

Vi trenger et prioriteringsfag



Kim Edgar Karlsen
Norsk psykologforening
kim@psykologforeningen.no

Karlsen er fagsjef i Norsk psykologforening, men tiltrer i ny stilling 1. mai 2025 som direktør for Alternativ til vold (ATV).

Det er på høy tid at psykologprofesjonen rister av seg voksesmertene og omfavner sitt nyervervede, tunge samfunnsansvar.



Kim Edgar Karlsen

Foto: Fartein Rudjord/Psykologforeningen

Debatten om prioriteringer i de psykiske helsetjenestene er etter mitt syn en av de viktigste for psykologer å engasjere seg i fremover.

Det er nemlig lite som taler for at hverdagen for behandlere «på gulvet» vil endre seg merkbart med det første, med mindre vi selv tar bedre grep om vår situasjon. Til tross for en ny opptrappingsplan og en tydelig prioriteringsregel for psykisk helsevern og TSB (Tverrfaglig spesialisert rusbehandling) vil omfanget av pasienter og oppgaver trolig fortsatt øke. Krig, økonomisk uro og klimakrise gjør at andre sektorer krever en større del av budsjettkaka. Viljen til å bruke mer penger i det norske psykiske helsevernet er begrenset.

Dette fremtvinger prioriteringer, slik Psykologforeningens president Håkon Kongsrud Skard har påpekt i flere lederartikler (Skard, u.å.). Nylig etterlyste psykologspesialistene Ivar Elvik (2025) og Brage Kraft (2025) sine kollegers engasjement i prioriteringsdebatten, mens Liv Kleve (2025) har belyst prioriteringsutfordringene fra et leder- og samfunnsperspektiv.

Men hvordan kan vi prioritere bedre? Og hva skal egentlig psykologenes bidrag være?

Formålet med denne teksten er å beskrive prioriteringsarbeid som en faglig og verdiforankret øvelse, som kan og bør interessere psykologer. Mitt utgangspunkt er at profesjonen allerede besitter verdifull kunnskap som kan bidra til mer nyanserte og riktige prioriteringsdiskusjoner. Men evnen

til å omsette psykologifaget til gode beslutninger må oppøves og videreutvikles hvis vi skal lykkes i vår relativt nye rolle som prioriteringsansvarlige og faglige premissleverandører i helsetjenesten.



Grunnleggende verdispørsmål

Å prioritere handler om å sette noe foran noe annet. Som når vi håndterer en krise og en annen pasient må vente, eller når vi anbefaler ett tiltak og utelukker et annet.

Temaet er mer fremtredende i noen psykologroller enn andre, men berører egentlig oss alle. Prioriteringsansvaret begrenser seg nemlig ikke til å beslutte hvilke pasienter som skal inn i et tilbud på sykehus, et DPS eller et kommunalt tilbud. Like relevant er spørsmål som når og hvordan vi avslutter pågående forløp, hvilke aktiviteter vi som psykologer gjør for mye eller for lite av, og hvilke roller vi bør innta. Kort og godt: Hva er riktig bruk av vår begrensede ressurs?

Disse spørsmålene er ikke nyoppståtte problemstillinger i helsevesenet.

Fra 1987 og fram til i dag har ikke mindre enn fem offentlige utvalg, samt flere stortingsmeldinger og ekspertgrupper utredet spørsmål om prioritering i den norske helse- og omsorgstjenesten. Sittende regjering har varslet en ny prioriteringsmelding våren 2025.

Felles for alle disse arbeidene er at de berører verdispørsmål. Stortingsmeldingen «Verdier i pasientens helsetjeneste» omtaler helsetjenesten som en sosial forsikringsordning for befolkningen, hvor prioriteringer inngår som en sentral del av det store fordelingsprosjektet:

Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester. Like tilfeller skal behandles likt. En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester. Samtidig må dette sees i sammenheng med hva som gir mest mulig helse i befolkningen over tid (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 72).

Det trenger altså ikke være noen konflikt mellom et ønske om å hjelpe sårbare enkeltmennesker, som mange psykologer kan identifisere seg med, og det å forholde seg aktivt til prioriteringsspørsmål. Tvert imot. Hvis vi *ikke* prioriterer, risikerer vi å gjøre oss mindre tilgjengelige for dem som trenger oss mest. Vi gir samtidig avkall på faglig autonomi og inviterer andre faggrupper, ledere eller helsebyråkrater til å definere hvordan vi bør bruke vår tid.

Psykologers rolle og ansvar

Liv Kleve (2025) spør om det bare er psykologer som ikke kan prioritere, eller om vi som samfunn lider av en kollektiv prioriteringsvegring? Det er betimelig. Men det fritar oss ikke fra våre forpliktelser som faglig ansvarlig helsepersonell.

Kriteriene om alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er omforente og førende prinsipper for prioritering på *alle* nivå med betydning for ressursfordelingen i helsetjenesten: Politikerne som legger de overordnede budsjetttrammene og vedtar lover, strategier og styringsmål; ledere i sykehus og kommuner som fordeler sine ressurser mellom ulike fagområder; og helsepersonell som gjør løpende faglige vurderinger og prioriteringer i sine møter med pasienter og brukere.

