

**Skandinaviske retningslinjer
for behandling av psykisk
lidelse hos barn og unge:
En kvalitetsvurdering**
Dahlgren, Myrhaug og Husum

**Kartlegging av foreldrestil:
et spørreskjema for empati-
basert, følelsesbevisst
foreldrekompetanse**
Fallmyr, Lund og Egeland

**Experiences of municipal
psychologists on their role
in local public health work**
Granly, Nystuen og Chimhutu



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
23.06.2025

ISSN 0332-6470

Postadresse

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
katharine@psykologtidsskriftet.no

Utgiver Norsk psykologforening,
generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debattinnlegg
meninger@psykologtidsskriftet.no

Annonser psykologi@hsmedia.no
Bestillingsfrist 17.07, 18.08, 16.09, 17.10

Opplag 10 900

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams
Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen
Journalist Matt Oxman

Produksjonsansvarlig Veronica Bjartan

Teknisk redaktør Christian von Schack

Redaktører Daniel Willumstad Gunstveit,
Heidi Wittrup Djup, Ida Sund Morken

Markedsansvarlig Unni Sandland

Redaksjonsråd Siv Hilde Berg, Harald
Bækkelund, Ute Gabriel, Roger Hagen,
Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas
Halvorsen, Solveig H.H. Kjus, June
Ullevoldsaeter Lystad, Per-Magnus Moe
Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie,
Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens
Thimm og Espen Walderhaug

Form Maria Astrup & Kristin Bø
Omslagsillustrasjon Beth K. Sommerlade
Trykk Aksell AS

© Tidsskrift for Norsk psykologforening. Alt innhold på
www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Fra januar
2025 er alt innhold publisert under åpen tilgang (open access)
med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Med unntak av
vitenskapelige artikler publisert under CC BY-lisensen siden
1. juni 2022, har Psykologtidsskriftet kopirettighetene på alt
innhold før 2024. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes
av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/
figurateksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man
kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter
Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og
medieansvarsloven. Alt som publiseres representerer
forfatterens synspunkter som ikke nødvendigvis samsvarer
med redaktørens eller Norsk psykologforenings offisielle
synspunkter. Tidsskrift for Norsk psykologforening følger
retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International
Committee of Medical Journal Editors), og er medlem
av Fagpressen, Norsk redaktørforening og Norsk
tidsskriftforening.



INNHold

NR 7 - 25

Psykologtidsskriftet
Vol 62

OMSLAG

Beth K. Sommerlade har malt forsideillustrasjonen. – Jeg vil formidle sommer og ferie. Juli er solglitter og sene solnedganger, markblomster og blåbærlyng. Lag på lag med minner, og nye og gamle drømmer. Men mest av alt *tid*.



Kunnskap er fellesskap FORORD Katharine Cecilia Williams	370
Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering ORIGINALARTIKKEL Dahlgren et al.	371
Experiences of municipal psychologists on their role in local public health work ORIGINAL ARTICLE Granly et al.	382
Psykomotorisk fysioterapi ved akutt mani – en pilotstudie om reduksjon av stressaktivering ORIGINALARTIKKEL Raugstad et al.	393
Kartlegging av foreldrestil: et spørreskjema for empatibasert, følelsesbevisst foreldrekompetanse TESTARTIKKEL Fallmyr et al.	400
Test Usage and Quality Awareness among Norwegian Psychologists: The EFPA Test Use Survey 2020 ORIGINAL ARTICLE Grønnerød et al.	412
Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse ORIGINALARTIKKEL Peters et al.	422
Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress – en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina ORIGINALARTIKKEL Bjørknes et al.	430
Helter og syndebukker i media KRONIKK Pål Grøndahl og Synnøve Fosse	440
Hvor er de lukkede rommene? DEBATT Håkon Skard	443
Feilaktig framstilling i saken om forskrivningsrett for psykologer DEBATT Christian Grimsgaard	446
Tåkelegging av de lukkede rom DEBATT Siri Næs	448
En tydeligere forskningsprofil for Psykologforeningen DEBATT Chris Margaret Aanondsen	450

— *Alt du skriver hos oss,
blir delt fritt med alle*

Kunnskap er fellesskap

FOTO THOMAS BRUN NTB



TEKST Katharine Cecilia Williams
Sjefredaktør

Å **HØSTE INN** kunnskap er viktig, men minst like viktig er det å dele den med andre. Hvis ikke kunnskapen når frem til dem som kan ha bruk for den, blir verdi-full kunnskap som en øde og ubebodd øy. Vi mener at det er viktig at psykologisk kunnskap kommer alle til gode. Derfor vil ingen bli møtt med en betalingsmur, krav om abonnement eller innlogging hos oss. Alt du skriver hos oss, blir delt fritt med alle. Å publisere hos oss, er kostnadsfritt.

Fra juni 2025 er Psykologtidsskriftet indeksert i Directory of Open Access Journals (DOAJ), som blant annet innebærer at artiklene gjøres tilgjengelig ved litteratursøk. Vitenskapelige artikler vil med det få langt flere lesere og ha mye lenger levetid enn tidligere.

I tillegg blir alt som blir publisert i Psykologtidsskriftet, en del av vår felles historie og kunnskapsarv. Ikke bare sørger vi for at kunnskap blir delt, vi tar også ansvar for at tekstene aldri blir borte. Dette er en usynlig, men svært viktig del av vår virksomhet.

Våre papirutgaver inneholder kun et utvalg av tekstene vi publiserer. Redaksjonens mål er at hvert nummer skal inneholde stoff som en bredde av psykologer kan ha glede og nytte av. Tatt i betraktning hvor heterogen og mangfoldig den norske psykologprofesjonen har utviklet seg til å bli, er dette en ganske høy ambisjon. For oss er det viktig å følge med på hva leserne våre ønsker i sitt fagtidsskrift. Vi erfarer at norske psykologer har særlig interesse for fag og vitenskapelige artikler. I juliutgaven har vi derfor valgt å samle sammen noen publiserte vitenskapelige artikler som ikke tidligere har kommet på trykk.

Psykologer er en unik profesjon av mange grunner, men ikke minst når det gjelder faglitteratur. Få andre yrkesgrupper leser så mye fag på fritiden som psykologer. Sommeren er en tid hvor mange har mer lesetid enn vanlig, og derfor inneholder årets juliutgave et uvanlig stort antall vitenskapelige artikler.

Jeg ønsker deg en riktig fin sommer og god leselyst. 🙏

Astrid DahlgrenFakultet for helsevitenskap,
Oslo Metropolitan University**Hilde Tinderholt Myrhaug**Fakultet for helsevitenskap,
Oslo Metropolitan University**Tonje Lossius Husum**Fakultet for helsevitenskap,
Oslo Metropolitan University

Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering

Sammendrag

Barn og unge med ubehandlet psykisk lidelse kan utvikle kroniske lidelser og alvorlig somatisk sykdom senere i livet. Rett behandling til rett tid er dermed viktig for å fremme god psykisk helse. Det er et krav at helsepersonell følger nasjonale retningslinjer, og retningslinjer av god kvalitet er dermed viktig for pasientsikkerheten. Vi ønsket å vurdere kvaliteten på norske nasjonale retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge, og sammenlikne disse med korresponderende retningslinjer fra Sverige og Danmark. Vi håndsokte helsemyndighetenes nettsider og inkluderte fem norske retningslinjer (behandling av ADHD, bipolar lidelse, psykose, selvmord og spiseforstyrrelser) samt tre danske retningslinjer (ADHD, anoreksi og bulimi) og en svensk retningslinje (ADHD og autisme). For å vurdere kvaliteten på disse benyttet vi oss av en internasjonalt anerkjent sjekkliste (AGREE II), som også norske retningslinjer skal være utarbeidet etter, ifølge Helsedirektoratets egen veileder for utvikling av retningslinjer. Sjekklisten består av 23 punkter fordelt på seks hovedområder: avgrensning og formål, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet. Vi fant at den svenske og de danske retningslinjene er av overordnet svært god kvalitet og møter de fleste av de 23 kriteriene fordelt på seks hovedområder. De norske retningslinjene møter kriterier for avgrensning og formål og involvering av interessenter, men har store mangler når det gjelder metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon, anvendbarhet og redegjørelse for interessekonflikter.

