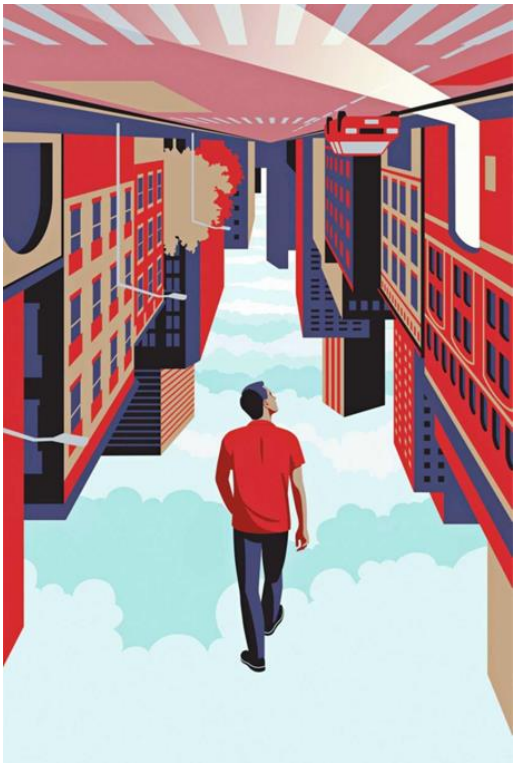
Psykiateren

Nr. 3 august 2018



Kilde: Joey Guidone für DIE ZEIT; kl. Foto: Arne Dedert/dpa

Innhold

- Ensretting av behandling for psykiske lidelser? 2
- Tilsynsmeldingen fra Helsetilsynet 3
- Avatarbasert behandling av psykiske lidelser 4
- ICD-11: En statusoppdatering 6
- Ragnhild Husby – norsk pionér i psykoterapiforskning 8
- Kurs i konsultasjon-liaisonpsykiatri Berlin 9
- Verdensdagen for psykisk helse 10de oktober 10

-fortsettelse neste side-

- Tilbakefall av psykose etter seponering av antipsykotika 11
- Bjørn Østberg 80 år 12
- Kvalitativ studie om behandlingseffekten av en recoverymodell 14
- Fjorten dager før frostnettene 16

ENSRETTING AV BEHANDLING FOR PSYKISKE LIDELSER?

Innføringen av såkalt evidensbasert medisin brakte mye positivt med seg. Leger måtte *også* forholde seg til resultater av studier hvor pasientene ble tilfeldig fordelt i en eller flere behandlingsgrupper og i en sammenligningsgruppe: standard behandling eller ingen spesifikk behandling, f.eks. venteliste for psykoterapi eller placebotabletter (randomisert klinisk studie – RCT). Men fra å være ett av flere utgangspunkt for å velge riktig behandling, ser vi i dag en utvikling mot at viktig klinisk informasjon ikke lenger tillegges vekt. Nasjonale retningslinjer for behandling av psykiske lidelser vektlegger kun RCT. Om den undersøkte populasjonen i en RCT-studie har lite felles med en pasient vi skal behandle spiller ingen rolle selv om vi vet at felles diagnose ikke er egnet som eneste kriterium for å velge behandling.

Nasjonale retningslinjer bryr seg heller ikke om det foreligger samtidig somatisk sykdom selv om det kan ha stor betydning for valg av behandling. Heller ikke utkastene til

pakkeforløp gjør det. Logikken er at hvis 60% har en viss nytte av én type behandling, mens 40% ikke har det, skal også de 40% først gis den uvirksomme behandlingen, basta!

Situasjonen er blitt ytterligere forverret ved at Helsedirektoratet nå har innført såkalte metodevurderinger. Her bemyndiger de egenhendig personer til å vurdere kunnskapsstaus for ulike behandlingsmåter. Prosessen er dels ugjennomsiktig, de facto uten ekstern kontroll av om prosessen og konklusjonene holder faglig mål. Faglige observasjoner, erfaringer og vurderinger fra klinikere teller ikke! Det er skremmende fordi HDir skriver at konklusjonene SKAL følges av legene og SKAL innføres i de nasjonale behandlingsretningslinjene. Er HDir er i ferd med å bli en diktatorisk myndighet for hva man skal gjøre faglig?

Det krever høy faglighet og også til en viss også grad sivilt mot å gå imot helsemyndighetenes og kunnskapssentrenes devaluering av kliniske observasjoner, klinisk erfaring og sunt klinisk skjønn. I kraft av våre kunnskaper om både kroppen og psyken bør vi psykiatere ha særlig ansvar for å kjempe mot ukritisk implementering av metodevurderinger og nasjonale retningslinjer. Dette er en utvikling som både Legeforeningen og Norsk psykiatrisk forening har grepet fatt i. Som illustrert på bildet der verftsarbeideren Gustav Wegert ved Blohm & Voss i Hamburg i 1936 nekter å gjøre honnør for ensrettingen. På samme måte vil Npf ikke akseptere ensrettingen som HDir nå legger opp til.

