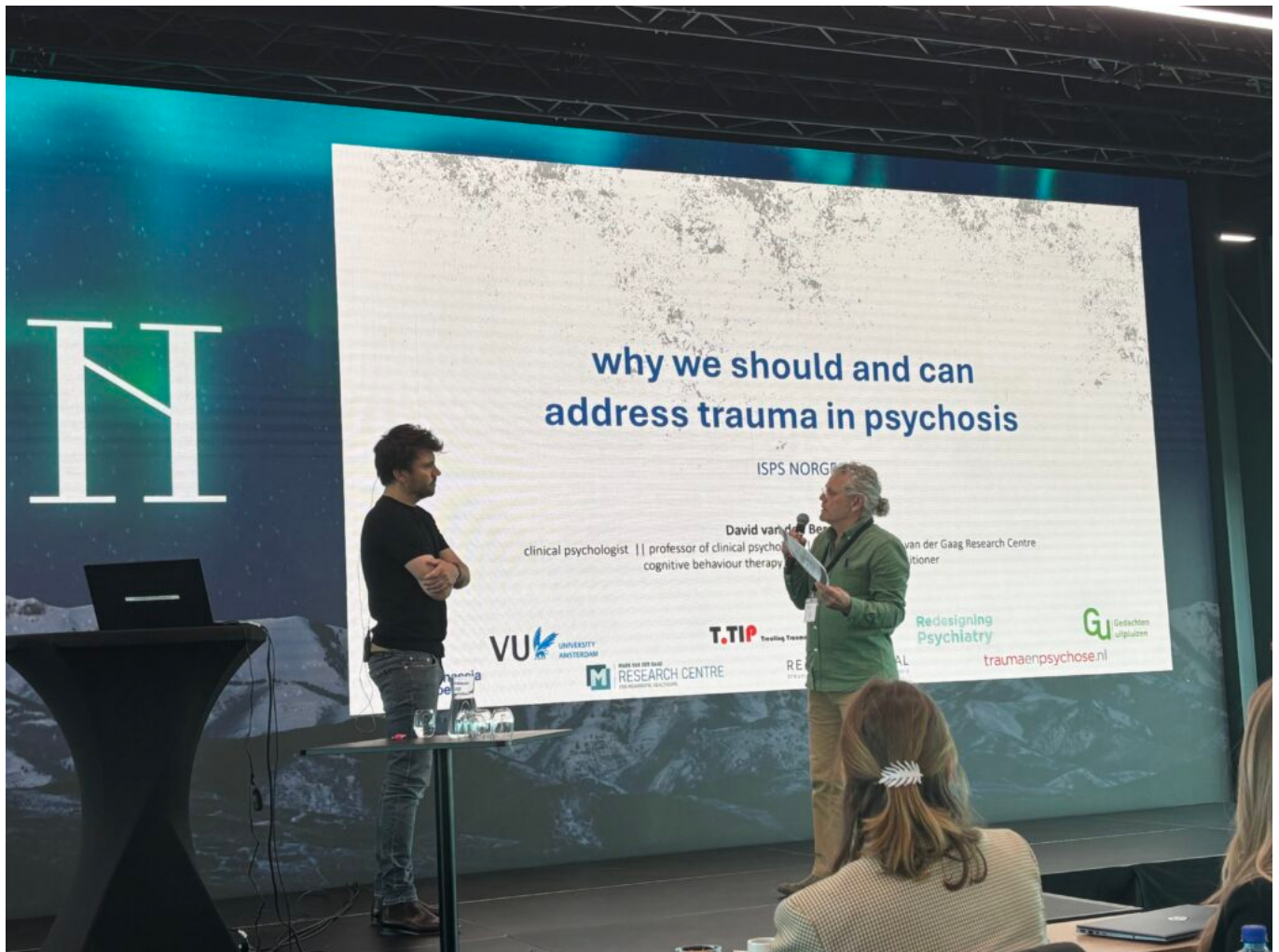
Hva som skjer mange steder er at vi bruker familiemedlemmer som informanter til å samle opplysninger om pasienten. Dette blir istedenfor å se familiemedlemmene som individer, som folk som er del av den pågående krisen, og særlig når vi snakker om psykoser. Det kan paralisere hele familier. Det kan paralisere samtaler og de uttrykte følelsene fordi folk er så redde.

De kommer tidlig i gang med samtaler (når folk først tar kontakt har de gjerne ventet lenge selv), og starter med dem som kan komme, men har også fokus på den som ikke er der, og det å få dem med inn. Hun viser til en mor som fortalte at hun forsøkte å beskytte brødrene ved å holde dem utenfor, mens i ettertid ser man at de burde vært med for å forstå bedre og kunne deltatt.

Et annet moment var det å ha fokus på å respondere på det som blir sagt i samtalen, istedenfor å tolke hele tiden. Man har ikke fokus på å forklare ting, men å lytte, og så reflektere rundt det som blir sagt.

Åpen Dialog er på fremmarsj. I 2021 koordinerte hun bidraget fra Vest-Lappland når de skulle være med og beskrive Åpen Dialog for [WHO's Quality Rights Initiative](#) (se [deres bidrag her](#)). Hun avsluttet med å ta opp endring i helsetjenestene for å tenke på en annen måte, og siterte en kollega av seg, Pekka Holm: "Do we act in such a way that the resources of our clients and their networks are increasing so that they will have more ability and power in their own lives?"