SITER ARTIKKELEN:

Dahlgren, A., Myrhaug, H. T. & Husum, T. L. (2024). Skandinaviske retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge: En kvalitetsvurdering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11).
<https://doi.org/10.52734/FUOS6071>

KONTAKT astridd@oslomet.no

FAGFELLEVDERT

CC BY 4.0

Nøkkelord: evidensbasert praksis, nasjonale retningslinjer, barn og unge, psykisk lidelse

Hovedbudskap

- Barn og ungdom bør få den behandlingen som mest sannsynlig vil hjelpe dem og med minst mulig bivirkninger.
- Norsk helsepersonell skal jobbe etter nasjonale retningslinjer.
- Retningslinjer skal utarbeides etter internasjonale kriterier for avgrensning og formål, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet.
- Danske og svenske retningslinjer oppfyller de fleste av disse kvalitetskriteriene.
- Norske retningslinjer har enkelte styrker, men også store svakheter.

Ifølge Norsk pasientregister ble mer enn 71 000 barn og unge behandlet for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten i 2023 (Folkehelseinstituttet, 2024). Opptrapplingsplanen for psykisk helse i Norge legger vekt på tidlig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Ubehandlet psykisk lidelse kan gi kroniske lidelser og alvorlig somatisk sykdom senere i livet (Rehm & Shield, 2019). Som sådan er psykiske lidelser en belastning for pasientene selv og pårørende, men det er også samfunnsmessige kostnader forbundet med dette (Rehm & Shield, 2019).

Barn og ungdom bør få den behandlingen som mest sannsynlig vil hjelpe dem og med minst mulig bivirkninger. Internasjonale og nasjonale lov- og plandokumenter vektlegger dessuten barn og unges rett til å delta i beslutninger som berører dem selv, både på systemnivå i tjenesteutvikling og når det gjelder eget behandlingsforløp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Psykisk helsevernloven, 1999).

Videre er helsepersonell pålagt å basere praksisen sin på nasjonale retningslinjer supplert med andre kilder til oppsummert forskning av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2019; Psykisk helsevernloven, 1999). I Norge er nasjonale retningslinjer innenfor det psykiske helsefeltet utviklet av Helsedirektoratet. Råd og anbefalinger som blir gitt i disse retningslinjene, skal hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta informerte beslutninger, bidra til å redusere uønsket variasjon i praksis og fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2012).

Retningslinjer av god kvalitet er en hjørnestein i kunnskapsbasert praksis, og er viktig for å sikre best mulig behandling, hindre unødvendig variasjon og sikre god ressursbruk (Alsuhaibani et al., 2021; Grimshaw & Russell, 1993). Mange ulike aktører produserer retningslinjer, blant annet lokalsykehus, fagorganisasjoner og nasjonale myndigheter. Forskning har vist at retningslinjer som er ment å dekke de samme pasientene og behandlingsformene, kan variere med hensyn til hva de anbefaler (Keating et al., 2017). Som

et resultat av dette er det utviklet internasjonale kvalitetskriterier for retningslinjer (AGREE II) (Brouwers et al., 2016). I Norge har Helsedirektoratet også utgitt en egen veileder for utvikling av retningslinjer, som blant annet tar utgangspunkt i AGREE II for å sikre en systematisk, transparent og robust utviklingsprosess (Helsedirektoratet, 2012). I henhold til disse standardene bør en kunnskapsbasert retningslinje inkludere funn fra systematisk oppsummert forskning (Brouwers et al., 2016; Helsedirektoratet, 2012). Videre bør anbefalinger i retningslinjen ta hensyn til synspunktene til kliniske eksperter og pasienter og følge krav til etterrettelighet og åpenhet (Brouwers et al., 2016; Helsedirektoratet, 2012). Veilederen til Helsedirektoratet anbefaler i tråd med AGREE II-standardene at det skal tas i bruk eksplisitte metoder for å gradere kunnskapsgrunnlaget (gradingssystemet Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE); (Brouwers et al., 2016; Helsedirektoratet, 2012).

Sverige og Danmark er relevante land å sammenlikne seg med for Norge, da våre land har mange kulturelle likheter og tilsvarende helsesystem og folkehelse. Felles for de tre nordiske landene er også at det foreligger gode metodebeskrivelser for utarbeidelse av retningslinjer (Helsedirektoratet, 2008b; Sosialstyrelsen, 2019; Sundhedsstyrelsen, 2022). Disse er i stor grad sammenfallende med hensyn til kvalitetskriterier som blir anbefalt.

Det primære formålet med denne studien var å undersøke kvaliteten på norske nasjonale retningslinjer som omtaler behandling av barn og unge med psykisk lidelse. Et sekundærmål var å sammenlikne norske retningslinjer med tilsvarende retningslinjer fra Sverige og Danmark.

Materiale og metode

Design

Denne studien er en dokumentanalyse av nasjonale retningslinjer for behandling av psykisk lidelse hos barn og unge og korresponderende retningslinjer fra Sverige og Danmark. Prosjektplanen er publisert i <https://zenodo.org/record/6637419>.

Søk og inklusjon av retningslinjer

I en gjennomgang av nasjonale retningslinjer på Helsedirektoratets nettsider identifiserte vi fem retningslinjer som omhandlet behandling av psykisk lidelse hos barn og unge (Helsedirektoratet, 2008a, 2017, 2020, 2022a, 2022b). Vi håndsokte videre nettsidene til nasjonale helsemyndigheter i Sverige og Danmark etter retningslinjer som omhandlet de samme populasjonene. For å avklare med sikkerhet at vi hadde identifisert alle retningslinjene, kontaktet vi helsemyndighetene i Sverige og Danmark direkte.

Kritisk vurdering og presentasjon av funn

Alle retningslinjer ble vurdert av minst to forfattere uavhengig av hverandre. Ved uoverensstemmelse ble en tredje forfatter konsultert. Vi tok i bruk Helsebibliotekets sjekkliste for retningslinjer. Sjekklisten er basert på den norske oversettelsen av AGREE II (Brouwers et al., 2016; Helsebiblioteket, 2021).

Sjekklisten består av 23 punkter fordelt på seks hovedområder (se tabell 1).

TABELL 1

Innhold AGREE II-sjekklisten

1. Avgrensning og formål
 - a. Retningslinjens overordnede mål skal være klart beskrevet.
 - b. De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen skal være klart beskrevet.
 - c. Populasjonene (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter, skal være klart beskrevet.
2. Involvering av interessenter
 - a. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen, skal ha med personer fra alle relevante faggrupper.
 - b. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning etc.), skal være forsøkt inkludert.
 - c. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) skal være klart definert.
3. Metodisk nøyaktighet
 - a. Systematiske metoder skal være brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget.
 - b. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget skal være klart beskrevet.
 - c. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget skal være klart beskrevet.
 - d. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene, skal være tydelig beskrevet.
 - e. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer skal være tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene.
 - f. Det skal fremgå tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.
 - g. Retningslinjen skal ha blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering.
 - h. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen skal være beskrevet.
4. Klarhet og presisjon
 - a. Anbefalingene skal være spesifikke og tydelige.
 - b. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden skal være klart beskrevet.
 - c. De sentrale anbefalingene skal være lette å identifisere.
5. Anvendbarhet
 - a. Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen, skal være beskrevet.
 - b. Retningslinjen skal være støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis.
 - c. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene skal være tatt i betraktning.
 - d. Retningslinjen skal inneholde vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering.
6. Redaksjonell uavhengighet
 - a. Retningslinjen skal være redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans.

For hvert underspørsmål skåres det «ja», «nei», «delvis» eller «uklart» alt etter som om kriteriene er oppfylt. I denne artikkelen presenterer vi funnene oppsummert for hvert av de seks hovedområdene i %. Vi kodet svarkategoriene slik: «ja» = 100 %, «nei» = 0, «delvis» = 50 % eller «uklart» = 0. For hvert hovedområde er det beregnet gjennomsnitt for de ulike underpunktene. Vurderinger vi har gjort for hver av de 23 punktene fordelt på de seks hovedområdene med utfyllende kommentarer, er å finne i supplerende materiale (Dahlgren et al., 2023).

