Mikrofoner ut av terapirommet

Aili Røtterud Løchen
Oslo kommune
ailiroloch@proton.me

Psykologer må beskytte det mest private rommet vi har.

Aili Løchen er styremedlem i DigPsyk. Kronikken reflekterer hennes egne meninger.

Aili Røtterud Løchen

Foto: Ena Kreso

Kronikken *gir uttrykk for skribentens meninger.*

Journalverktøy drevet av kunstig intelligens (KI) rulles for tiden ut over hele det norske helsevesenet: i spesialisthelsetjenesten, kommunen, somatikken og psykisk helsevern. Nå skal KI lytte til, transkribere og sammenfatte samtaler med klientene – for så å utforme journalnotater. Stillingsannonser jeg har skumlest i sommer, har smykket seg med at «KI-journal» er et gode ved arbeidsplassen – et tidsbesparende verktøy.

Utprøving gjennomført i én del av behandlingsapparatet settes i gang i andre avdelinger og team med andre pasientgrupper uten at nye ansatte og pasientrepresentanter får tid til å bidra og stille spørsmål. Det skal gå fort, toget går nå, og «vi har ikke råd til å la være», som det ble sagt i en panelsamtale på Litteraturhuset i høst som handlet om hvordan tilliten til helsevesenet kan bevares når KI implementeres.

Vi trygges av jurister og Helsedirektoratet med at det ikke er nødvendig å be om samtykke for å bruke et nytt arbeidsverktøy. Samtidig treffer jeg stadig oftere pasienter i privat praksis som spør, tydelig stresset, om jeg også gjør opptak av samtaler, slik de opplever at skjer hos fastlegen og legevakta. Pasienter forteller om helsepersonell som repeterer pasientens ord til journalsystemet foran dem, og at de har kunnet se KI-systemets tolkning og prosessering av informasjonen de gir, i sanntid på behandleres PC-skjermer. Man kan undre seg over hvem KI-verktøyene egentlig er et gode for.

Faglig og etisk avveiing

Helsedirektoratets retningslinjer for sertifiserte KI-verktøy er klare: Helsepersonell og virksomheter bør selv vurdere hva bruken av tale-til-utkast betyr for deres kliniske praksis og deres pasientpopulasjon (Helsedirektoratet, 2026). Gevinster som høyere kvalitet på journalinnhold, raskere dokumentasjon og mer frigitt tid trekkes frem – men skal veies mot faglige og etiske vurderinger som kun den enkelte behandler og pasientgruppe kan foreta.

Retningslinjene fra Helsedirektoratet stiller også spørsmål til oss fagfolk: Er det noe ved akkurat deres pasientpopulasjon eller arbeidsform som krever ekstra varsomhet? Med tanke på hvor ofte psykologer møter mennesker som sliter med alvorlige traumer, tillitsvansker og grensesetting, skulle

man tro vi ville gå varsomt frem og fylle debattspalter, diskusjoner og møterom med argumenter om hvordan mikrofoner kan påvirke terapirommet. Men den store debatten har foreløpig uteblitt.

Nedkjølingseffekter av overvåkning

Praksisen min skal være like trygg for pasienter med høy tillit til systemet som for mennesker som har opplevd vold, overgrep, forfølgelse, tilhører en utsatt minoritet eller for den saks skyld har høy sikkerhetsklarering eller sensitive posisjoner i samfunnet. Før vi har et system hvor informasjonsdataene kan lagres og prosesseres lokalt, mener jeg tale-til-utkast representerer et skritt i feil retning. Selv med lokal lagring er verktøyet en så gjennomgripende endring at jeg heller ønsker en «smart» journal som strukturerer kladden jeg skriver inn, basert på avgrensede nødvendige opplysninger. Presset om å plassere mikrofoner i samtalerom hvor pasientene prøver å finne tillit til oss, er ubehagelig. Det er også urimelig at beslutningstakere og ledere forventer at vi som helsepersonell skal formidle trygghet til verktøyene og datasikkerheten – uten at kritiske eller faglige innspill er tatt høyde for.

Situasjonen minner om hvordan læreres faglige vurderinger ble satt til side på 2010-tallet i forbindelse med digitaliseringen av skolen, og hvordan teknologisk utvikling ble sidestilt med fremskritt uavhengig av hva faglig skjønn tilsa.