Why we should and can address trauma in Psychosis



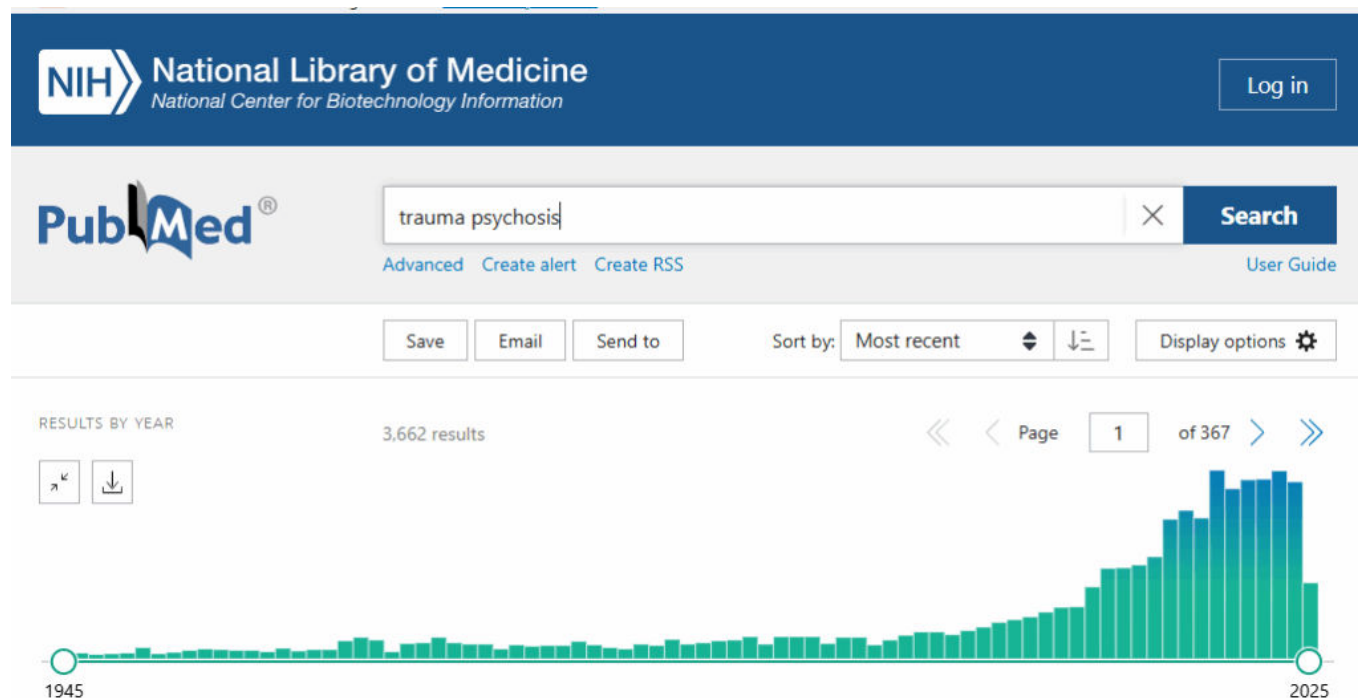
David van der Berg og Olav Løkvik. Foto: Fredrik Garmannslund

På [Facebook-siden til ISPS-Norge](#), ble David van der Berg presentert som “klinisk psykolog og forsker tilknyttet Parnassia Groep i Haag, Nederland. Han er spesialisert i kognitiv atferdsterapi for psykose og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I mars 2024 ble han utnevnt til professor i klinisk psykologi ved Vrije Universiteit Amsterdam, med en spesialstilling kalt “Complexity of Psychopathology: Intervention, Prevention and Models”.

Van den Berg leder også Mark van der Gaag Research Centre (MRC) og er frontfigur for Early Detection and Intervention Team (EDIT) Haaglanden ved Parnassia Groep.

Hans forskning fokuserer på å utvikle og implementere nye diagnostiske metoder og behandlingsformer innen psykisk helsevern, med særlig vekt på kompleksiteten i psykiske lidelser og hvordan biologiske, psykologiske og sosiale faktorer samspiller.”

David van der Berg har vært i Kristiansand tidligere, og i [2017 var han og snakket om traumer ved psykose](#). Han tok opp at det har vært en stadig økning i antall artikler som skrives om traume og psykose siden han begynte i 2008 (av 3662 resultater på artikler i oversikten under er omtrent halvparten av dem skrevet etter at han var i Kristiansand sist gang i 2017!).



Videre advarte han oss om at han hadde mye på hjertet og derfor ville snakke litt raskt. Temaer som han ville ta opp var:

Traumers rolle i utviklingen av psykose

Effektene av trauma-fokuserte intervensjoner i psykose

Psykologiske mekanismer

Innlemming av traumefokuserte intervensjoner i et bredere traume-informert rammeverk (f.eks. CBT-p(sykose))

Nye intervensjonsstudier som er pågående

van der Berg viste oss en film om traumer og psykose. Det var folk som hadde opplevd ulike traumer. Senere utviklet de psykosesyntomer, og ble diagnostisert med psykose og behandlet for psykoselidelse. Men de fikk først bedring da de kom inn i forskningsprogrammet TTIP (Treating Trauma in Psychosis), og god nytte av eksponeringsterapi og EMDR. Du kan se filen her:

TTIP Trauma and Psychosis mini documentary (English subtitles)



Han har vist oss mye forskningsresultater tidligere som viser sammenhengen mellom traumer og psykose, og at dess mer traumer dess høyere risiko for å få psykose. Han viste oss en del upubliserte data som jeg ikke kan gjengi her. Men han har nok av publiserte artikler å ta frem som eksempler. Artikkelen til de Bont et al (inkl. van der Berg) 2015 ([fulltekstartikkel](#), [pubmed](#)) så på sammenheng mellom traumer og psykose. Blant dem med psykotiske lidelser hadde 78% opplevd minst ett traume, 70% hadde to eller flere og 60% tre eller flere. De viste at emosjonell mishandling var mest vanlig (57.9%), etterfulgt av fysisk vold (41.6%), seksuelle overgrep (32.8%) og alvorlig omsorgssvikt (30.7%).