Resultater

Beskrivelse av inkluderte retningslinjer

I vår gjennomgang av Helsedirektoratets nettsider fant vi fem retningslinjer som omhandlet behandling av psykisk lidelse hos barn og unge. Disse omfattet ADHD, bipolar lidelse, psykose, selvmord og spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2008a, 2017, 2020, 2022a, 2022b). Vi inkluderte en svensk nasjonal retningslinje (ADHD og autisme) og tre danske nasjonale retningslinjer (ADHD, anoreksi og bulimi) (Socialstyrelsen, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2018, 2019, 2021). De fleste retningslinjene omfatter også voksne. Vi fant at Danmark også har retningslinjer for bipolar lidelse og psykoselidelser, men at disse ikke omfatter barn og unge. Likeledes har Sverige en retningslinje for psykoselidelser, men denne er avgrenset til voksne. Danmark har utviklet veiledende materiell for selvmord, men dette er ikke en nasjonal retningslinje.

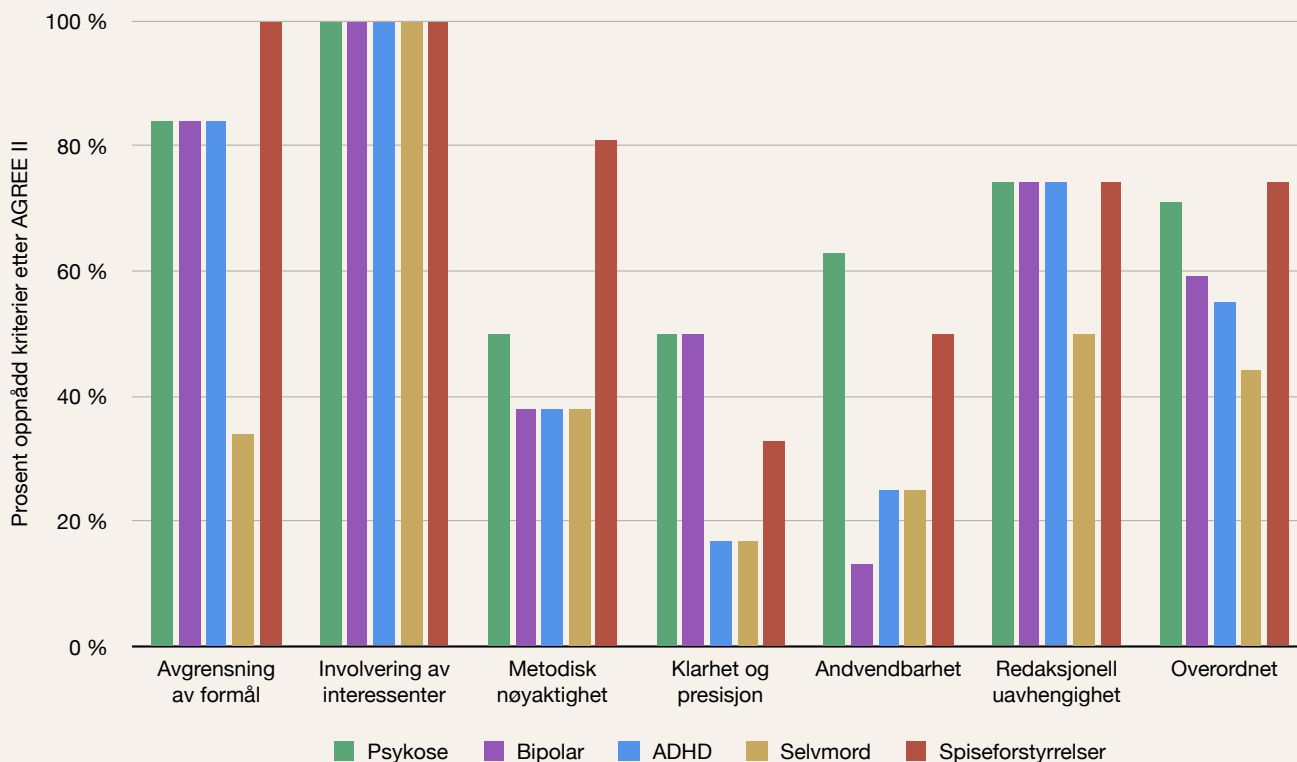
Vurdering av norske retningslinjer

Avgrensning og formål

Fire av fem retningslinjer oppfyller helt eller delvis de tre underpunktene i AGREE II (skår mellom 80 % og 100 %) (se figur 1). Formål og populasjon som omfattes av retningslinjene, er beskrevet, men vi finner ikke gode beskrivelser av de kliniske eller organisatoriske spørsmålene som har vært søkt besvart. Unntaket er retningslinjen for selvmord, som har en skår på 33 %. Her finner vi ingen beskrivelse av kliniske og organisatoriske spørsmål, og målgruppen er uklart beskrevet.

FIGUR 1

Vurdering av norske retningslinjer



Vurdering av de seks underkategoriene i AGREE II og overordnet skår

Involvering av interessenter

Vi finner at retningslinjene etterlever alle underpunkter for involvering av interessenter, herunder en bred faglig arbeidsgruppe/referansegruppe og med involvering av brukerrepresentanter. Brukerrepresentanter utgjør i median fra 3 av 12 til 3 av 34 representanter av total arbeidsgruppe/referansegruppe.

Metodisk nøyaktighet

Når det gjelder metodisk nøyaktighet, møter fire av fem retningslinjer underkriteriene kun delvis. Vi savner informasjon om klare inklusjonskriterier, hvordan kvaliteten på primærstudier har blitt vurdert inn i anbefalingene, en redegjørelse for ulemper ved behandlingsalternativene og informasjon om hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget (altså hvordan forskning, faglig skjønn og pasienterfaringer har blitt vektet). Det er heller ikke redegjort for hvordan innspill fra høringsrunder er vurdert og eventuelt inkludert. Ingen av retningslinjene har oppgitt en prosedyre for oppdatering av retningslinjen. Retningslinjen for spiseforstyrrelser skiller seg imidlertid ut og oppfyller de fleste kriteriene, med unntak av beskrivelse av høringsprosess og prosedyre for oppdatering.

Klarhet og presisjon

For klarhet og presisjon finner vi at anbefalingene er av generell karakter og inneholder i liten grad spesifikk informasjon om varighet og organisering av behandlingsformer. Rådene er allikevel tilpasset grupper med ulik risiko/symptomtrykk. For tre av fem retningslinjer (psykose, ADHD og selvmord) finner vi ikke en god beskrivelse av ulike behandlingsalternativer for å håndtere tilstanden, og for fire retningslinjer finner vi ingen oppsummering av sentrale

anbefalinger, for eksempel i en boks, oppsummeringstabell, algoritme eller flytdiagram. Ingen av de norske retningslinjene skårer høyere enn 50 % overordnet sett på tvers av underpunktene som er omfattet av dette området.

Anvendbarhet

Med noen unntak (5 av 20 underpunkter fordelt på de fem retningslinjene) møter ikke retningslinjene de fire kriteriene som vurderer anvendbarhet, mer enn delvis eller ikke i det hele tatt (fra 13 % til 63 %). Her savnes blant annet en diskusjon rundt systemiske faktorer som kan hemme eller fremme bruk av retningslinjen (praktiske eller ressursmessige forhold, f.eks. tilgang til utstyr, kompetanse eller organisasjonelle hensyn), vi savnet tilleggs materiale som støtter opp under implementering og en diskusjon rundt mulige ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene og vurderingskriterier for monitorering.