Ulrik Fredrik Malt

Styreleder Npf

TILSYNSMELDINGEN FRA

HELSETILSYNET

2017 meldingen har flere punkter som er viktige påminnelser også for psykiatere

- Noen ganger **ønsker leger å få vite hvordan det har gått med en pasient som man har behandlet,** men som man ikke lenger har behandlingsansvar for. Vi har da IKKE

lov til å gå inn i pasientens journal hvis vi har tilgang til journalen. Vi må faktisk be pasienten om tillatelse til å slå opp i dennes journal.

- Hvis **pårørende sier de har fått tillatelse til å se en pasients journal, eller kommer med skriftlig tillatelse fra pasienten om dette,** er det ikke tilstrekkelig til at en lege med tilgang til journaler kan vise pårørende journalen. Legen må også henvende seg til *behandlingsansvarlig lege* og eksplisitt be om å få innsyn i journalen. Det er det samme regelverket som gjelder for en pasients eget ønske om å se sin journal. Henvendelsen skal skje til behandlende lege, eller hvis pasienten ikke lenger er i behandling, avdelingsleder ved det DPSet eller sykehusavdelingen hvor pasienten ble behandlet.
- Rusmiddelmisbruk er den vanligste årsaken til at **leger mister autorisasjon**. **For å få tilbake autorisasjonen kreves** at det kan dokumenteres at legen har gjennomgått psykoterapeutisk behandling over en lengre periode med fokus på årsakene til rusmiddelproblemet og hvordan stress og belastninger kan mestres uten å ty til rusmidler. Man må også ha vært rusfri i minst to år dokumentert ved kontinuerlig (en eller flere ganger per uke) pusteprøver, urin eller blodprøver som dokumenterer fravær av rusmiddelbruk. Retningslinjer finner man i rundskriv IK-2/2017 fra Statens helsetilsyn.

AVATARBASERT BEHANDLING AV PSYKISKE LIDELSER

Kilde: https://www.dorkjournal.com/2017/04/04/avatar-2-sigourney-weaver-says-filming-starts-in-autumn-2017/

Behandling ved hjelp av en avatar er en ny behandling for visse psykiske lidelser. Professor Leff utviklet behandlingen for å motvirke devaluerende eller perskutoriske hørselshallusinasjoner når medikasjon ikke hadde effekt. Avataren lages på en datamaskin av pasienten for å gi stemmene de hører et ansikt. Pasienten sitter ansikt til ansikt med Avataren på datamaskinen. Avataren programmeres til å si de devaluerende eller perskutoriske kommentarerene som pasienten hører samtidig som pasienten i samarbeid med terapeuten læres opp til å utfordre stemmene. På den måten vil stemmene gradvis bli kontrollert av pasienten selv. Parallelt med at pasienten blir flinkere og flinkere til å utfordre stemmene (Avataren), er denne programmert til gradvis å endre respons mot mindre devaluering og utsagn om forfølgelse.

Hver behandlingssesjon er relativt kort, 6 ganger á 10 minutter. Prinsippet minner om «stopp-teknikken» som for mange år siden ble utviklet for behandling av tvangstanker, men er selvfølgelig svært mye mer avansert og designet med pasientens individuelle halllusinasjoner for øyet.

Kilde: https://phon.ucl.ac.uk/project/avtherapy/

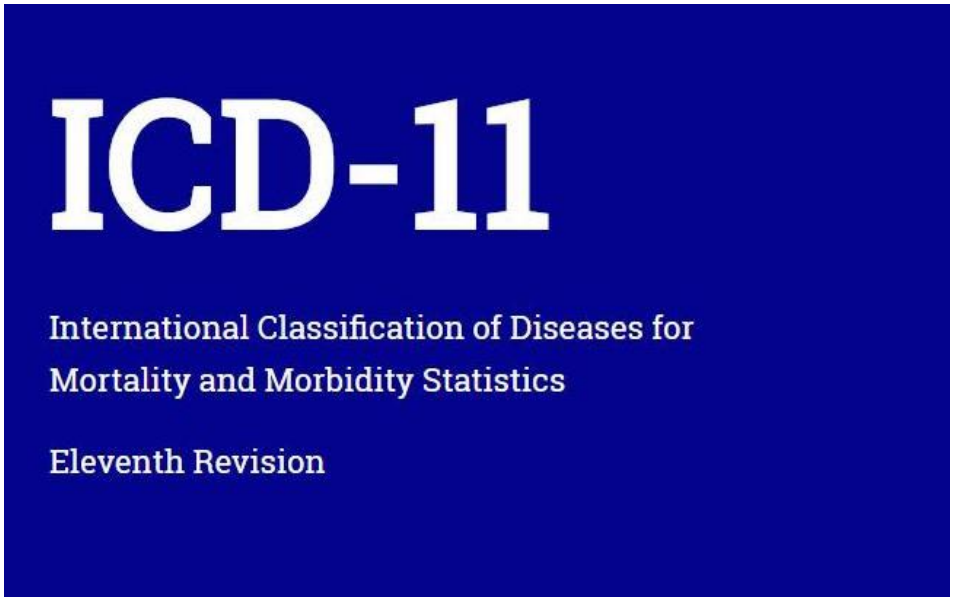
Undersøkelser tyder på at avatarbehandling er effektiv som supplement til annen behandling *[Craig TK, et al. AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a*