What Do Four Decades of Research Tell Us About the Association Between Childhood Adversity and Psychosis: An Updated and Extended Multi-Level Meta-Analysis

Lan Zhou, M.Sc., Iris E. C. Sommer, M.D., Ph.D., Pengyuan Yang, M.Sc., Lev Sikirin, M.Sc., Jim van Os, M.D., Ph.D., Richard P. Bentall, Ph.D., Filippo Varese, Ph.D., Marieke J. H. Begemann, Ph.D.

Objective: Estimating the current association between childhood adversity and the risk of psychosis is crucial for prevention and intervention. We provided an updated synthesis of evidence from the past four decades, expanded the available data by investigating a broad array of adversity subtypes, and explored sex differences and the age of psychosis onset as relevant factors.

Methods: We searched PubMed, EMBASE, PsycINFO, Web of Science, WANFANG, and CNKI, for case-control, cross-sectional and cohort studies on the association between adversity and psychotic symptoms/illness. Multi-level meta-analysis, prediction intervals calculation, and sensitivity analyses were conducted.

Results: The main analysis included 183 study samples (N=349,265), with 119 case-control studies (15,186 cases; 14,879 controls), 51 cross-sectional studies (N=299,659), and 13 cohort studies (N=19,541). Significant associations between

adversity and psychosis were observed across all study designs, yielding an overall odds ratio of 2.80 (95% CI=2.18, 3.60). Secondary analyses revealed that exposure to each adversity subtype increased the odds of psychosis, with the highest odds ratio (3.54 [95% CI=3.04, 4.13]) for emotional abuse, and the lowest odds ratio of (1.58 [95% CI=1.48, 1.68]) for parental antipathy. No statistically significant sex differences were observed, although the odds ratio for sexual abuse was higher for women. Onset of psychosis was earlier in adversity-exposed individuals (mean difference=-0.79 years, 95% CI=-1.47 to -0.12).

Conclusions: This is the largest meta-analysis to date on the association between childhood adversity and psychosis. The results have broad clinical implications, as they highlight the need for selective prevention of exposure to early adversities and the implementation of trauma-informed therapies in the treatment of psychosis.

Am J Psychiatry 2025; 182:360–372; doi: 10.1176/appi.ajp.20240456

Videre viste han oss en helt fersk meta-analyse ([Zhou et al april 2025](#), se over) hvor de har sett på sammenhengen mellom barndomstraumer og psykoser. Den inkluderer 183 studier med til sammen nesten 350.000 deltagere. Hovedfunnet i analysen er slående: personer som har opplevd motgang i barndommen ("childhood adversities") har en oddsratio på 2.80 for å utvikle psykose. Dette er bemerkelsesverdig likt funnene i en tidligere stor metaanalyse fra 2012, som fant en oddsratio på 2.78, men den nye studien baserer seg på langt flere studier og langt flere deltagere (fra 80.000 til 350.000). Studien her fant også en dose-respons-effekt og det er en ny meta-analyse på vei om dette emnet.

van der Berg viste til at dersom vi hadde hindret at barn ble utsatt for traumatiske hendelser ("child victimization"), så ville vi hatt 33% færre folk med psykose. Hvis vi klarte å redusere "child victimization" med 25% ville vi hatt nesten 14.000 personer færre med psykose i Norge (og 70 millioner færre mennesker i verden).

I tillegg til dataene på disse tingene er det også noe folk opplever selv, at det ligger traumer bak. Folk går gjerne og søker hjelp med et psykososialt perspektiv, men så blir de møtt med et sykdomsperspektiv. Han viste til studier som viste at etter en første psykosepisode var det studier som viste at 12,4-16% kunne fylle kriteriene for PTSD, og 33-45% på et PTSD-spekter. van der Berg konkluderte med at PTSD er underdiagnostisert hos psykosepasienter.

Han tok så for seg en norsk artikkel fra 2022, “Impact of childhood trauma on antipsychotic effectiveness in schizophrenia spectrum disorders” ([Mørkved et al 2022](#)) som undersøker om antipsykotika er like effektivt hos dem med barndomstraumer og hos dem uten. Man så at i starten av forløpet var det raskere respons på antipsykotika hos gruppen uten barndomstraumer, men denne forskjellen avtok med tiden. Etter 52 uker så de ikke lenger signifikant forskjell. Forfatterene konkluderte med en forsinket effekt hos dem med barndomstraumer, og at man her burde vente lenger før man ev. vurderte bytte av medikament. Ironisk nok bruker ofte de med traumer *mer* antipsykotika ifølge van der Berg.

Som ung kliniker ønsker van der Berg å fokusere på traumer hos personer med psykose, og han har villet undersøke om standard traumeintervensjoner er effektive, trygge og kostnadseffektive. Så de satte i gang med en pragmatisk studie hvor de randomiserte 155 folk i tre grupper. Alle fikk “standardbehandling”, men 1/3 fikk eksponeringsterapi, 1/3 EMDR og 1/3 på venteliste for dette, og de ga heller ikke full behandling, bare 8 terapisesjoner. Resultatet var utrolig, selv om noen av disse gjerne hadde hatt ubehandlet PTSD i over 20 år. De fant klar reduksjon i posttraumatisk-stressrespons og fikk store effektstørrelser ([van der Berg et al 2015](#)).

Å drive traumeterapi er en humpete vei. Det er basalt ved PTSD at man unngår ting, og vi bryter den unngåelsen, noe som kan gi forverring av symptomer. Siden de hadde data fra enkelttimer i studien nevnt i avsnittet over, så kunne de gjøre en sekundær analyse på dette ([Burger et al 2023](#)). De fant at både tidlig forverring og forverring mellom sesjoner var vanlig (hhv. 32,3% og 46,5%), men var urelatert til behandlingsrespons og drop-out-risiko. Så selv om man blir dårligere mellom timene, betyr ikke det at resultatet trenger å bli dårlig, og det er viktig å formidle dette. Samtidig la han her vekt på at det er begrenset hva man får ut av 8 timer med terapi. Det gjøres andre studier med flere timer, og viste bl.a. til en kinesisk studie.