Redaksjonell uavhengighet

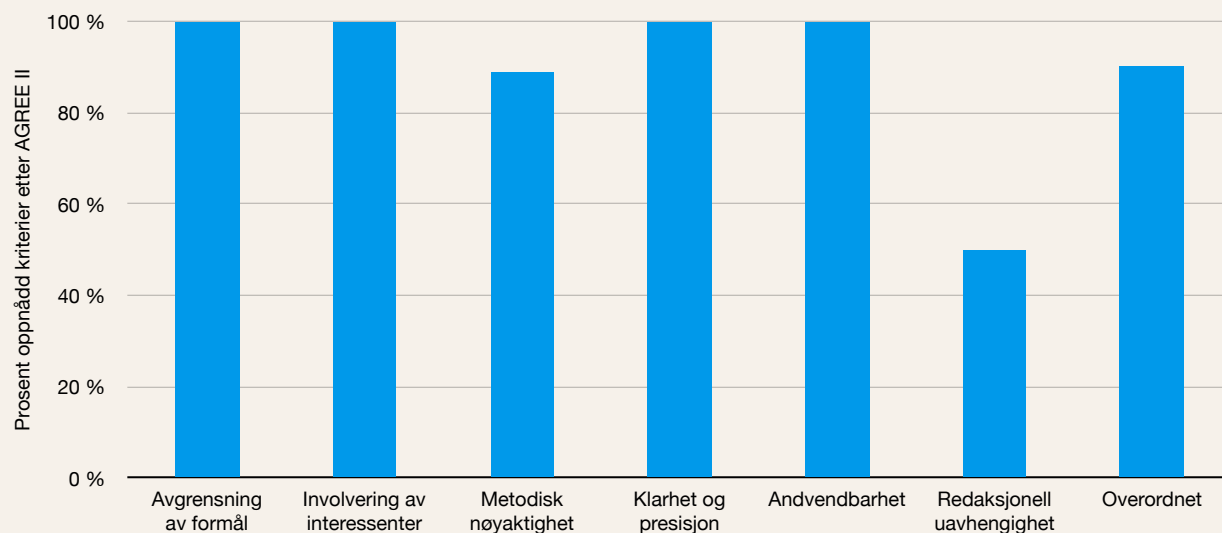
Når det gjelder redaksjonell uavhengighet, er det redegjort for interessekonflikter for alle retningslinjene med unntak av retningslinjen for selvmord. Fordi ingen av disse erklæringene er publisert, når ikke retningslinjene helt opp (fra 50 % til 75 %).

Vurdering og sammenlikning med danske og svenske retningslinjer

Retningslinjene fra Danmark og Sverige kommer godt ut på de fleste underpunkter (se figur 2 og 3), og de skårer overordnet sett mellom 90 og 93 % på tvers av alle de seks hovedområdene.

FIGUR 2

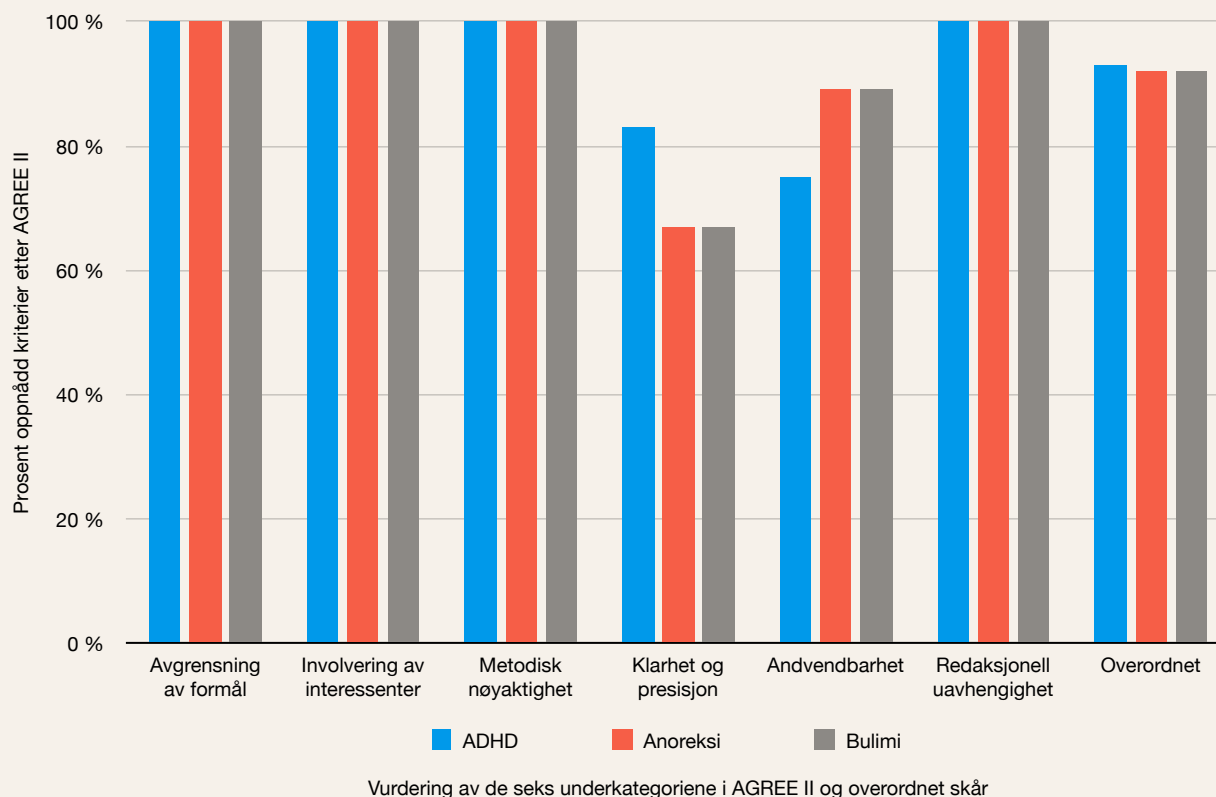
Vurdering av svenske retningslinjer for ADHD og autisme



Vurdering av de seks underkategoriene i AGREE II og overordnet skår

FIGUR 3

Vurdering av danske retningslinjer



Unntaket og gjennomgående for de danske retningslinjene er at de ikke gir spesifikke og tydelige anbefalinger, men mer generelle råd uten å nevne varighet, intensitet og organisering av behandlingsalternativ (området «klarhet og presisjon»).

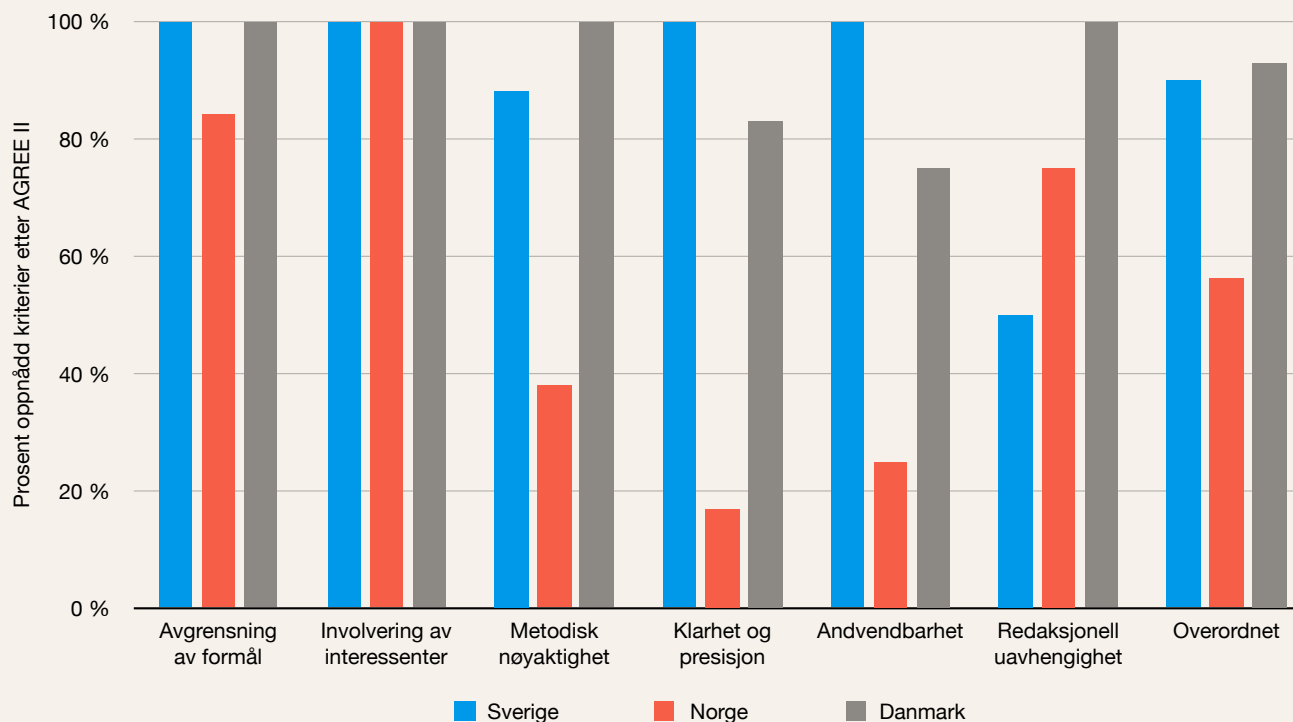
Under hovedområdet «anvendbarhet» har den danske retningslinjen for ADHD bare delvis gjort rede for ressursmessige implikasjoner av å følge anbefalingene, samt at det for anoreksi og bulimi ikke er oppgitt vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering. De oppgir allikevel gode grunner for hvorfor dette er vanskelig, og det er foreslått alternativer.

