

---

## Stort hjerte for små sinn

---

VI INTERVJUER

INGRID M. HØIE

Email: [ingrid.hoie@legeforeningen.no](mailto:ingrid.hoie@legeforeningen.no)

Tidsskriftet

---

Barne- og ungdomspsykiatrien er i ferd med å konsolidere seg, med mindre synsing og større forskningsbasert forståelse. Nå er økt rekruttering den store utfordringen, mener Inger Helene Vandvik.

---

Det er lite som minner om Rikshospitalets millionoverskridelser der man sikksakker seg mellom sølepytter frem til de rødmalte brakkene hvor hospitalets barne- og ungdomspsykiatriske seksjon holder hus. Her er ingen heis for rullestolbrukere, ingen høye dører eller vide porter, ingen kostbar utsmykning, åpne plasser eller gater som gir assosiasjoner til en by, den arkitektoniske ideen som hovedbølet bygger på. I så fall må dette være byens smug og gutuer. Men fasilitetene stemmer godt overens med barne- og ungdomspsykiatriens rangering i det medisinske hierarki, skal vi tro avdelingens overhode Inger Helene Vandvik:

– Kvinner har mindre prestisje enn menn. Psykiatri mindre enn somatikk. Barn mindre enn voksne. Man kan ikke komme lavere på rangstigen, ler hun.

Men rett skal være rett; brakketilværelsen er midlertidig. Forhåpentligvis er barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon på plass i presentable lokaler ved juletider.

---

### Somatikk og psykiatri

Inger Helene Vandvik finner likevel et skår i gleden. De nye lokalitetene ligger et stykke unna andre sykehusavdelinger som barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon har et tett samarbeid med. Helt siden hun ble overlege i Statens sentralteam for barne- og ungdomspsykiatri i 1976 og overtok den daglige ledelse og koordinering av den barnepsykiatriske virksomheten ved Rikshospitalet, har samarbeid mellom barnepsykiatri og somatikk ligget

hennes hjerte nær. Hun får mye av æren for at landets første barnepsykiatriske sykehusteam ble etablert. Rikshospitalet har inntil nylig vært det eneste sykehus i landet med en tverrfaglig barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon som har innlagte barn med somatiske sykdommer og somatiske symptomer, samt sosialmedisinske oppgaver i tilknytning til sykdom, som sitt spesialområde (1).

– Hvorfor er et slikt samarbeid så viktig?

– Vi arbeider ved et sykehus som behandler de sykeste barna. Mange sykdommer har omfattende psykiske og sosiale konsekvenser, og man kan ikke forvente at den enkelte lege kan håndtere alle reaksjoner. Vi må tenke helhet og arbeide i team, og vi har mye å tilby i forhold til å bedre personalets kunnskap om og forståelse for mentalhygieniske forhold vedrørende barn som er innlagt i sykehus. Vi pleier å si at vi heller tar én pasient mindre for å undervise personell; da når vi så mange flere. Jeg tror at vi kan bidra til bedre sykdomsmestring. Vi har sett at barn med alvorlig hjertefeil eller med leddgikt kan takle alvorlig sykdom, men dette samsvarer i stor grad med familiesituasjonen.

Inger Helene Vandvik opplever økende forståelse for at samarbeid mellom somatikk og barnepsykiatri er viktig, og viser særlig til miljøene knyttet til kreftomsorg, hjertesykdom og lavfrekvente sykdomsgrupper.

– Likevel er terskelen fortsatt for høy for eksempel ved sykdom og skade som kan relateres til omsorgssvikt og barnemishandling, mener Vandvik.



Barne- og ungdomspsykiatrien er i ferd med å konsolidere seg, mener Inger Helene Vandvik ved Rikshospitalets barne- og ungdomspsykiatriske seksjon. Foto I.M. Høie

---

## På bunnen og blakk

Hvis barne- og ungdomspsykiatrien er bunnsjiktet i den medisinske verden, er det kanskje ikke så rart at rekrutteringen til spesialiteten er dårlig og at frafallet er stort. I april 2000 fantes det 142 spesialister i barne- og ungdomspsykiatri, men 28 % av dem hadde forlatt spesialiteten til fordel for legearbeid utenfor

barne- og ungdomspsykiatrien (2). Gjennomsnittsalderen i den kvinnedominererte spesialiteten er på nesten 55 år, ti år høyere enn gjennomsnittsalderen på leger i Norge generelt.