(Jeg kommer ikke til å referere absolutt alt han sier, for van der Berg hadde – som han sa helt i starten av foredraget – mye på hjertet.)

Vi fikk vist en sjekkliste man kan bruke for å kartlegge traumatiske hendelser hos pasienter med psykose, “The Trauma and Life Events (TALE) checklist” ([Carr et al 2018](#), [norsk versjon](#)). Jeg fikk ikke med meg hvordan denne er bedre enn andre traumesjekklister bortsett fra at den er utviklet sammen med folk som har opplevd både traumer og psykoser, så kanskje den dekker traumer ved psykoser bedre?

Han gikk etter hvert over til å snakke om psykologiske mekanismer ved traume og psykose. Han snakket om en modell han hadde jobbet med sammen med bl.a. Amy Hardy fra King's College i London. De delte inn i tre hovedgrupper; 1) skjematiske “beliefs”, 2) emosjonsregulering/overlevelsestrategier og 3) episodisk minne. Det er vanskelig å ha

selvtillit og selvomsorg når du har vært mishandlet som barn. Traumer gjør også noe med emosjonene våre, og vi må tilpasse dem for å overleve. Vi danner overlevelsesstrategier. Det er adaptivt der og da, men det fører gjerne til at vi tar avstand fra andre og kommer i veien for å danne gode relasjoner med andre senere i livet.

CBT fokuserer gjerne på det første området. Traumeinformert CBT (CBTp) er traumet inkludert i forståelsen for hvorfor man erfarer og reagerer som man gjør. Samtidig prøver han også å jobbe med minner. Vi begynner med å sette minner i et hierarki. Hva luktet jeg, hva ser jeg, hva kjente jeg, hvem var der, hva var meningen bak? Etter hvert reprosesserer man minnet.

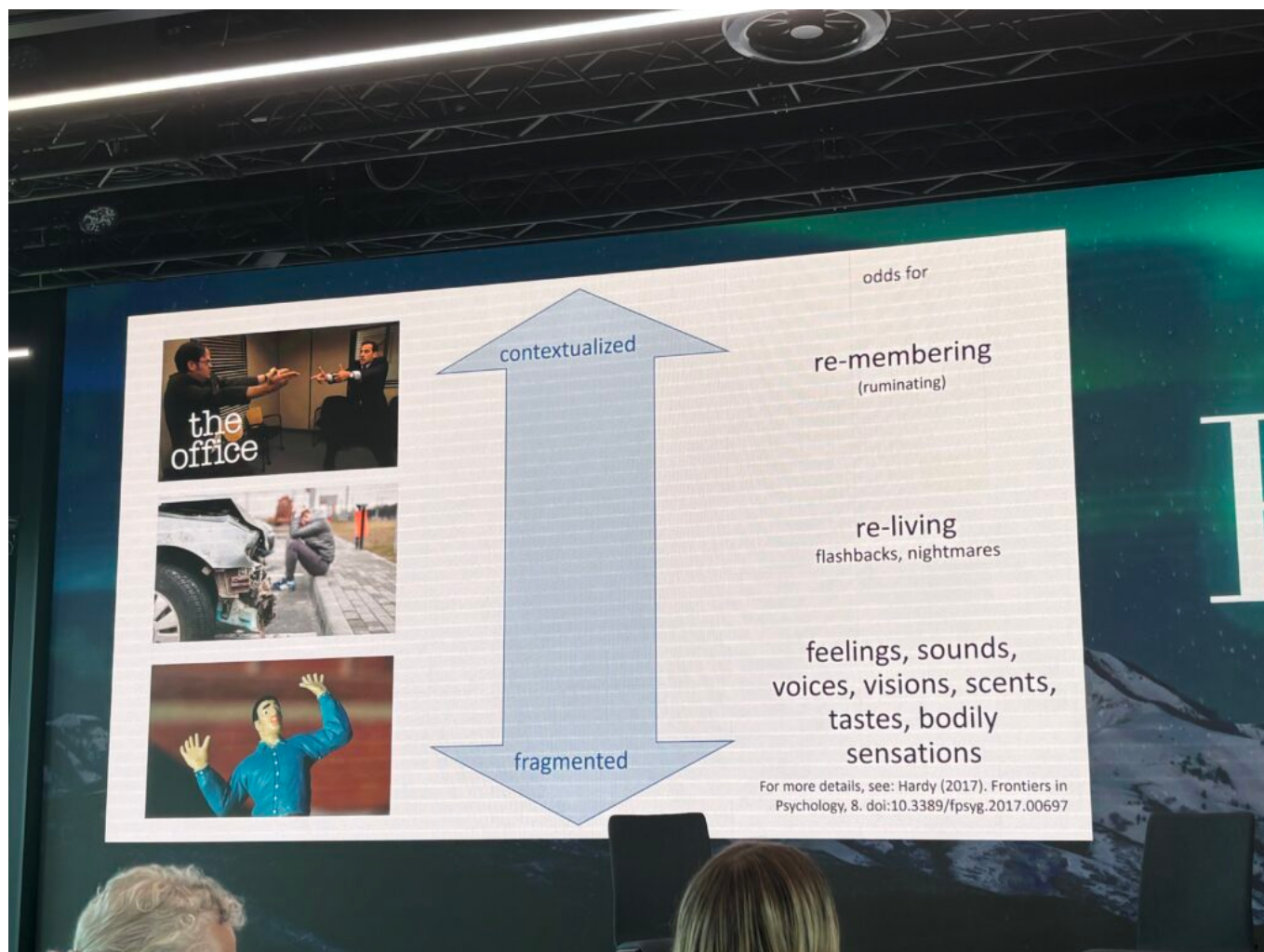


Foto: Fredrik Garmannslund

Han viste også til forskning de hadde gjort, men siden jeg har skrevet så mye her allerede lar jeg det bli med dette bildet her:

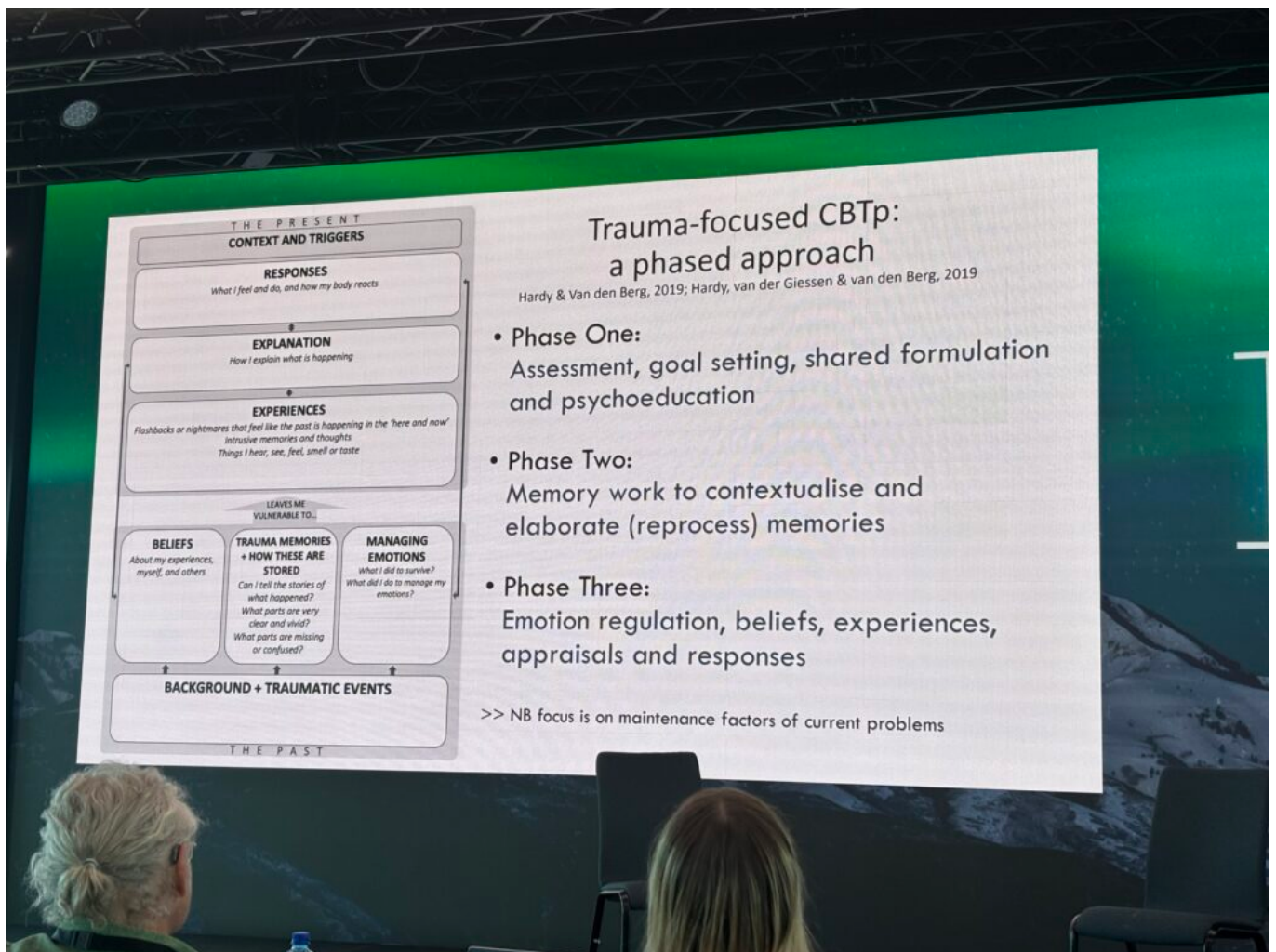


Foto: Fredrik Garmannslund

Konseptualisering-skjemaet til venstre i bildet over er hentet fra et kapittel van der Berg har skrevet sammen med Amy Hardy og Irene van de Giessen i boken "[A Clinical Introduction to Psychosis](#)" (kapittel 10) hvor de skriver om bl.a. CBTp.

Han avsluttet med følgende "Take-home messages". Traumer spiller en vesentlig rolle ved de fleste psykoser, vi bør trene klinikere i en traumesensitiv holdning, investere i kulturendring, og se etter traumer som en del av rutinen.

Moralsk krise i psykisk helsevern?



Heine StenkopfFoto: Fredrik Garmannslund

Etter foredraget var det satt av halvannen time til debatt. Men før debatt med panelet, fikk fagsjef og psykolog i RVTS Heine Stenkopf holde et innlegg på 20 minutter. Bakgrunnen for dette er at han hadde [et innlegg på RVTS sine nettsider](#) for et års tid siden hvor han kastet ut en hanske om at “Psykisk helse-feltet er i moralsk krise”. (Det kom også [en artikkel i Fædrelandsvennen](#) i mai ifjor.)

I tillegg til artikkelen deltok Stenkopf også på Arendalsuka ifjor “Bør vi legge ned psykisk helsevern?” Han la vekt på at det er en spissformulering. Men det handler om at rammene er ikke gode nok til å gjøre en god jobb. Det er for lite tid til å bygge gode relasjoner for å kunne gi dem den hjelpen vi trenger. De faglige modellene fanger heller ikke opp kompleksiteten i det vi jobber med. Strukturene er ikke der mht det vi skal gjøre. Det er ofte økonomi som styrer og det påvirker også språket. Det blir for mye kontroll og for lite tillitt. Vi utdanner folk kjempehøyt

og så gir man dem altfor trange direktiver for hvordan man skal holde på. Det blir for lite samarbeid med brukerne.