Den svenske retningslinjen har toppskår på begge disse områdene («klarhet og presisjon» og «anvendbarhet»), men får trekk på områdene «metodisk nøyaktighet» og «redaksjonell uavhengighet» fordi retningslinjen mangler beskrivelse av prosedyre for oppdatering og beskrivelse av interessekonflikter for medlemmer i arbeidsgruppen.

I figur 4 vises vår vurderingsskår for de tre ADHD-retningslinjene samlet. Den svenske og den danske retningslinjen kommer overordnet godt ut på alle seks hovedområder. Den norske retningslinjen skårer dårligere på alle seks hovedområder og har en skår på 40 % eller dårligere på de tre hovedområdene: «metodisk nøyaktighet», «klarhet og presisjon» samt «anvendbarhet».

FIGUR 4

Vurdering av ADHD-retningslinjen på tvers av land



Vurdering av de seks underkategoriene i AGREE II og overordnet skår

Diskusjon

Styrker og svakheter

Vi er ikke kjent med at andre har gjort en tilsvarende analyse av nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av barn og unges psykiske helse i Norden. En styrke med vår studie er dermed at denne analysen vil kunne bidra til en diskusjon om kvaliteten på norske retningslinjer. Dette er viktig innsikt for de som utvikler retningslinjer, men også for fagfolk og befolkningen generelt.

Vi har i denne studien benyttet oss av systematiske og gjennomsiktede metoder. Sjekklisten vi har tatt i bruk, er et anerkjent og omfattende verktøy som omfatter internasjonale standarder for retningslinjer. Allikevel innebærer bruk av sjekkliste skjønn, og andre kan derfor vurdere disse kriteriene noe annerledes. Det var stor overensstemmelse mellom våre vurderinger. Vi hadde en diskusjon knyttet til kriterium 23, som omhandler rapportering av interessekonflikter. På dette punktet opplevde vi sjekklisten som uklar. Det vil si at det for noen av retningslinjene var oppgitt at paneldelta-kerne hadde fylt ut interessekonflikterklæring, og dermed kunne det argumenteres for at retningslinjene oppfylte dette kriteriet. Samtidig var det ikke oppgitt eller publisert noe sted hva denne interessekonflikten besto i. Etter samråd bestemte vi oss for å vurdere dette kriteriet som ikke oppfylt

hvis ikke selve interessekonfliktene var oppgitt. Utfyllende kommentarer som beskriver vår vurdering, er gjort tilgjengelig i supplerende materiale. Det bør også nevnes at kriteriene blir bedømt etter det som er beskrevet i retningslinjene. Det betyr at noen av disse kriteriene kan være oppfylt som en del av retningslinjearbeidet, men at det ikke nødvendigvis er oppgitt i det skriftlige materialet.

Formålet med denne studien var todelt. Det første målet var å vurdere styrker og svakheter ved de norske retningslinjene. Videre ønsket vi å sammenlikne kvaliteten på disse med nasjonale retningslinjer for de samme populasjonene hos våre naboland. Dessverre viste vår gjennomgang av retningslinjer i Sverige og Danmark at det er utgitt få retningslinjer rettet mot de samme populasjonene i disse to landene. Sammenlikningen av kvalitet på tvers av de tre landene lot seg kun gjøre for ADHD, og mellom norske og danske retningslinjer for spiseforstyrrelser. At det i Norge har vært en politisk prioritering å utarbeide retningslinjer som også omhandler barn og unge, er en styrke for den norske helsetjenesten, men det er dessverre en begrensning for vår analyse at våre naboland ikke har gjort det samme. Når det er sagt, bidrar vår studie med en beskrivelse av denne forskjellen i tilgjengelige nasjonale retningslinjer i tillegg til å kunne bidra med noe sammenliknende data på de retningslinjene som var tilgjengelig på de samme populasjonene.

Hovedfunn

Den svenske og de danske retningslinjene er av svært god kvalitet og skårer overordnet sett mellom 90 og 93 % (Socialstyrelsen, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2018, 2019, 2021). Til sammenlikning skårer de norske retningslinjene overordnet sett lavere og mellom 44 og 70 % (Helsedirektoratet, 2008a, 2017, 2020, 2022a, 2022b). De norske retningslinjene viser også større variasjon i kvalitet, men har overordnet sett viktige mangler fordelt på fem av seks hovedområder.

De norske retningslinjene er gode når det gjelder å være tydelige på hensikt og målgruppe. Begrunnelsene er også sammenfallende. Det understrekes at det overordnede målet for retningslinjene er å hindre unødvendig variasjon, støtte tjenesten og være normerende for å oppfylle krav til forsvarlig helsehjelp. Med unntak av retningslinjen for selvmord er populasjonen retningslinjene retter seg mot, tydelig beskrevet i forord eller innledning. Vi savnet imidlertid beskrivelse av nedre aldersgrense for barn som er omfattet av retningslinjene (med unntak av retningslinjen for psykose, som oppgir dette innledningsvis). Målgruppen (altså de som retningslinjen er ment å skulle veilede) er beskrevet i alle retningslinjene. Videre er sammensetningen av arbeidsgruppen godt dokumentert, og disse fremstår som tverrfaglige og omfattende. Brukerrepresentanter har inngått i alle arbeidsgruppene, men er i stort mindretall. Det beskrives ikke hva slags rolle eller mandat disse har hatt annet enn at de har inngått i arbeidsgruppen. En svakhet ved de norske retningslinjene er

at dokumentasjon for erklæring av interessekonflikter ikke er publisert. Til sammenlikning har de i Danmark valgt å publisere dette som supplerende materiale på nettsidene.

Med unntak av retningslinjen for spiseforstyrrelser har alle de norske retningslinjene store mangler når det gjelder metodisk nøyaktighet. Dette området består av hele sju underpunkter og hvor fire av de fem norske retningslinjene skårer overordnet sett mellom 38 % og 50 %. Unntaket her er retningslinjen for spiseforstyrrelser, som skårer overordnet sett 81 %. Kunnskapsgrunnlaget for de norske retningslinjene er i alle tilfeller helt eller delvis innhentet av metodespesialister fra tidligere Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten på bestilling fra Helsedirektoratet, ofte supplert av søk ved Helsedirektoratets eget bibliotek. Med unntak av retningslinjen for spiseforstyrrelser oppgis det dessverre lite informasjon om inklusjon- og eksklusjonskriterier som har ligget til grunn for innhenting av forskningsgrunnlaget. Med ett unntak (retningslinjen for spiseforstyrrelser) oppgir ingen av retningslinjene søkestrategi. Retningslinjen for spiseforstyrrelser skiller seg ut også ved at arbeidsgruppen har nominert og prioritert forskningsspørsmål som skal besvares. Dette er et viktig kvalitetsgrep og sikrer i større grad relevans, da retningslinjen vil kunne dekke et kunnskapsbehov tjenestene opplever de sitter med.