single-blind, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2018 Jan;5(1):31-40. (Erratum in: Lancet Psychiatry. 2017 Nov 29]. Behandlingsteknikken er stadig under utvikling. F.eks. er avatarbehandling nylig kombinert med virtuell virkelighetsbasert behandling (virtual reality – VR) med gode effekter *(f.eks. du Sert OP, et al. Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. Schizophr Res. 2018 Feb 24. pii: S0920-9964(18)30108-7. doi: 10.1016/j.schres.2018.02.031. [Epub ahead of print] ; (Freeman D, et al. Automated psychological therapy using immersive virtual reality for treatment of fear of heights: a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2018; Published Online July 11, 2018 http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30226-8).* Også innen andre områder av medisin er avatarbehandling under utvikling.

På nettsiden *http://www.avatartherapy.co.uk/* kan man se en kort video som viser behandlingen i praksis. Der står også kontaktadresser for klinikere som ønsker å lære hvordan man gjennomfører avatarbehandling.

ICD-11: EN STATUSOPPDATERING

World Health Organization (WHO; Verdens helseorganisasjon) har nå gjort International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) tilgjengelig i sin endelige utgave (https://icd.who.int). ICD-11 har 20 kapitler som omhandler ulike sykdommer og lidelser inklusive medfødte misdannelser. I tillegg kommer en gruppe for symptomer, kliniske tegn



og funn som oppfattes som fysisk eller psykisk lidelse dog uten at tilstanden kan klassifiseres annet sted. Som i ICD-10 er det også egne kapitler for skader og forgiftninger, ytre årsaker til

sykdom eller død, forhold som påvirker helse eller fører til kontakt med helsevesenet, koder for særlig anvendelse og seksjon for funksjonell vurdering.

Innen områdene for psykiske lidelser er det flere endringer i ICD-11 i forhold til ICD-10. Bl.a. er samlemani (hoarding disorder) og trichotillomani plassert som en egne tilstander innenfor gruppen tvangslidelser. Betegnelsen somatoforme lidelser er erstattet med kroppsstresslidelse (Body distress disorder). Avhengighet av pengespill og internettspill er plassert under lidelser kjennetegnet ved rusmiddelmisbruk og lidelser relatert til avhengighet (addiction). Interessant er også et kapittel 26 som omhandler klassifikasjon av tilstander man finner innen kinesisk, koreansk og japansk medisin som faller utenom (den vestlige dominerte) sykdomsklassifikasjonen.

ICD-10 har tre ulike grupper av lidelser relatert til kjønnsidentitet og seksualitet: F64 Kjønnsidentitetsforstyrrelser som transseksualisme og transvestittisme, F65 Forstyrrelser i seksuelle objektvalg inkl. fetisjisme, pedofili, sadomasochisme og F66 Psykiske og adferdsmessige forstyrrelser forbundet med seksuell utvikling og legning. I kapitlet om psykiske lidelser har *ICD-11* bare beholdt betegenelsen parafili, men lister ikke opp transvestittisme. Sadomasochisme er også fjernet. En rekke andre tilstander relatert til seksualitet er fortsatt med i klassifikasjonssystemet for sykdommer, men nå under eget kapittel (nr. 17) kalt «tilstander relatert til psykisk helse». Her finne man blant annet transseksualisme (gender dysphoria) og tilstander som psykogen impotens og dyspareuni.