Tidsånden, zeitgeisten, er også at økonomien sniker seg inn i faget med nyliberalisme og rating. Hva er normaliteten? Det blir mye jakten på lykke, og samtiden tar ikke hensyn til at livet kan være mer tungt enn lett, og så overselger vi løsninger. Det blir for mange som kanaliseres inn i helsetjenesten [han har vist særlig til spesialisthelsetjenesten her].

Fagfolk som leser samme litteratur og ser de samme pasientene har likevel forskjellig forståelse for ting. Her ligger noe av kunnskapsdilemmaet. Vi forholder oss ikke til den objektive virkeligheten, men vi forholder oss til modeller av virkeligheten. Ingen av oss har de samme representasjonene i hjernen av de samme tingene, for ting fortolkes automatisk. Vi snakker derfor ikke om virkeligheten, men om modellene, og da kan man bli uenig. Vi må da heller drøfte modellene våre og hvilke modeller som er hensiktsmessige. Hvem er lykkelig blir en rar debatt hvis vi ikke er klare på hvordan vi definerer begrepet "lykkelig". Et molekyl ser heller ikke ut slik molekyl-modellen ser ut, men den sier noe om molekylet som gjør at vi kan bruke modellen. Ingen av modellene er sanne, men spørsmålet blir om modellen er nyttig.

Det han ikke kom så veldig inn på i innlegget sitt, men som du kan lese om i lenkene over, er at kanskje (spesialist)helsetjenesten bør konsentrere seg om de aller sykeste, og så bør man heller gå ut og jobbe der folk lever livene sine, og at det kan være mer hensiktsmessig.



Jan Olav Johannessen, Anna Cecilie Jentoft (landsstyreleder i LLP), Lars Lien (leder NPF), Espen Gade Rolland (leder av NSF SpOR), Ole-Marius Minde Johansen (landsleder Mental Helse) og Heine Stenkopf fra RVTS Sør. Foto: Fredrik Garmannslund

Etter innlegget ble panelet presentert. Det var Anna Cecilie Jentoft (landsstyreleder i LLP), Lars Lien (leder NPF), Espen Gade Rolland (leder av NSF SpOR), Ole-Marius Minde Johansen (landsleder Mental Helse) og Heine Stenkopf fra RVTS Sør. Disse skulle få 5 minutter hver til å snakke før man åpnet for debatt som ville inkludere innlegg fra salen.

(Jeg minner om at siden dette er en blogg og ikke journalistisk arbeid, så er det ingen av foredragsholderene eller debattdeltagerene som har fått anledning til å lese gjennom hva jeg har sitert dem på. Det kan derfor forekomme feil, og at folk blir tillagt noe de ikke har sagt, selv om jeg prøver å unngå det. Så hvis du reagerer veldig på noe jeg skriver en eller annen har sagt, så husk at det kan være en feil som har sneket seg inn via meg. Jeg får heller ikke med meg alt.)

Først ut var Ole-Marius Minde Johansen fra Mental Helse (MH). Han følte miljøene ble stadig mindre siden han etter hvert så flere og flere kjente fjes på disse konferansene. Han tenker at de i MH er en kunnskapsbase med sine erfaringer. De er heller ikke ute etter å ta folk som jobber i helsevesenet og ser at de også står i press. De ser at spesialisthelsetjenesten blir mer spesialisert. Man har hørt og sagt at man skal søke hjelp, og da ønsker man å snakke med dem som kan det. Frustrasjonen gjør det vanskelig å komme fremover. Det er delte meninger i MH om man bør legge ned psykisk helsevern. De har dem som har opplevd tvang og andre vonde ting som vil avskaffe det, og det er dem som har opplevd god hjelp. Det er bra at man satser på de mest alvorlig syke, men når man da ber folk med “lettere” og mer “moderate” psykiske lidelser søke hjelp i kommunen, så er det ikke alltid at kommunen er i stand til å gi den hjelpen. Han tok også opp at normaliteten er snevret inn, og der “bygdetullingene” tidligere fikk være i fred, så ringer folk politiet nå med en gang.

Neste paneldeltager ut var Anna Cecilie Jentoft som er landsstyreleder i Landsforeningen for pårørende og etterlatte innen psykisk helse og rop-lidelser (LPP). Hun tok opp at når de snakket om dilemmaer som man møter, så glemmer man en stor gruppe, *de pårørende*. Og det er derfor de blir så “vanskelige” å ha med å gjøre, siden de ikke blir tatt med. Hvis vi skal bygge noe nytt, er det bare godt. Da er det viktige at brukere og pårørende blir med, ikke som alibi, men som faktiske medvirkende. Det må også være tilrettelagt for at alle kan bruke det. Det må være rom for mestring. Hun gikk inn på begrepet “institusjon” som et ord som kan gjøre folk usikre. Vi må bygge relasjoner og hjelpe til å bygge livet der ute, for ingen er pasienter hele livet. Mange henvises til dem man er mest enig i, at man kan shoppe behandler, og det er kanskje ikke alltid like bra. Det er også et dilemma at den som ser pasienten minst (ofte psykiateren) er også den som bestemmer mest. Man havner i et skjemahelelte som passer best for den som fyller ut skjemaet og ikke den det handler om; på helsestasjonen får du vite at barnet følger kurven “sin”, en kurve bestemt av [andre](#). Når Nav ringer opp og spør om hvordan skal jeg snakke med den psykisk syke, så kan de kanskje slutte å kalle dem psykisk syke og bruke navnet deres istedenfor, så kan det være at man får en god start. Hun hadde aldri blitt

spurt hvordan man skal snakke med en diabetiker. Disse blir satt i en bås uansett, “det er hun med den psykotiske moren” eller “med den rusa faren”. Og hvem er det som definerer et liv som fungerer?