Det er fullt mulig å diskutere prioriteringsutfordringer på samfunnsnivå eller å hevde at psykiske lidelser er nedprioritert på et politisk og administrativt nivå, og *samtidig* peke på behovet for å ruste

psykologer bedre for å håndtere sitt tunge ansvar både for den enkelte pasient og for helheten, slik stortingsmeldingen fra 2016 utdyper:



Prioritering i helse- og omsorgstjenesten må praktiseres slik at den ivaretar relasjonen mellom helsepersonell og pasient, både til den kjente pasienten der og da og til den neste pasienten som trenger helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 34 (2015–2016), s. 72).

Her synliggjøres også kompleksiteten i faglige og etiske dilemma vi kan møte i prioriteringsarbeidet.

Flere gyldige perspektiver

Sykehusutvalget (NOU 2023: 8) har beskrevet hvordan spenninger mellom ulike etiske perspektiver kan forklare fremmedgjøringen helsepersonell opplever i møtet med myndighetenes styringskrav eller helseforetakenes økonomiske språk. Der profesjonsetikken tradisjonelt vektlegger en plikt- eller nærhetsetikk, med respekten for den enkeltes rettigheter og verdighet som fremtredende, vil myndigheter og foretaksledere i større grad vektlegge de konsekvensetiske aspektene ved sørge-for-ansvaret.

Begge perspektivene er gyldige i en prioriteringskontekst.

Derfor er en reflekterende inngang, hvor vi forholder oss aktivt til flere og gjerne motstridende hensyn, helt nødvendig. Vi kan for eksempel ikke snakke uanstrengt om overbehandling i psykisk helsevern, uten å samtidig adressere underbehandlingen mange pasienter opplever. Like lite bør vi ensidig anbefale mer eller lengre psykoterapi mot psykiske plager og lidelser, uten å diskutere metodens begrensninger eller omkostninger.

Normalpsykologiens betydning

Det samme behovet for en reflekterende tilnærming gjelder i konkrete faglige vurderinger av en tilstands alvorlighet, eller av nytten og kostnadseffektiviteten til et tiltak.

Prioriteringsveilederne som er utviklet for psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2015a) og rusbehandling (Helsedirektoratet, 2015b), skal hjelpe klinikere å navigere i komplekse prioriteringsdilemma. De kan samtidig bidra til overforenkling og rigiditet med slagside mot diagnostisk organiserte handlingsregler (moderat depresjon behandles innen åtte uker, psykose i forverring innen to uker, og så videre). Dette harmoniserer dårlig med en moderne forståelse av psykiske lidelser med et mer dimensjonalt og helhetlig syn på symptomer, funksjon og kontekst (se ICD-11).

Psykologer, som bygger sin kliniske kompetanse på et normalpsykologisk utgangspunkt, kan supplere den biomedisinske tilnærmingen til prioriteringer. Spørsmål om hva pasienter har opplevd, eller hvordan de fungerer med sine omgivelser og livsbetingelser, kan eksempelvis ha avgjørende betydning for å ta stilling til en tilstands utvikling, alvorlighet og behandlingsbehov.

Poenget er ikke å undergrave diagnoser som deskriptive og pragmatiske kategorier, men å bidra til helhetlige og individuelle vurderinger, slik også prioriteringsveilederne anbefaler.

Hva er et nyttig tiltak?



Gode prioriteringer forutsetter også inngående kunnskap om evidensbasert praksis og virksomme faktorer i behandling.

Hva som virker for hvem, når og hvordan, er problemstillinger psykologer bryner seg på allerede i grunnutdanningen, og som er høyrelevante i vurderingen av et tiltaks nytteverdi.

Ikke sjelden avslås pasienter i psykisk helsevern med henvisning til at behandling «tidligere har vært forsøkt, uten ønsket nytte». Psykologer kan bidra til mer presise vurderinger ved å spørre hva behandlingen egentlig besto i? Var tilnærmingene og metodene relevante for pasientens plager? Ble forløpet gjennomført med riktig intensitet og varighet? Og hvordan var pasientens livssituasjon og samarbeidet med terapeuten?

Evidensbasert praksis innebærer også å kjenne begrensningene ved de ulike metodene vi tilbyr, og å forholde seg til et mangfold av tiltak som kan bidra til å skape endring i et liv. I mange tilfeller ligger de viktigste bidragene utenfor terapirommet, for eksempel gjennom familieveiledning, boligoppfølging eller jobbstøtte. En god prioriteringsvurdering bør derfor ikke kun handle om å inkludere eller ekskludere pasienter fra et spesifikt tilbud, men også om hva *annet* pasienten eller familien kan trenge. Dette er ikke minst viktig for psykologer i en kommunal setting, der nye prioriteringsveiledere (Helsedirektoratet, 2024) snart er på trappene, og der målgruppen og tiltaksviften er langt bredere enn i spesialisthelsetjenesten.