– Er den så høy? Det var alvorlig, kommenterer Vandvik betenkt. – Jeg ville ha trodd at barne- og ungdomspsykiatrien lå litt bedre an ettersom det er så høy andel kvinnelige medisinstudenter. Men rekrutteringssvikten er likevel ikke sterkere nå enn den har vært i mange år. Gapet mellom tilbud og etterspørsel er i søkelyset nå, men vi har ropt om dette i årevis. Helt frem til 1998 var jeg den eneste barne- og ungdomspsykiateren som var lønnet av Rikshospitalet. I dag er vi to psykiatere, Trond Diseth og jeg.

– Hva er det som jager kollegene dine vekk fra faget?

– Jeg tror kompleksiteten i faget er en årsak. I tillegg kommer at vi har så små ressurser. Da blir terskelen for å bli henvist til oss høy. Svært mange av sakene som barnepsykiatrien behandler er omfattende, tunge og fastlåste. Mange barnepsykiatere opplever frustrasjon over ikke å få utført arbeidet sitt på en meningsfull måte. Det er i alle fall 15 % av barnebefolkningen i landet som kan ha behov for psykiatrisk hjelp. Per i dag har vi tilbud til vel 2 %. Da kan du selv tenke deg hvor presset vi blir!

I tillegg til rekrutteringssvikt og spesialistflukt er fagfeltet preget av at det ikke er noen systematikk i organiseringen eller tydelig organisasjonsmessig plassering og tilhørighet. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, som nylig har utarbeidet en strategiplan for å styrke spesialiteten (2), mener at den fylkesvise uoversiktlige organiseringen bidrar til å skape et uklart bilde av barne- og ungdomspsykiatrien og gi den en uklar nasjonal identitet. I planen tar man blant annet til orde for en enhetlig organisering, at hvert fylke må ha minst én stor barne- og ungdomspsykiatrisk enhet med stillinger for flere legespesialister, samt at lønnsforholdene følger lønnsutviklingen i voksenpsykiatrien. Inger Helene Vandvik er helt på linje med forslagene til tiltak.

– Det er kolossalt viktig at miljøene ikke er for små. Man må ha faglige miljøer og utfordringer som gjør arbeidet meningsfullt. Det er et dilemma i dette grisgrendte landet hvordan vi skal få levedyktige miljøer nær der hvor folk bor! Rekruttering er en forutsetning for at man får gode, levedyktige miljøer. Jeg tror at faget vårt er i ferd med å konsolidere seg, og at det kan være med på å lette rekrutteringen. Det blir ikke så mye synsing, men faget tar i større grad inn medisinsk/nevrobiologisk forståelse i tillegg til en sosiologisk og psykologisk innfallsvinkel.

---

## Samhandling med barnevernet

Hvor tett barne- og ungdomspsykiatri skal knyttes til barnevern, har vært et diskusjonstema gjennom hele 1990-tallet. Spørsmålet er knyttet til barn og unge med alvorlige atferdsvansker og hvorvidt det er spesialisthelsetjenestens oppgave å ta seg av denne gruppen. Inger Helene Vandvik ønsker ingen sammenslåing av barnepsykiatri og barnevern.

– Barnevernet trenger den ekspertise og hjelp som barne- og ungdomspsykiatrien besitter, og det må de få. Men sammenslåing er å gå for langt, til det er barnepsykiatrien altfor mangslungen og omfattende. Barnevernet arbeider ut fra en sosialpedagogisk modell. Som tverrfaglig felt har barnepsykiatrien nok vært rettet mot barnevern og sosiologi, men legene i fagfeltet har ikke villet dit. Hovedpoenget må være å styrke barne- og ungdomspsykiatri som spesialisthelsetjeneste. Hvis vi er flere, får vi også større mulighet til å drive konsulenttjeneste for det kommunale barnevernet, mener Vandvik.

Strategiplanen, som nå er ute på høring, har samme konklusjon, men diskusjonen er langt fra avsluttet. Flere fylker, blant annet Hedmark, har sammenslåing av barnevern og barne- og ungdomspsykiatri på trappene, og Befring-utvalgets rapport om barnevernet i Norge ønsker at spørsmålet blir utredet (3).

– Frykter du barnepsykiatriens fremtid dersom man ikke får gjennomført endringer i organiseringen?

– Det vil være en hemsko hvis vi ikke får en helhetlig organisering. Vi trenger et differensiert tilbud. Å ha barne- og ungdomspsykiatriske tilbud uten spesialist i barnepsykiatri, slik det fortsatt er flere steder i dag, er egentlig å føre folk bak lyset, synes Inger Helene Vandvik.

---

## Tilnærming til voksenpsykiatri

I år er det 50 år siden Rikshospitalet, som det første sykehus i landet, startet sin barnepsykiatriske virksomhet. Den faglige tenkningen har gått fra tro på at barnet kunne behandles uavhengig av familien på 1950-tallet, til tung vektlegging av familierapi på 1970-tallet, til mer forskningsbasert kunnskap fra 1980-tallet og fremover.