Lars Lien, leder for Norsk Psykiatrisk Forening, fikk så mikrofonen. Lien er redd for at hvis vi hele tiden snakker om rammer, så glemmer vi at vi er det landet i verden som bruker mest på psykisk helse. Han mener vi heller må se på hvordan vi bruker de ressursene vi har. Det er mange forslag om å forbedre ting uten å bruke mer penger, og heller se på hvordan vi jobber. Ikke alle skal gjøre alt. Han viste til at han hadde vært sykehusdirektør i mange år, og var ikke så redd for økonomispråket. Men når økonomi blir kun knyttet opp mot rapportering, så blir det galt. Å sitte en halv dag og fylle ut et TUD-vedtak (tvangsvedtak) på 9 sider føles meningsløst. At alle er fornøyd er ikke noe vi kan få til. Det handler om kompleksiteten, og vi vil aldri nå en nullvisjon. Lien er også redd for at vi får et ekstremt diagnosesamfunn. Samtidig må vi da bli flinkere til å skille mellom alvorlige sykdommer og det som er mer livsutfordringer. Fagfolk har alltid ment ulike ting, og vi trenger ulike syn. Han skulle ønske at vi hadde en felles agenda som kreftforeningen. Han tok opp at de som sitter i panelet samt leder i Norsk Psykologforening har kommet med en [felleserklæring på ti punkter](#) for bedre psykisk helse, så det er noe man er enig i. Men han er redd at det kan bli et stort problem hvis man får en altfor stor antipsykiatri-bevegelse som mener at vi ikke trenger noe psykisk helsevern, diagnoser eller spesifikk behandling, og han nevnte at den europeiske psykiatreforeningen har satt ned en egen task force for å jobbe med dette. Han tok opp at samhandlingen fungerer for dårlig, at spesialisthelsetjenesten kunne blitt bedre til overføringene, men også at ingen er klar til å ta imot. Det vi kan være enige om er at vi trenger flere senger før han nevnte begrepet “palliativ psykiatri” uten å si noe mer på dette tidspunktet.

Så gikk turen til Espen Gade Rolland som er leder av Norsk Sykepleierforbunds (NSF) faggruppe innen psykisk helse og rus (SpOR). Han støttet at mye handler om ressurser, ikke bare penger, men også innholdet i tjenestene. Han tok opp at det er viktig at sykehusene prioriterer kompetanse hos fagfolkene. Det er sjelden man ikke sender en røntgenmaskin til nødvendig oppdatering grunnet økonomi, mens man sier gjerne nei til en faglig oppdatering. Han tok opp problemstillinger som at epikrisetid er viktigere enn innholdet i epikrisen. Folk skal få rask hjelp (reduisert ventetid), men innholdet i den hjelpen de da får er ikke alltid like god. Selv om man får betalt, så tar gjerne ansatte på seg ekstra arbeid av forpliktelse. Videre kom han inn på det at man lever i en kontekst, i relasjoner, i familier. Han tar opp at det sentraliseres mye, med større enheter, som står i motsetning til behovet for å ha et desentralisert tilbud. Man kan ikke forvente at man sitter i Tana, blir sendt til Tromsø i 2 uker, og så kommer tilbake igjen og er frisk. Men hva skal vi gjøre? Vi må forene oss og argumentere overfor dem som bestemmer. Vi har felles mål som vi fronter, selv om vi har forskjellige meninger på andre felt. Så er det et paradoks at vi bruker mye penger på psykisk helse, og likevel en høy andel av folk som rapporterer om psykiske helseplager.

Stenkopf fikk tilbake ordet. Han tok opp Kurtis innlegg tidligere på dagen hvor man hadde tilbudt en pasient 69 samtaler, team og fleksibilitet, og det var folk i salen da som lurte på hvordan får de til det? Han tror ikke vi trenger flere penger, men at vi må tenke på hvordan vi gjør det. Vi må også ha fokus på å støtte folk der de lever livet sitt. Jan Olav Johannesen tok opp at Stenkopf har uttalt at psykiatrien skal være forbeholdt de virkelig syke. Stenkopf bekrefter at man lett kan føle seg krenket av dette, "er jeg ikke syk nok?". Hva er samfunnsfortellingen eller tidsåndens fortelling om hva vi skal bruke helsevesenet til? Og hva tilhører livet? Det er knapt et menneske som ikke har et liv som er bulkete. Men mye av dette skal til vennene ens, til ektefellen. Før hadde vi et større nettverk, og nå har vi mindre. Hva skal vi fylle dette tomrommet med, er det helsevesenet? Psykisk helse handler om hvordan vi organiserer helsevesenet.

Etter alle hadde fått sagt sitt var det litt mer friere debatt. Jentoft tok opp at diagnoser gjerne etterspørres i samfunnet. Hun tror også at nettverkene nå er annerledes.

Det ble tatt opp at de skal ha et nytt arrangement på Arendalsuka i år hvor de skal jobbe videre med uenighetene. Han løftet frem et punkt om at alle skal ha rett til skolegang. Samtidig er ikke det noe psykiaterene, psykologene og sykepleierene som kan gjøre dette, men det er viktig at vi er med og danner grunnlaget for det.

Det ble stilt flere spørsmål fra salen. Hvis vi skal være mer selektiv, hvem skal vi da avvise? Er det funksjonsnivået og forventet nytte? Kanskje må vi ha mer dialog mellom pasient, henviser og spesialisthelsetjenesten? Å bli henvist til poliklinikk og så få brev tilbake igjen at du ikke er syk nok løser ingenting. Da må man heller gi gode råd om hva man ellers skal gjøre.