De norske retningslinjene beskriver i liten grad hvordan anbefalingene er fattet, om det har vært faglig uenighet, og hvordan dette i så fall ble håndtert. For mange tilstander vil det være vitenskapelig usikkerhet knyttet til hva som er best behandling, men oppgaven til retningslinjepanelet er like fullt å gi en anbefaling med utgangspunkt i den kunnskapen som faktisk foreligger (Lim et al., 2008; Vandvik et al., 2013). I en retningslinje av god kvalitet skal forskningen som ligger til grunn for anbefalingene, være synliggjort, og eventuelle kunnskapshull skal oppgis (Brouwers et al., 2016). Videre skal det være tydelig hvordan panelet har vurdert denne dokumentasjonen, og hvordan klinisk erfaring og pasienters preferanser har blitt vektet inn i den endelige anbefalingen (Brouwers et al., 2016). Det finnes flere verktøy som kan brukes til dette, for eksempel GRADE og DECIDE-rammeverket og SIGN (GRADE Working Group, 2014, 2022; Healthcare Improvement Scotland, 2021). Helsedirektoratets veileder for retningslinjer anbefaler bruk av GRADE, men kommer med lite konkret anbefaling om metodikk for å håndtere konsensusprosesser (Helsedirektoratet, 2012). I retningslinjene for psykose, bipolar og ADHD er SIGN-sjekklisten benyttet, men resultatene av denne prosessen er dårlig dokumentert. Det er for eksempel usikkert om primærstudiene har blitt vurdert for metodisk kvalitet. Videre mangler det beskrivelser av hvordan fordeler og ulemper er blitt vektet, og vurderinger av anvendbarhet er ikke beskrevet (Healthcare Improvement Scotland, 2021). DECIDE-rammeverket er brukt for ADHD-retningslinjen, men konklusjonene av eventuelle faglige avveininger er

ikke beskrevet (GRADE Working Group, 2014). Når det gjelder retningslinjene for ADHD, bipolar lidelse og psykose, skal AGREE II-instrumentet ha vært lagt til grunn for å sørge for en strukturert og nøyaktig arbeidsmetode, men som vi finner i vår studie, er mange av disse kriteriene ikke møtt. Et unntak er retningslinjen for spiseforstyrrelser, som presenterer et velstrukturert avsnitt knyttet til hver anbefaling der inklusjonskriterier (PICO), kunnskapsgrunnlag og videre begrunnelse for anbefaling er godt beskrevet. Denne retningslinjen er også den eneste som oppgir faglig uenighet om anbefalinger, og som tar i bruk GRADE i tråd med Helsedirektoratets egen veileder for retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjen for spiseforstyrrelser har dermed lagt seg tett opp til samme format som den svenske og de danske retningslinjene, og bidrar med informasjon om prosess og kunnskapsgrunnlag på en gjennomiktig måte. Ved å gjøre denne delen av beslutningsprosessen gjennomiktig inviteres fagfolk og andre til å ta stilling til bakgrunnen for anbefalingen, og kan selv gjøre seg opp en mening. Å være tydelig på hva slags kunnskap som har vært utgangspunkt for anbefalingene, er også viktig med tanke på at brukerrepresentanter har vært i mindretall i retningslinjepanelene. Erfaringsvis er brukerrollen mangelfullt definert, og retningslinjeutviklere kan synes det er vanskelig å vite hvordan de best forvalter brukerkunnskap inn i slike prosesser (Lim et al., 2008; Ocloo et al., 2021). Et annet underpunkt under «metodisk nøyaktighet» etterspør beskrivelse av høringsprosesser. Selv om en form for høringsprosess er omtalt i alle de norske retningslinjene, er det ikke beskrevet hvordan innspill er tatt med inn i den endelige retningslinjen. En oppsummering av innspill som har kommet, er heller ikke tilgjengelig. Til sammenlikning publiserer helsemyndighetene i Danmark innspill fra høringsrundene på nettsidene sine.

Det er en stor utfordring for retningslinjearbeid at kunnskapsgrunnlaget fort blir utdatert. For å være av god kvalitet skal en retningslinje beskrive en strategi for oppdatering (Brouwers et al., 2016). Ingen av de norske retningslinjene inneholdt en slik plan. Det betyr at det hviler et ansvar på ansatte i tjenestene å supplere retningslinjer med ny oppsummert forskning. Innen behandlingsforskning er det dessuten en stor kunnskapsproduksjon. Dette gjelder også det psykiske helsefeltet. Søk etter forskningsgrunnlag bør derfor være bredt med hensyn til å fange opp kunnskap om alle behandlingalternativer som er tilgjengelig for hver enkelt tilstand. Her synes retningslinjen for ADHD å være særlig smal, da oppdateringen som ble utført i 2021 (av 2018/2014-versjonen), kun supplerte retningslinjen med en kunnskapsoppsummering på et enkelttiltak (teambasert og intensivt utredning). Som en konsekvens er kunnskap om andre tiltak som er publisert de siste årene, ikke blitt tilgjengeliggjort for tjenestene. Dette er kunnskap som er viktig for å utvikle tilbud til barn og unge med ADHD i Norge på en systematisk måte. Det er stor kunnskapsproduksjon i dette

feltet, noe erfaringer fra den siste oppdateringen av den levende kunnskapsoppsummeringen om effekt av tiltak for barn og unge med ADHD publisert i Tiltakshandboka.no (et oppslagsverk over forskning på barn og unges psykiske helse driftet av RBUP Øst og Sør på oppdrag av Helsedirektoratet) gir en indikasjon på. Her ble 19 nye systematiske oversikter om behandling inkludert i 2020, kun to år etter at kunnskapsoppsummeringen først ble publisert i 2018 (Elvsåshagen et al., 2020).

Mangel på klarhet og presisjon kan gjøre det vanskelig for klinikere å operasjonalisere anbefalingene i praksis hvis ikke metodikk for utredning og behandling er tydelig beskrevet. Når praktiske og ressursmessige hensyn ikke er beskrevet, blir dette til hinder for de i praksis som ønsker å implementere anbefalingene. At nasjonale retningslinjer av god kvalitet blir tatt i bruk, er viktig for å sikre en trygg helsetjeneste (Vandvik et al., 2013). Med ett unntak var det i de norske retningslinjene ikke oppgitt en strategi for å sikre etterlevelse av retningslinjen. Vi fant også at det var lite materiell tilgjengelig for å støtte implementering. Her er den svenske og de danske retningslinjene bedre, der det er publisert egne verktøykasser for implementering. Disse inneholder «quick guides» som beskriver hovedanbefalingene, informasjonsfilmer og andre verktøy, og er lett tilgjengelig på nettsidene til helsemyndighetene. AGREE II-sjekklisten innehar også et punkt om å ta i bruk en referansestandard for å kunne måle eventuell etterlevelse av anbefalinger (Helsebiblioteket, 2021). Dette er heller ikke noe vi fant i noen av de norske retningslinjene. Å sette en slik referansestandard kan være vanskelig, men en diskusjon rundt dette er allikevel verdifullt, slik det gjøres i de danske retningslinjene for anoreksi og bulimi. Å styrke implementeringsarbeidet og evaluering av etterlevelse bør derfor være en prioritering.

Annen forskning

En tilsvarende studie har evaluert retningslinjer på behandling av psykisk lidelse og rusmisbruk utgitt i Storbritannia, Australia, USA, Singapore, Tyskland, Canada og av World Federation of Societies of Biological Psychiatry (Alsuhaibani et al., 2021). Med utgangspunkt i AGREE II får 13 av 21 retningslinjer 70 % eller bedre totalskår. Kun tre retningslinjer ligger i det nedre sjikt (40 %). Retningslinjer utgitt av NICE (Storbritannia) og SIGN (Skottland) får toppskår, tett fulgt av APA (USA), og er da av tilsvarende kvalitet som retningslinjene fra Danmark og Sverige i vår studie. Forfatterne vurderte at retningslinjer som overordnet sett skårer dårligere enn 40 %, ikke er pålitelige nok til å brukes som beslutningsgrunnlag (Alsuhaibani et al., 2021). Den norske retningslinjen for selvmord ligger ganske nærme denne terskelen med 44 %, mens de resterende retningslinjene ligger i mellomsjiktet i spennet 56 % til 73 %.