Tøffe beslutninger

Enhver prioritering har et skarpt endepunkt: ja til noe eller noen, nei til noe annet. Den myndige beslutningsposisjonen kan være krevende å innta og medfører risiko for påvirkning fra flere mulige feilkilder.

Velkjente sosialpsykologiske og mentale fenomener kan ha betydning for resultatet av en prioriteringsbeslutning. Mork og Aasen (2011) har vist at både tankefeller og organisatoriske forhold kan påvirke skjønnsutøvelsen hos spesialister i et inntaksteam. Eksempler på sistnevnte kan være kapasitetshensyn eller motstridende styringssignaler. Som behandlere kan vi også komme til å overvurdere alvoret i saker vi kjenner godt, eller undervurdere behovene til en nyhenvist pasient vi ennå ikke kjenner. I tillegg kan følelser som usikkerhet, frykt eller skyld være nærliggende i avslutnings- eller avslagssituasjoner, og påvirke våre valg.

Psykologer kan bidra til at slike mekanismer anerkjennes og håndteres i prioriteringsarbeidet. Dette innebærer også å stille spørsmål ved de organisatoriske rammene. Har behandlerne nødvendige arenaer og tilstrekkelig tid til å drøfte og vekte vanskelige prioriteringsdilemma? Er tilgangen til nødvendig kollega- og lederstøtte sikret?

Voksesmerter

Psykologrollen har vært gjenstand for radikal utvikling. Fra å være en liten gruppe pionerer har profesjonen på få år etablert seg som den største ansvarlige behandlergruppen i psykisk helsevern og som faglig premissleverandør i de psykiske helsetjenestene.

Heri ligger et nyoppstått dilemma: Jo sterkere vår posisjon blir, dess vanskeligere er det å kritisere innhold og rammer i dagens tjenester uten å selv holdes medansvarlige.

Helsemyndigheter og befolkning kan sies å ha helt berettigete forventninger til at psykologene inntar en ledende rolle i utviklingen av virksomme, bærekraftige og tilgjengelige helsetjenester. Dette innebærer også at vi aktivt forvalter vår høye kompetanse som en begrenset samfunnsressurs.



Et tydeligere prioriteringsfag for psykologer er derfor en naturlig og nødvendig utvikling, som kan hjelpe profesjonen med å legge voksesmertene bak seg og omfavne ansvaret som følger med en relativt nyervervet posisjon.

Felles innsats

Psykologforeningen har allerede igangsatt et arbeid med å utarbeide råd til medlemmene i den internasjonale kampanjen «Gjør kloke valg», som skal forebygge overutredning og overbehandling. Psykologforeningens sentralstyre har også stilt seg bak et initiativ fra Fagutvalget i klinisk voksenpsykologi om å utvikle et nytt kurs om kliniske beslutninger til spesialistutdanningene. Kurset kan med fordel gjøres obligatorisk.

En reell styrking av psykologenes interesse og autoritet i prioriteringsspørsmål krever felles innsats:

Universitetene kan forberede studentene bedre på prioriteringsansvaret som venter i praksis. Praksisforberedende kurs der spesifikk kunnskap og øvelse i prioriteringsarbeid inngår, kan bidra til dette.

Arbeidsgivere kan legge mer til rette for tidlig opplæring, øvelse og støtte til nyansatte i prioriteringsarbeid.

De fagets retningslinjene for psykologer kan oppdateres med et eget punkt om samfunns- og prioriteringsansvar, slik legenes etiske regler allerede har hatt i årevis.

I sum vil dette medvirke til styrket autoritet og en rikere faglig samtale om prioriteringer. Til syvende og sist er det profesjonen selv som må ta eierskap til innholdet i sitt nye prioriteringsfag.

Referanser

- Elvik, I. (2025). Psykologer mangler vurderingsferdigheter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1), 44–47. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologer%20mangler%20vurderingsferdigheter>
- Helsedirektoratet. (2015a). Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for voksne. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2015b). Prioriteringsveileder – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2024). *Prioriteringer i kommunale helse- og omsorgstjenester: Nasjonal veileder (høring)*. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/prioriteringer-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester-nasjonal-veileder>
- Kleve, L. (2025, 24. januar). Prioriteringsvegring og urealistiske forventninger. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Prioriteringsvegring-og-urealistiske-forventninger>
- Kraft, B. (2025, 15. januar). Psykologene må ville prioritere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Psykologene%20m%C3%A5%20ville%20prioritere>

Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientenes helsetjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>



Mork, E., & Aasen, H. (2011). *Skjønn og prioriteringsregler: En kvalitativ undersøkelse av spesialisters erfaringer med prioriteringsvurderinger i psykisk helsevern* (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Universitetet i Oslo. <https://core.ac.uk/download/pdf/30900275.pdf>

NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>

Skard, H. K. (u.å.). *Prioriteringskunst 2.0*. Norsk psykologforening. <https://www.psykologforeningen.no/aktuelt/prioriteringskunst-2-0>