Overvåkning medfører en økt selvkorrigering av atferd, en såkalt nedkjølingseffekt (Stevens et al., 2023). Forskning på bruk av tale-til-utkast trekker frem fordeler ved at helsepersonell slipper å bruke tid på å notere og kan være mer til stede i samtalen med klientene. Samtidig øker risikoen for nedkjølingseffekter av bekymringer rundt personvern og datasikkerhet, samt av at pasienter har lavere tillit til teknologien enn helsepersonell har (se for eksempel Cardenas et al., 2026; Leiserowitz et al., 2025). Det er interessant å merke seg at det særlig er yngre pasientgrupper (18–30 år) som uttrykker sterkest skepsis (Leiserowitz et al., 2025), ikke minst hvis man fortsatt finner det rimelig å anta at de yngre voksne har mer kunnskap om den teknologiske utviklingen.

Hemmer åpenhet og tillit

Når folk føler seg observert, endrer de atferd – selv uten eksplisitte konsekvenser. I terapirommet er selvkorrigering spesielt problematisk siden arbeidet vårt bygger på ærlighet og åpenhet. Selv uten mikrofoner i rommet viser forskning at 93 % av psykoterapipasienter har løyet til sin terapeut minst én gang (Blanchard & Farber, 2016), og 73 % har løyet om minst ett emne av betydning for terapien.

For de fleste pasienter som kommer til terapi, starter ikke terapirommet som et trygt rom. Det blir trygt med de rette forutsetninger, balanse mellom respekt, varme og utfordring, over tid. Å legge til en teknologisk observatør – en mikrofon som registrerer og lagrer hvert ord på servere utenfor rommet – kan stoppe tillits- og relasjonsetableringen i det samme pasienten kommer inn døra. Muligheten for å åpne opp kommer kanskje aldri for de pasientene som er særskilt sårbare eller har direkte erfaring med systemer som sviktet dem i Norge eller i utlandet.

Audun Lillekjendlie (2026) tok opp lignende bekymringer i Psykologtidsskriftets februarutgave. Han understreker at risikoen ved de nye verktøyene og grenseforskyvningene de bringer med seg, bæres fullt ut av pasienten. Gevinsten tilfaller i stor grad behandleren og systemet. Som tidligere IT-utvikler peker han på infrastrukturens risikoer – kontinuerlig opptak, overføring og prosessering av sensitiv informasjon – og at taushetsplikten ikke bare er et juridisk anliggende, men en grunnleggende verdi for all terapi.

Tidkrevende journalføring

Journalføring og dokumentasjon er en tidstyv til bekymring for mange psykologer. Årsakene til at journal blir så tidkrevende ved enkelte arbeidsplasser, er sammensatte, men mikrofoner og fullstendige opptak av samtaler vil neppe løse problemene ved systemene vi allerede har. Én årsak til at journalføring tar tid, er de svært varierende normene for journalføring fra arbeidssted til arbeidssted og behandlere imellom. Noen journalfører etter et «jo mer, jo bedre»-prinsipp, som innebærer mye unødvendig dokumentasjon som heller kan bli utleverende for pasienten, enn avgrenset til nødvendige helsefaglige vurderinger. En annen årsak er rett og slett dårlige journalsystemer. Jeg har selv vært borti systemer i det offentlige som henger seg opp i timevis, krever dobbel dokumentasjon i ulike brakker du må hente frem med bitte små knapper og ikoner med pikselgrafikk fra 90-tallet – uten gode muligheter for å kommunisere med fastlege og spesialisthelsetjeneste.

Jeg ønsker meg så klart enklere, smartere og raskere journalsystemer som tillater trygg deling av informasjon med relevante samarbeidspartnere. Men jeg ønsker ikke å plassere mikrofoner i noen av de mest private rommene vi har.

Å være tilliten verdig

Vi som jobber i helsevesenet, har ansvar for å fortsette å bygge et psykisk helsevern i Norge som forstår behovene til pasientgruppene vi møter, nå og i fremtiden. Hvis tilliten mellom en gruppe og et system svekkes, påvirkes kvaliteten på informasjonen som gis i behandling og til forskning. Tillit er i sentrum av hva vi jobber med, og for evidensgrunnlaget vi jobber ut fra. Som psykolog vet jeg hvor viktig det er å kunne tilby en ramme der klienten kan komme med flere opplysninger etter hvert som alliansen blir sterkere. Det skjer når pasienten får erfare at terapirommet er et beskyttet rom. Det er vi psykologer som har ansvar for å beskytte rommet, ikke pasientene selv.

Det bør blinke flere varsellamper når faglige vurderinger og klinisk evidens ikke lenger styrer helsehjelpens arbeidsformer og metoder. Verktøy som gjør skrivingen og tenkningen for deg, kan bidra til å svekke kompetansen vår, kanskje særlig hos nye generasjoner som går glipp av praktiske erfaringer med å foreta selvstendige faglige vurderinger (se for eksempel El Tarhouny & Farghaly, 2026). Som Bjørnar Olsen (2026) påpeker, gir man fra seg et tankeverktøy for klinisk tenkning, etisk refleksjon og profesjonell utvikling dersom journalføringen overlates til KI.