Samtidig med at vår artikkel gjennomgikk fagfelle-vurdering, ble en tilsvarende studie publisert. Denne

hadde evaluert ett tilfeldig valgt kapittel fra norske nasjonale faglige retningslinjer publisert eller oppdatert fra 2013 til januar 2022 (totalt 60 retningslinjer) (Langeland et al., 2023). Selv om det ble benyttet et litt mindre omfattende instrument i denne evalueringen (NEATS), er domene omfattet av dette instrumentet også inkludert i AGREE II (Developing and Testing the Agency for Healthcare Research and Quality's National Guideline Clearinghouse Extent of Adherence to Trustworthy Standards (NEATS) Instrument, 2019). Disse omfatter en vurdering av sammensetning av retningslinjegruppe, innhenting og vurdering av forskningsbasert kunnskap, etterrettelighet knyttet til utarbeidelse av anbefalinger, høringsprosesser og oppdateringsprosedyrer. Forfatterne konkluderer, i tråd med vår studie, at norske retningslinjer ikke følger internasjonale standarder for retningslinjer av god kvalitet (Langeland et al., 2023).

Konklusjon

Den svenske og de danske retningslinjene er av gjennomgående svært god kvalitet. De norske retningslinjene er gode når det gjelder å være tydelige på hensikt og målgruppe. Målgruppen for retningslinjene er også beskrevet, og sammensetningen av arbeidsgruppen er godt dokumentert. Men med unntak av retningslinjen for spiseforstyrrelser har alle de norske retningslinjene store mangler med hensyn til metodisk nøyaktighet, klarhet og presisjon og anvendbarhet. Dette har flere kliniske implikasjoner. For det første er det lite gjennomsliktig hvordan retningslinjene er utarbeidet, noe som kan ha betydning for tillit og dermed etterlevelse i praksis. Hvis retningslinjene ikke er basert på et robust forskningsgrunnlag, kan dette få konsekvenser for pasientsikkerhet ved at relevant kunnskap om nytte og skade ikke er tatt med. Vi finner også forbedringspotensial i å gi anbefalingene mer klarhet og presisjon, samt å inkludere rikere beskrivelser av retningslinjenes anvendbarhet og å publisere erklæringer om interessekonflikter. Ved oppdatering av gjeldende retningslinjer eller ved utarbeidelse av nye bør Helsedirektoratet etterleve kriterier for god praksis i sitt retningslinjearbeid. Ψ

REFERANSER

- Alsuhailani, R., Smith, D. C., Lowrie, R., Aljhani, S. & Paudyal, V. (2021). Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03188-0>
- Brouwers, M. C., Kerkvliet, K. & Spithoff, K. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, 352, i1152. <https://doi.org/10.1136/bmj.i1152>
- Dahlgren, A., Myrhaug, H. T. & Husum, T. L. (2023). *Utfyllende tabell kritisk vurdering norske retningslinjer*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.7516324>
- Developing and Testing the Agency for Healthcare Research and Quality's National Guideline Clearinghouse Extent of Adherence to Trustworthy Standards (NEATS) Instrument. (2019). *Annals of Internal Medicine*, 170(7), 480–487. <https://doi.org/10.7326/m18-2950>
- Elvsåshagen, M., Dahlgren, A., Eidet, L., Nilsen, K., Morken, I. & Øgrim, G., (2020). Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for ADHD og andre hyperkinetiske forstyrrelser hos barn og unge. *Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse*. <https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tilstandsgruppe-adhd-og-andre-hyperkinetiske-forstyrrelser>
- Folkehelseinstituttet (FHI). (2024). Aktivitetsdata for spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsevern for barn og unge, årsdata 2023. Fhi.no. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2024/aktivitet-bup-2023---spesialisthelsetjenesten.pdf>
- GRADE Working Group. (2014). *DECIDE*. <https://www.decide-collaboration.eu/dissemination-o>
- GRADE Working Group. (2022). *GRADE*. <https://www.gradeworkinggroup.org/>
- Grimshaw, J. M. & Russell, I. T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, 342(8883), 1317–1322. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92244-N](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)92244-N)
- Healthcare Improvement Scotland. (2021). SIGN. <https://www.sign.ac.uk/what-we-do/methodology/>
- Helsebiblioteket. (2021, 15. november). *Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2008a). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Nasjonale faglige retningslinjer). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2008b). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (IS-1870). [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser* (Nasjonal faglig retningslinje). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2018). *Behandling og oppfølging – psykiske lidelser, pakkeforløp barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge/behandling-og-oppfolging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2020). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (Nasjonale faglige retningslinjer IS-1957). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2022a). *ADHD*. (Nasjonal faglig retningslinje). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger* (Nasjonal faglig retningslinje IS-1925). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/bipolare-lidingar/Bipolare%20lidingar%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20for%20utgreiing%20og%20behandling.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Prop. 121 S (2018–2019). Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea-3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp20182019012100odddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011 - 06 - 24 - 30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Keating, D., McWilliams, S., Schneider, I., Hynes, C., Cousins, G., Strawbridge, J. & Clarke, M. (2017). Pharmacological guidelines for schizophrenia: a systematic review and comparison of recommendations for the first episode. *BMJ Open*, 7(1), e013881. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013881>
- Langeland, E. A., Pisani, S. E. R., Kalager, M., Bretthauer, M. & Helsing, L. M. (2023). Følger Helsedirektoratets retningslinjer internasjonale standarder for troverdighet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143(14). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0110>
- Lim, W., Arnold, D. M., Bachanova, V., Haspel, R. L., Rosovsky, R. P., Shustov, A. R. & Crowther, M. A. (2008). Evidence-Based Guidelines – An Introduction. *Hematology*, 2008(1), 26–30. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2008.1.26>
- Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B. D. & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: a systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999 - 07 - 02 - 63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999 - 07 - 02 - 62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rehm, J. & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer. Metodbeskrivning*. <https://www.socialstyrelsen.se/sok/?q=metodbeskrivning+nationella+riktlinjer>
- Socialstyrelsen. (2022). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/adhd-och-autism/>
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Behandling af moderat og svær bulimi*. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2015/NKR-Moderat-og-svaer-bulimi>
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Behandling af anorexia nervosa*. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2016/NKR-Behandling-af-anorexia-nervosa>
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Utredning og behandling af ADHD hos børn og unge. National klinisk retningslinje*. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2021/NKR-ADHD-hos-boern-og-unge>
- Sundhedsstyrelsen. (2022). *Sådan udarbejdes NKA*. <https://www.sst.dk/da/Viden/Sundhedsvaesen/NKR-og-NKA/Saadan-udarbejdes-NKR>
- Vandvik, P. O., Berg, R. & Vist, G. (2013). En ny generasjon troverdige kliniske retningslinjer. *Norsk Epidemiologi*, 23(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1644>

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

Har du slitt med en fagetisk problemstilling i klinikk? Eller ser du etiske dilemma ved psykologenes roller i samfunnet?

Vi ønsker bidrag til vår faste spalte Etikkpanelet. Del dine etiske refleksjoner med oss.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Ylva Pålstdatter Granly

University of Inland Norway, Department of
Public Health and Sports Sciences

Pål Nystuen

Lovisenberg Diaconal Hospital, Centre for
Mental Health and Addiction

Victor Chimhutu

University of Inland Norway, Department of
Public Health and Sports Sciences

Experiences of municipal psychologists on their role in local public health work

Abstract

CITE THIS ARTICLE:

Pålstdatter Granly, Y., Nystuen, P. & Chimhutu, V. (2025). Experiences of municipal psychologists on their role in local public health work. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
<https://doi.org/10.52734/JERG4951>

CONTACT ylva.granly@inn.no

NOTE The article is based on the unpublished master's thesis of the first author, for which the third author was the supervisor. The authors declare no conflicts of interest.