Det vil ta mange år før vi i Norge vil gå over fra ICD-10 til ICD-11. De ulike land som er med i WHO må først godkjenne ICD-11. Det vil først skje i 2019. Dernest vil det medgå mye arbeid før ICD-11 kan implementeres i de ulike land. WHO antar at den engelske ICD-11 versjonen først kan tas i bruk i 2022 (i de land som bruker engelsk versjon, f.eks. Storbritannia og Australia). Hvor lenge det tar før ICD-11 kommer i norsk versjon og erstatter ICD-10, er usikkert. Det tok ni år (1990-1999) fra ICD-10 var godkjent til en norsk versjon av ICD-10 ble innført. Hvis implementeringen finner sted i samme tempo som den gang betyr det at ICD-11 først vil være offisiell norsk klassifikasjon fra 2027!. Så selv om ICD-11 er interessant, må man i norsk psykiatri fortsatt i mange år fremover forholde seg til ICD-10. - *ufm*

RAGNHILD HUSBY – NORSK PIONÉR I PSYKOTERAPIFORSKNING.

Da professor Ragnhild Husby (1936 -2002) i 1983 disputerte for den medisinske doktorgrad med avhandlingen: «Measured effects of short-time dynamic psychotherapy», representerte dette en milepæl i norsk psykiatri. Dette var den første avhandling som var basert på en empirisk studie av psykoterapi. Prosjektet startet i 1971 av gruppe psykoterapeuter med veiledning av amerikaneren Peter Sifneos. 46 pasienter ble fulgt etter 1\2, 1 og 2 år. I stedet for å gjøre en randomisert studie, valgte man en evalueringsmetode som brukes alt for lite i evaluering av klinisk virksomhet. Hver pasient var sin egen kontroll. Før behandlingsstart ble det vurdert hvilke forandringer som for den enkelte pasienten ville innebære en moderat eller betydelig bedring (eller ingen bedring) ved senere oppfølgingsundersøkelse. Vurderingen av om denne endring hadde funnet sted, ble så vurdert med en reliabel metode. For eksempel: håndterte pasienten bedre den konkrete situasjonen som før

psykoterapi hadde utløst eller forverret symptomene? Ragnhild Husby var den i gruppen som førte dette arbeidet frem til doktorgrad. Professor Per Høglænd fortsatte psykoterapiforskningen som Husby og kolleger la et grunnlag for. Det har blitt mange doktorgrader og en internasjonal posisjon. – *Per Vaglum*

KURS I KONSULTASJON-LIAISON PSYKIATRI I BERLIN

4. – 6. oktober 2018 arrangeres det årlige høstkurset i psykiatri ved samtidig somatisk sykdom. Internasjonale deltagere tilbys undervisning på engelsk, men det finnes også et parallelt gående kurs på tysk. Pausene er felles og gir rikelig anledning til å bli kjent med andre psykiatere som arbeider med C-L psykiatri i og utenfor Tyskland. Kurset finner sted på området til et gammelt ærverdig sykehus i Berlin – Lichtenberg: *Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH).* Det er gode og rimelige hoteller i nærheten. Ønskes nærmere informasjon om kurset fra tidligere norsk deltager, kontakt professor og leder av enhet for konsultasjon-liaison psykiatrisk enhet ved Rikshospitalet Birgitte Boye (bboye@ous-hf.no). Mer info og påmelding skjer til Inga Pontow, terapi og utdanningskoordinator ved KEH, telefon +49 30 5472 4387; i.pontow@keh-de.

VERDENSDAGEN FOR PSYKISK HELSE

10de oktober er Verdensdagen for psykiske helse. Verdensdagen har vært arrangert siden 1992 og markeres med ulike arrangementer omkring 10de oktober i 150 land. Verdensdagen for psykisk helse har egen nett side (www.verdensdagen.no).

FAGSEMINAR OG KVELDSMØTE 15. OKTOBER

I anledning verdensdagen for psykisk helse arrangerer Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus et seminar for fagpersoner og et kveldsmøte for publikum 15. oktober. Temaet for **fagseminaret** er «**Personlighetsforstyrrelser – en oppdatering for klinikere»**. Forelesere er blant andre Mike Crawford, Theresa Wilberg, Hans Ole Korsgaard, Elfrida Kvarstein og Anita Tørmoen. Det er søkt om godkjennelse som tellende kurs i videre- og etterutdanning for spesialitetene psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmennmedisin. Det kreves påmelding til fagseminaret, som varer kl 10-16. Ingen kursavgift.

Tittelen for det **åpne kveldsmøtet** er «**Personlighet i trøbbel**». Bidragsytere er blant andre Eivind Normann-Eide, Randi Rosenqvist, Sigmund Karterud og Harald Eia. Kveldsmøtet varer kl 17.30-20. Gratis adgang. Ingen påmelding. Åpent for alle.