Skarpe skiller mellom primær- og sekundærhelsetjeneste ble nevnt som en utfordring. FACT-modell ble nevnt på samarbeid som fungerte bra. Finland har også et prosjekt her som ser på dette. Ellers var det flere spørsmål for salen som blir for omfattende å ta med her.

Broen til Gaza



Mads Gilbert. Foto: Fredrik Garmannslund

Mads Gilbert trenger trolig ikke så mye introduksjon da han bør være godt kjent for de fleste gjennom sitt engasjement og hjelpearbeid i Gaza gjennom mange år. I Norge jobber han som lege på luftambulansen.

Han advarte oss om en brutal reise gjennom det han skulle presentere, ting som ikke kommer på Dagsrevyen, ting som ikke blir kommentert av Jonas Gahr Støre.

Han la vekt på at han ikke liker å bli sett på som en helt. De ekte heltene er de lokale palestinske helsearbeiderene som aldri gir seg og aldri forlater folket, og over 1300 av dem er blitt drept i Gaza de siste 18 månedene.

Gaza er omtrent like stort som Mjøsa, og det er 2 millioner mennesker som bor der, hvorav over 1 million mennesker med medianalder på 18 år. De er sperret inne, og det er den største barnegettoen i verden, og hvor barn drepes med vilje. Han kritiserte norske myndigheter for å ikke en gang trekke ut oljefondet.

Han fortalte om alt som er ødelagt i Gaza. Hvordan moskeer er ødelagt med vilje for å bryte ned motstand. Han ville snakke om hvordan den sensoriske traumatiseringen, angrepet på kulturen og familien påvirker folk. Han spilte av flere filmer for oss med høy lyd for å gi oss noe av inntrykket av hvordan det oppleves å være på Gaza når det bombes.

Vi fikk se bilder av hvordan de jobbet. Det er hard triagering. En person som kan reddes i Norge ved å jobbe ved operasjonsbordet i flere timer, kan de ikke prioritere å redde, da det er mange i kø med mindre skader som kan reddes med mindre innsats. Derfor har de en regel om at det ikke er lov med operasjoner som tar mer enn en time. Man må holde fokus på selve jobben man gjør, og ikke begynne å kjenne lukten av vått barnehår eller andre ting.



Foto: Fredrik Garmannslund

Gaza i dag – hvilken bro? Bildet over er et FN-kart som kommer to ganger i uken i en rapport kalt [Reported impact snapshot Gaza](#). De røde og fiolette områder er hvor Israel har reokkupert Gaza og du blir drept hvis du går i disse sonene, og det utgjør nå nesten 70% av Gaza. Så det som allerede var trangt område å bo på er blitt redusert med 2/3. Folk er tvangsevakuert til teltleirer som blir bombet om natten. Dette gjøres for at det skal bli så forferdelig at folk skal “velge” å dra. Så Gaza nå er et bittelite område hvor disse menneskene skal prøve å overleve.

Vi kan lett få et kolonialt blikk hvor vi ser svikt og ikke mestring, men Gilbert har lært å få et mer nyansert syn på det. Folk står på og har ikke tenkt å gi seg. Han viste bilder av folk som prøver å overleve og viste et bilde av en mann som stod på ett ben og hadde laget et sandornament. Flere andre historier ble presentert.

Det var et sterkt emosjonelt innslag, og jeg kunne ha begynt å gråte om det ikke var for sinne man også kjenner på når man ser lidelsene folk på Gaza blir utsatt for. De har drept ambulansearbeidere. Det drepes 50 palestinere hvert døgn. De har bombet og ødelagt alle universitetene, bibliotekene, arkivene og arkeologiske utgravingsstedene i Gaza. Dette er et [epistemicid](#) hvor man utrydder et folks kunnskap som alltid har vært en del av kolonimakter.

Verden sitter stille og ser på, og vi trekker ikke ut oljefondet. Han viste til Desmond Tutu: “If you are neutral in situations of injustice, you have chosen the side of the oppressor.” Han oppfordrer oss til å ta stilling til dette. Solidaritet er ikke veldedighet, men felles handlinger mellom mennesker som slåss for de samme målene på forskjellige steder.

Til slutt ga han oss en liste over gode referanser som han anbefalte:

1. [Jabr, S., & Berger, E. \(2023\)](#). Community mental health, psychoanalysis, and freedom: The case of Palestine. *Int. J of Applied Psychoanalytic Studies*, 20(2), 285–301.
2. Veronese, G., & Pepe, A. (2018). The psychological impact of the Israeli–Palestinian conflict on Palestinian adults: A qualitative study. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(4), 349–368. <https://doi.org/10.1177/0022167817711607>
3. [Veronese, G., & Pepe, A. \(2022\)](#). Burnout syndrome, symptoms of trauma, and psychological distress in Palestinian healthcare professionals: the protective role of spiritual wellbeing. *Mental Health, Religion & Culture*, 25(2), 144–161.
4. [Veronese, G., Pepe, A., Massaiu, I., De Mol, A. S., & Robbins, I. \(2017\)](#). Posttraumatic growth is related to subjective well-being of aid workers exposed to cumulative trauma in Palestine. *Transcultural Psychiatry*, 54(3), 332–356.
5. Veronese, G., Castiglioni, M., Said, M., & Yaghi, D. (2024). Tarkiz: A metacognitive trauma intervention for adolescents in Gaza. *Frontiers in Psychology*, 15, 1128939. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1128939>

6. Slone, M., & Shoshani, A. (2022). Intergenerational transmission of trauma and resilience in war-exposed Palestinian families in Gaza. *Child Psychiatry & Human Development*, 53(3), 395–407. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01205-7>