– Mens voksenpsykiatrien har et tydelig individperspektiv og tradisjonelt har vært lite opptatt av helhetstenkning, har barne- og ungdomspsykiatrien alltid vært avhengig av å ha et familieperspektiv. Foreldrene er de nærmeste til å hjelpe barna sine. Barnepsykiatrien må forholde seg til den helheten barnet er en del av; hjem, skole, fritid og så videre. Men de to spesialitetene har nærmet seg hverandre. I dag har helhetstenkning mer gjennomslag i voksenpsykiatrien, mens barnepsykiatrien har tatt opp i seg en mer biologisk individuell forståelse, forklarer hun.

Selv har hun alltid betraktet seg selv som en outsider i det barne- og ungdomspsykiatriske miljøet, og gjerne talt varmt om nettopp blandingen av familieperspektiv og biologisk forståelse.

– Min kjepphest har vært at barnepsykiatrien må bli flinkere til å diagnostisere og arbeide i flere akser. Jeg synes i grunnen at fagfeltet i dag er blitt det jeg har ønsket, konstaterer Vandvik fornøyd.

– Hvis voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri har nærmet seg hverandre, er det da mulig å slå de to spesialitetene sammen?

– Nei, det er helt nødvendig å ha en egen utdanning for spesialister i barne- og ungdomspsykiatri. Barn er individer i stadig vekst og utvikling. Dette forutsetter mye spesifikk kunnskap for å drive god diagnostikk og behandling. Barne- og ungdomspsykiatri er en utrolig vanskelig medisinsk spesialitet – ja, kanskje den vanskeligste, våger hun seg på.

– Det er selvsagt enklere å forholde seg til én voksen enn til et barn med alle de grensefelter man i tillegg må forholde seg til. Det vide perspektivet innebærer også at vi må arbeide i tverrfaglige team.

– Det fremgår av en spørreundersøkelse (2) blant barnepsykiatere som har forlatt fagfeltet, at nettopp det tverrfaglige aspektet er med på å fordri dem fra spesialiteten. De misliker flat struktur og føler seg desavuert i forhold til sin kompetanse og legerolle. Hvilken kommentar har du til det?

– Det har vært en del ledelsesproblemer innen barne- og ungdomspsykiatrien. Oppgavene har vært utydelige og mindre definert enn andre steder i helsevesenet. Jeg tror at konfliktfylte samarbeidsrelasjoner er årsak når barne- og ungdomspsykiatere ikke liker tverrfaglig arbeid. Men i hvilken som helst sykehusavdeling må du forholde deg til faggrupper og arbeide på tvers, minner hun om.

---

## Etisk refleksjon i klinisk arbeid

Inger Helene Vandvik har vært en pådriver for arbeidet med kliniske etikkomiteer, som blant annet har til formål å fremme refleksjon om etiske problemstillinger i klinisk virksomhet og å løse etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandling. Til tross for at leger daglig står overfor etiske problemstillinger, har det vist seg å være vanskelig å trekke leger med i slikt komitéarbeid (4). Som leder av klinisk etikkomité ved Rikshospitalet, må hun hele tiden være en aktiv pådriver for at arbeidet ikke skal gå i stå.

– Det er ofte sykepleierne som presenterer problemstillinger for oss. Leger er nok opptatt av denne type problemer, men mangel på tid og krefter hindrer dem å engasjere seg. Men jeg har også merket at kolleger kan være ekstremt redde for kontroll og for å bli kikket i kortene, sier Vandvik.

– Jeg ser på arbeidet i klinisk etikkomité som én måte å se på etiske sider ved vårt arbeid. Det er viktig for meg at alle parter skal bli hørt, sier hun.

---

### Faktarute

– Inger Helene Vandvik, født 28. juli 1938

– Cand.med. Oslo 1964, spesialist barne- og ungdomspsykiatri 1974, dr.med. Oslo 1991, professor dr.med. 1995

Avdelingsoverlege ved Rikshospitalets barne- og ungdomspsykiatriske seksjon 1979–d.d.

---

---

## LITTERATUR

1. 50 år med barnepsykiatri på Rikshospitalet. Oslo: Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon, Rikshospitalet, 2000.
2. Strategiplan for styrking av spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2000.
3. Norges offentlige utredninger. Barnevernet i Norge. NOU 2000: 12. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
4. Halvorsen P. Legene styrer unna etikkomiteene. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 572–3.

---

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juni 2026.