Begge arrangementene finner sted i store auditorium på Rikshospitalet, Sognsvannsveien 20, Oslo. Kontaktperson er administrativ rådgiver Mona Søråsdekkan, Klinikk psykisk helse og avhengighet, e-post: uxmosv@ous-hf.no. For mer informasjon, påmelding og program se Klinikk psykisk helse og avhengighet sine nettsider. https://oslo-universitetssykehus.no/arrangementer/fagseminar-15-oktober-nar-personligheten-blir-forstyrret-2018-10-15

TILBAKEFALL AV PSYKOSE ETTER SEPONERING AV ANTIPSYKOTIKA: NEVROBIOLOGISK REBOUND FENOMEN ELLER UTTRYKK FOR GENUINT TILBAKEFALL AV GRUNNLIDELSEN?

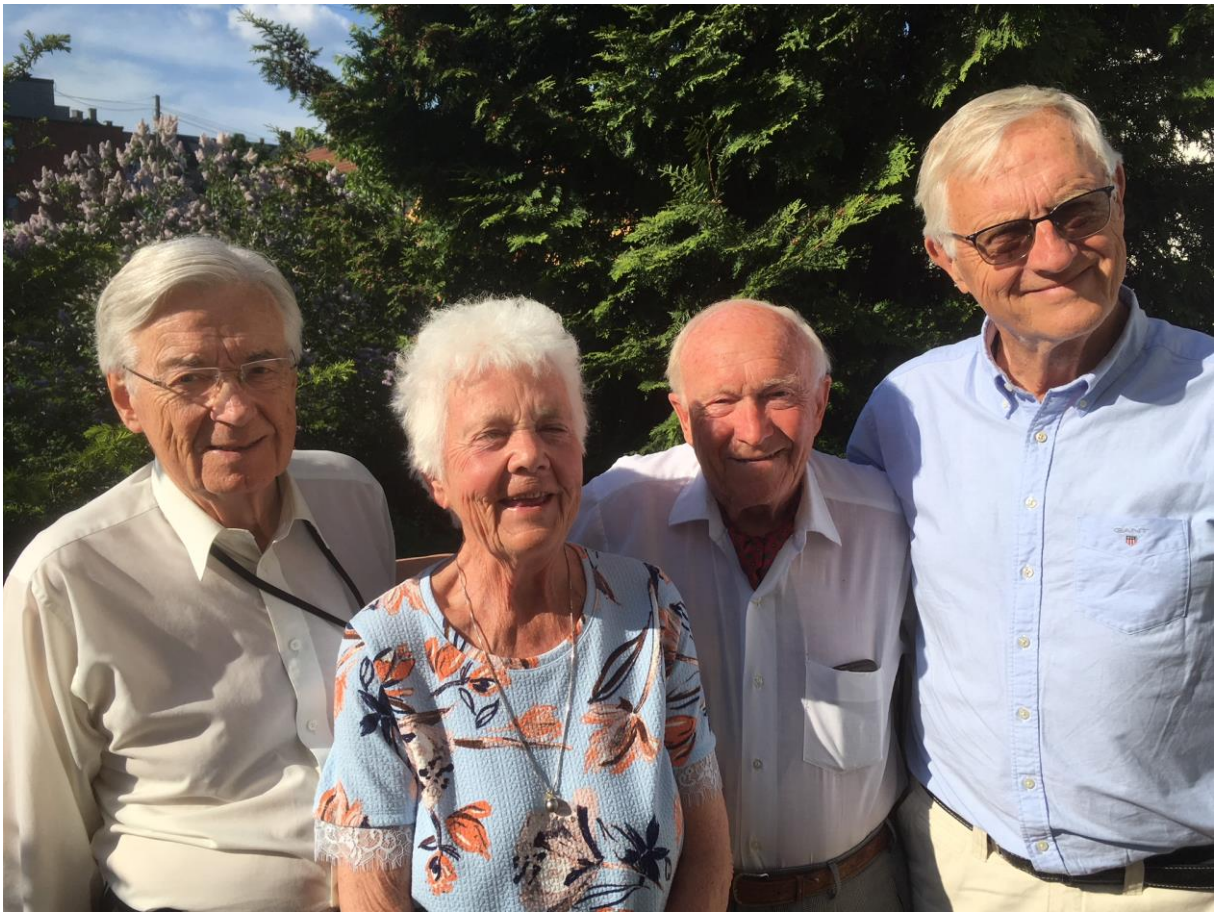
Det er en lang erfaring for at en del pasienter som har hatt nytte av antipsykotika kan få tilbakefall når de avslutter behandlingen. Opprinnelig ble tilbakefall forstått som uttykk for at antipsykotika hadde hatt effekt. Ble de tatt bort, beskyttet de ikke lengre mot psykoser. I 1978 ble det imidlertid foreslått at tilbakefall av psykose ikke uttrykket tilbakefall i tradisjonell forstand, men var uttrykk for en antipsykotikaindusert dopamin-hypersensitivetspsykose. Denne teorien var lenge kun kjent av psykofarmakologer, men har i de senere årene «tatt av» og ført til at mange mener at antipsykotika ikke har effekt over tid og at forskningen på antipsykotiaks effekter er feilaktig («flawed»).