Det bør blinke særlig kraftige varsellamper når vi i vår maktposisjon skyver ansvaret om å si nei til et av våre arbeidsverktøy over på pasienter som har opplevd grenseoverskridelser. Naturligvis vil mange pasienter vegre seg for å si nei av frykt for å bli oppfattet som brysomme, skeptiske eller mistroiske.

Etter mitt syn er det helt åpenbart at helsevesenet, ikke minst psykisk helsevern, er i en særposisjon når det kommer til å prioritere og beskytte pasientenes rettigheter i en tid hvor personvern, konfidensialitet og fri tenkning trues. Terapirommet bør bevares som et sted der konfidensialitet garanteres. Det er nødvendig for å bevare faget og terapikunstens kjerne og kvalitet. Det er nødvendig for at ferske fagpersoner får mulighet til å lære det jeg og andre før meg har lært: hvordan de første, ofte klønete, oppstykkede, tvilende, sårbare skrittene mot etablering av tillit mellom mennesker ser ut og erfares.

Et klart og tydelig nei

Slik situasjonen er i dag, og med det tempoet implementeringen av KI skjer, vil forskning på feltet komme for sent til at vi kan bruke den som beslutningsgrunnlag. Da gjør vi klokest i å stole på hva vi som fagpersoner vet om hvor sårbar terapikonteksten er. Pasientene har allerede skyhøye skuldre og forsøker å finne måter å hjelpe seg selv gjennom fryktelige livserfaringer på, skam, svik, skyld – med oss som menneskelige medpassasjerer. Vi har ingen sikker metode for å stadfeste hvem som opplever den gjennomgripende dokumentasjonen som krenkende, og som holder tilbake viktig informasjon som følge av KI-verktøyene vi plasserer i rommet.

Implementeringen står seg etter mitt beste skjønn som svakt faglig og menneskerettslig fundert. Jeg tar derfor imot Helsedirektoratets invitasjon til at fagfolk selv får gjøre vurderinger om hvordan KI kan effektivisere tjenestene våre, og sier klart og tydelig nei til mikrofoner i min praksis.

Referanser

Blanchard, M. & Farber, B. A. (2016). Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship. *Counselling Psychology Quarterly*, *29*(1), 90–112. https://doi.org/10.1080/09515070.2015.1085365

Cardenas, A., Rabby, M., Koszarek, A., Jiminez, K., Ibarra, A., Adamson, A. & Gracey, L. E. (2026). Perceptions of artificial intelligence in health care among safety net patients, health care professionals, and clinical support staff. *Npj Digital Public Health*, *1*(22). https://doi.org/10.1038/s44482-026-00024-8

El Tarhouny, S. & Farghaly, A. (2026). Deskilling dilemma: brain over automation. *Frontiers in Medicine*, *13*, 1765692. https://doi.org/10.3389/fmed.2026.1765692

Helsedirektoratet. (2026, 8. mai). *Trygg bruk av KI i dokumentasjon av helsehjelp (tale-til-utkast)*. https://www.helsedirektoratet.no/normen/trygg-bruk-av-ki-i-dokumentasjon-av-helsehjelp-tale-til-utkast

Leiserowitz, G., Mansfield, J., MacDonald, S. & Jost, M. (2025). Patient Attitudes Toward Ambient Voice Technology: Preimplementation Patient Survey in an Academic Medical Center. *JMIR Medical Informatic*, *13*, e77901. https://doi.org/10.2196/77901

Lillekjendlie, A. (2026). Når terapirommet kobles på internett. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *63*(2), 98–100. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as02ae-Nar-terapirommet-kobles-pa-internett

Olsen, B. (2026). Tomme kalorier for sjelen eller kraftkost for faglig vekst? Om KI og journalføring. Tidsskrift for *Norsk psykologforening*, *63*(1), 43–46. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as01ae-Tomme-kalorier-for-sjelen-eller-kraftkost-for-faglig-vekst-Om-KI-og-journalf-ring

Stevens, A., Fussey, P., Murray, D., Hove, K. & Saki, O. (2023). 'I started seeing shadows everywhere': The diverse chilling effects of surveillance in Zimbabwe. *Big Data & Society*, *10*(1). https://doi.org/10.1177/20539517231158631

Publisert: 30.10.2026, Tidsskrift for Norsk psykologforening.