Man vil imidlertid anta at tilbakefall av en psykose klinisk burde kunne skilles fra en psykose som kun skyldes et fysiologisk betinget tilbakefall (hypersensitivitetsbetinget rebound). Det har imidlertid vist seg å være vanskelig. Emsley og medarbeidere (2018) mener imidlertid at dette er mulig. De analyserte data fra en åpen oppfølgingsundersøkelse over 1 år av pasienter led av schizofreni og som hadde hatt effekt av paliperidon palmitat (Xeplion®). 36 hadde blitt randomisert til fortsatt medikasjon og 78 pasienter til placebo. Ved analyse av blant annet PANSS-data mener forfatterne å vise at tilbakefall i placebogruppen mer handler om tilbakefall av grunnlidelsen (schizofreni) enn en hypersensitivitetspsykose.

Det er mange problemer også med denne undersøkelsen. Noe endelig svar på diskusjonen om hva som er årsaken til de tilbakefall man ser ved seponering av antipsykotika

er det derfor ikke. Men undersøkelsen kan forstås dit hen at heller ikke hva gjelder forklaringer på tilbakefall etter antipsykotikaseporingen er svaret «enten-eller». Antagelig er det også her tale om individuelle forskjeller hvilket ytterligere gir støtte til behovet for individtilpassede vurderinger av hvilken behandling som er best. *[Artikkelen er fritt tilgjengelig: Emsley R, et al. Relapse After Antipsychotic Discontinuation in Schizophrenia as a Withdrawal Phenomenon vs Illness Recurrence: A Post Hoc Analysis of a Randomized Placebo-Controlled Study. J Clin Psychiatry. 2018 Jun 19;79(4). pii: 17m11874. doi: 10.4088/JCP.17m11874]. - ufm*

Bjørn Østberg 80 år!



Æresmedlem av Norsk psykiatrisk forening, Bjørn Østberg[1], kjenner de alle fleste av medlemmene som en av våre fremste fagfolk med fengsels og rettspsykiatri som sitt spesiale. Hver gang ansatte i justis – eller andre departementer - trekker pusten for å

[1] Bildet er av Ola Marstein tatt på Bjørns 80-års feiring og viser ham (til venstre) sammen med tre andre klipper og æresmedlemmer i Norsk psykiatrisk forening: Astrid Nøklebye Heiberg, Otto Steenfeldt-Foss og Per Vaglum.

komme med nye forslag til forskrifter eller lover, vet Bjørn hva de vil si før de har avsluttet setningen. Og han er på hugget. Ureflekterte eller populistiske forslag festes øyeblikkelig på fellesskapets tavle til gjennomsyn, diskusjon og ikke minst som utgangspunkt for å fremme faglig bedre funderte forslag. Hvem er det som kan ringe søndag kveld for med engasjert stemme å si at «Ulrik, du må våkne. Nå tenker NN på å fremme et forslag som faglig sett er helt bak mål. Her må Npf på banen». Også andre ledere før meg, så vel som kolleger interessert i fagområdet fengsels og rettspsykiatri, har opplevd det samme. Bjørn er på sakene før vi andre har oppfattet at det er noen sak på gang. Det har vært – og er – noe vi er svært takknemlige for. Han har da også i mange år vært leder av Npfs utvalg for rettspsykiatri.

Men Bjørn er også kjent for å ha deltatt på samtlige årsmøter til Norsk psykiatrisk forening siden 1964. En debatt uten at Bjørn deltar med all sin faglige tyngde og lange erfaring, også fra organisasjonslivet, er utenkelig. Hans kommentarer er da også alltid verd å lytte til. Takk til Bjørn også for denne innsatsen.

Bjørn har dessuten vært krumtappen i å få fengselspsykiatri på pensumet for medisinstudentene. Takket være Bjørns arbeid, besøker smågrupper både vår og høst fengselet og intervjuer en innsatt. For mange av oss lærere som har vært med studentene, har det vært en vekker. Det er utrolig hvor mye alvorlig psykiatri som skjuler seg bak fengselsmurene, ikke minst personlighetsforstyrrelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser av sentralnervesystemet. Tilstander som ofte overses hvis den innsatte selv ikke ber om hjelp.

Npf gratulerer Bjørn på det varmeste og konstaterer heldigivis at han er «still going strong». Vi ser derfor frem til at Npf også fremover kan trekke veksler på Bjørns enorme kunnskap og politiske teft! - *ufm*

(https://dn.no/smak/2017/05/03/1554/Vin/de-beste-champagnenyhetene-til-17-mai)

KVALITATIV STUDIE OM BEHANDLINGSEFFEKTEN AV EN RECOVERYMODELL

Kan det å gå på skole beregnet for personer med alvorlige og langvarige psykiske lidelser være bedre enn oppfølging ved et DPS? I Ph.D. avhandlingen «*Growing as a person. The possibility of personal Development for adults in treatment and education"* (Oslo: Det medisinske fakultet 2017; hovedveileder prof.emeritus og psykiater Torleif Ruud) sammenlignet spesialist i samfunnspsykologi Arnhild Lauveng, effekten av behandlingstilbud ved DPS for pasienter som gikk på spesialiserte skoler for voksne med psykiske helseproblemer i Danmark[2]. Skolen er basert på en recoverymodell etter konseptet Recovery College som ble utviklet i Storbritannia der det i dag er rundt 70 slike skoler[3]. Skolen har et variert undervisningstilbud i både teoretiske og praktiske fag. De danske elevene hadde skoleplass fra tre måneder opptil to år for de som de var under rehabilitering. De som var uføretrygdet kunne gå på skolen så lenge de ønsket, mot en egenandel.

(Fotoet er ved Morten Bjerk og er hentet fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeids (NAPHA) nettsider (https://www.napha.no/lauveng_doktoravhandling/).

[2] Int J Ment Health Nurs 2018 Feb;27(1):147-157; Int J Ment Health Syst. 2016 Feb 18;10:8; Community Ment Health J. 2016 Nov;52(8):891-897.
[3] https://imroc.org/resources/15-recovery-colleges-10-years/

Arnhild Lauveng, som bl.a. har mottatt Fritt Ords honnørpris, har tidligere skrevet flere bøker[4]. Den aktuelle studien var kvalitativ med fokus på hvordan pasienter opplever seg selv, hverdagen, relasjoner og mulighetene for personlig og sosial utvikling. Hun gjennomførte 75 intervjuer, jevnt fordelt mellom pasienter (14) og helsepersonell (14) ved to distriktpsykiatriske sentre (DPS) i Norge og studenter (15) og lærere (15) ved to ulike skoler (daghøgskoler) i Danmark.

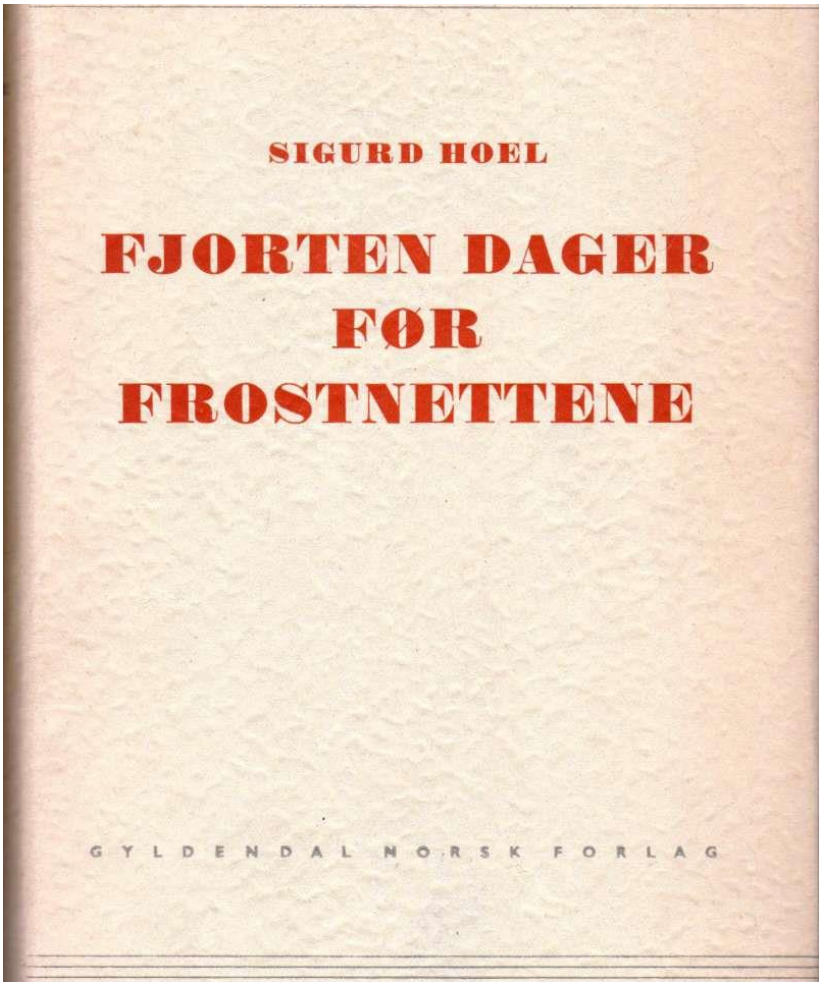
Pasientene som ble behandlet ved DPS kunne ha en god opplevelse av behandlingsoppholdet, men opplevde ikke hverdagen som god etter at de var skrevet ut. De beskrev liten utvikling, mye ensomhet, dårlig livskvalitet, liten eller kortvarig symptomendring, og også håpløshet. Studentene beskrev at de hadde bedre relasjoner, var mindre ensomme, mer aktive, og generelt gladere.

(Bildet er laget av Oxygen design på vegne av NAPHA: grafisk-napha-web2_.jpg)

Studien er interessant fordi den indikerer at etter en innleggelse kan oppfølging basert på en recoverymodell med dets større vekt på støttende miljø, stabile, gjensidige og trygge relasjoner, *og* mulighet for læring og gode opplevelser, bedre pasienters livskvalitet ut over

[4] «I morgen var jeg alltid en løve» og «Unyttig som en rose», handlet om hennes egenerfaring med å ha hatt diagnosen schizofreni. Den tredje boken «Arbeidsmaur med gipset hjerte» handler om arbeidsliv og psykisk helse. Den fjerde «Noe mye mer annet – om ungdom og psykisk helse», er en bok for ungdom om psykisk helse og psykiske vansker. Intervju med AL er trykket i bladet Psykisk helse: https://psykiskhelse.no/bladet/2016/alltid-en-love

tradisjonell oppfølging. Ikke minst læringsdelen må antas å være viktig med dets fokus på kunnskap, større bruk av egne ressurser og mestring av eget liv. I hvilken grad resultatene bør tilsi endring i norsk praksis krever randomiserte og kontrollerte studier (RCT) om effekten av en slik recoverymodell. Ikke minst må pasientene i de to gruppene ha lik alvorlighetsgrad av lidelsen, lik sosial funksjon, likt nivå av kognitive funksjon, likt symptomtrykk og livskvalitet ved studiens start. Recoverymodellbaserte tilbud av dansk og britisk modell etableres nå i Norge[5], men så langt er RCTer ikke gjennomført. - *ufm*



«Glemt angst for glemte forgåelser ligger som skygger over vårt liv»

[5] https://napha.no/recovery_college_jaeren_rogaland/

Frostnettene eller jernnettene som de også ble kalt, trolig avledet fra norrønt hjarn som betyr hardfrossen mark eller snø[6], betegner tre frostnetter i august som man fryktet fordi kornet kunne bli frostskadet. Frostnettene brukes også i overført betydning om de første tegn på livets høst hvor et menneske kanskje for første gang begynner å reflektere over livet så langt og de valg man har gjort.

I 1935 skrev den norske forfatteren Sigurd Hoel boken «Fjorten dager før frostnettene». Boken handler om en lege som i forbindelse med sin 40-års dag begynner å reflektere over sitt liv og hvordan barne- og ungdomsårene har hatt avgjørende innvirkning på hans liv som voksen. Fra en pietistisk oppvekst på landet og senere som fattig student i Oslo er han blitt en anerkjent lege av den «høyere sosieté». Men under ligger fortsatt autoritetsfrykt og livsangst med røtter i et barndomshjem uten fortrolighet og varme, samt triste ungdomsopplevelser hvilket bidrar til at han vikler seg inn i et ensomt erotisk forhold i sin jakt på kvinnen han en gang elsket og sviktet.

Hoel var påvirket av psykoanalytisk teori og gikk selv i terapi hos Wilhelm Reich. «I ettertid har han blitt stående som innbegrepet av den psykologisk-realistiske roman, som han var med på å fornye i kraft av psykologisk dybde og til dels intrikate komposisjon med brutt kronologi og retrospektiv fortellerteknikk».- *ufm*

Psykiateren

Psykiateren utgis av Norsk psykiatrisk forening (Npf) ved styret og utkommer fire ganger i året. Psykiateren sendes elektronisk til alle medlemmer. Redaktører: Spesialrådgiver Npf Ola Marstein: omarstein@icloud.com
Leder av Npf: Ulrik Fredrik Malt: u.f.malt@medisin.uio.no og Rådgiver Nina Finstad: nina.finstad@legeforeningen.no;

Norsk psykiatrisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-psykiatrisk-forening/

E-post adresse: npf@npf.legeforeningen.no; Mobil kontor: 41 70 11 17, mobil Npf 97 16 04 63.

[6] Denne etymologiske kommentaren og en del av de senere formuleringer er tatt fra Store norske leksikon.