PEER REVIEWED

CC BY 4.0

Background: Municipal psychologists (MPs) in Norway are mandated to contribute to public health work through mental health promotion and preventive efforts. However, the literature indicates that MPs spend most of their time on clinical work. This study aimed to explore the role and situatedness of MPs in public health work, from their perspective. **Method:** A qualitative design was used, involving 12 semi-structured interviews with MPs from 8 different municipalities in the greater Oslo region. Data were analysed using thematic analysis. **Results:** Participants reported challenges related to a lack of role clarity, leading to difficulties in balancing clinical and public health work. Collaborative challenges across sectors and services also constituted major findings. Despite this, MPs remained convinced that their competencies are needed and relevant in municipal public health work. **Conclusion:** The roles of MPs need to be clearly defined. Official guidelines for their roles should be developed, and MPs should be formally included in municipal public health teams. Furthermore, legislation regarding psychological expertise in the Public Health Act can create a clear mandate for MPs and grant them greater authority.

Keywords: mental health, prevention, municipal psychologists, new public management, self-determination theory

Norwegian municipalities identify mental health as one of their largest public health challenges (Helsedirektoratet, 2021; Riksrevisjonen, 2015). Over the years, political efforts have been made to address this issue, beginning with the Escalation Plan for Mental Health 1999–2006/2008 and the Health Care Interaction Reform 2008–2009 (Heggland et al., 2013). In 2009, a subsidy was provided by the Norwegian Directorate of Health to recruit more psychologists and test various models for their work in the municipalities (Heggland et al., 2013). The justification for this initiative was that prevention, early intervention and low-threshold services remained important areas for improvement (Schjødt et al., 2012).

The subsidy from the Norwegian Directorate of Health was replaced in 2020 by an amendment to the Health and Care Act (2011, § 3–2), which requires all municipalities to secure psychological expertise. These psychologists, often referred to as ‘municipal psychologists’ (MPs), were mandated to strengthen health promotion and preventive efforts, particularly concerning the mental health of children and youths (Prop. 121 S (2018–2019)). However, this directive from the ministry did not specify how this should be achieved, leaving it to the municipalities to manage implementation details. As early as 2013, MPs reported that the lack of official guidelines and clear expectations made their roles challenging (Heggland et al., 2013). The most recent Escalation Plan for Mental Health (Meld. St. 23 [2022–2023]) emphasises that it should be ‘considered how the municipalities best can utilize community psychological knowledge to promote health and quality of life for the whole population through local community-based actions and actions on systems level. This will be assessed when The Public Health Act is revised’ (Meld. St. 23 [2022–2023], p. 21, own translation). This suggests that the work of MPs and others in the field of public mental health may soon become more concretised, as the Public Health Act is currently under revision.

Mental health is defined as more than the absence of mental disorders (World Health Organization [WHO], 2022), and it is widely recognised that it is shaped by factors influencing our daily lives (Allen et al., 2014; Barry, 2009; WHO, 2022). These factors, or determinants, include psychological, biological and social aspects, which interact in complex and dynamic ways (WHO, 2022). In this context, public health work refers to any activity aimed at influencing the factors shaping mental health, preventing the onset of mental illness or promoting public well-being (Folkehelseloven, 2012, § 3). For psychological services, this involves interventions at group and population levels, as well as efforts to improve systems and services (Purtile et al., 2020). While primary indicated prevention can sometimes be viewed as public health work, this study differentiates it as clinical work on an individual level.

Public health work requires a collaborative and intersectoral approach (Hinrichsen et al., 2022), meaning that the work of MPs should be considered as one piece of a larger municipal ‘puzzle’. According to Schjødt et al. (2012), the MP role should encompass the entire span from population-based to individual work, including tasks such as improving and evaluating services, educational efforts and interdisciplinary collaboration at various levels. However, studies and a members’ survey conducted by the Norwegian Psychological Association (2020) indicate that MPs spend time primarily on individual treatment, examinations and diagnosis (Heggland et al., 2013; Ådnanes et al., 2013).

Given this background, the aim of this study was to explore and gain a deeper understanding of the role of MPs in local public health work in Norwegian municipalities. More specifically, we sought to understand how the MPs perceive their role through their own experiences. Study findings can benefit mental health promotion and preventive work in the municipalities by adding nuanced perspectives from the MPs, potentially leading to improvements in how their roles are defined or perceived in public health work. Moreover, experience from the practice field constitutes valuable knowledge for developing policy and providing a link between policy and practice.

Theoretical and conceptual framework

The work of the MPs addressed in this study can be understood and conceptualised at three different levels. The first level offers a holistic perspective that anchors a public health viewpoint. This level helps to explore epistemic questions centred around MPs’ training, knowledge backgrounds and worldviews regarding public health work. At this level, we use the biopsychosocial model (BPS) (Engel, 1977). The BPS is a holistic approach to health and illness, seeking to challenge the dominant biomedical model, which is critiqued for being narrow and disease focused (Espnes & Smedslund, 2018). These competing models are influential at an epistemological level, shaping the worldviews and practices of various health professionals, including MPs. In this regard, we aim to use the BPS to discuss and illuminate experiences related to MPs’ knowledge, training and attitudes towards public health work.

The second level of conceptualisation pertains to the question of management and implementation. The MPs’ role involves implementing public policy directives in municipalities, highlighting the need to understand the prevailing public policy management system. This level complements the epistemic level, as it can explain whether the current management system in municipalities promotes a holistic focus. Even if

MPs possess the necessary knowledge and intention at the epistemic level, they still require a robust management system that supports such knowledge in practice and implementation. The New Public Management (NPM) ideology and its inspired reforms have permeated and influenced the Norwegian public sector (Christensen & Lægreid, 2009), including public health work (Helgesen, 2014). NPM borrows heavily from market-oriented approaches, which introduce values into the public sector—such as a focus on results, performance management and efficiency (Bryson et al., 2014; Chimhutu, 2016). It has been argued that the prevailing NPM regulatory regime in Norwegian municipalities prioritises activities with short-term, quantifiable results, which may disfavour robust public health and health promoting activities (Amdam, 2023). Therefore, understanding NPM values sheds light on whether the prioritisation of tasks by MPs is influenced by the values in their work environment.

The third level of conceptualisation addresses agency, individual motivation and the performance of various work tasks. This level complements both the holistic and organisational management system level. As this article examines individual roles and experiences with work tasks, a theory on individual motivation in the workplace is helpful. Ryan and Deci's (2000) self-determination theory (SDT) has been applied to explain work performance in organisations (Deci et al., 2017; Guo, 2023). SDT posits that three basic human needs – autonomy, competence and relatedness – must be nurtured in the workplace for employees to thrive: Autonomy refers to the need for personal freedom; competence relates to individuals' abilities and capability to successfully complete their work tasks; and relatedness involves having meaningful relationships and connections at work to foster a sense of belonging (Deci et al., 2017; Guo, 2023). Conceptually, this level can help to illuminate whether the MPs' work environment effectively supports these three needs.

Methods

Study design

The study had a qualitative design, and is based on the first author's master's thesis (Granly, 2023). It aimed to understand the MPs' role and how they interpret and attribute meaning to their work experiences (Merriam & Tisdell, 2015). The study followed a social constructivism paradigm, which assumes that knowledge is socially constructed between the researcher and the participants (Kvale & Brinkmann, 2015). Semi-structured interviews were used for data collection, and reflexive thematic analysis was employed for data analysis (Braun & Clarke, 2006; 2021).

Recruitment and data collection

Recruitment began in October 2022. Purposive sampling was used to recruit psychologists employed in municipalities in the greater Oslo region in Norway who had public health-related tasks and had been in their position for at least six months. We sent a standardised email to all 30 municipalities in the region, explaining the project and requesting contact information for psychologists who met the inclusion criteria. Fourteen municipalities replied, of which we recruited from eight. The snowball method was also utilised, as four participants were recruited through suggestions from previously recruited participants (Bryman, 2016); these four were contacted via email. Initially, 14 participants were recruited, but one withdrew due to sick-leave and another because they were leaving their position.

The total number of participants was 12, from 8 different municipalities (4 which had 2 participants each). There were 2 male and 10 female participants, with ages ranging from 28 to 51 (averaging 39). They had diverse backgrounds and varying levels of work experience, ranging from limited to extensive. Their work tasks also varied: Some focused mainly on public health, some on clinical work and others on both. They were situated in different units and levels within the municipalities. Table 1 provides an overview of the participants.

Interviews were conducted by the first author in December 2022 and January 2023. Nine interviews were conducted face-to-face at the participants' workplaces, while three took place digitally. Only the first author and the participants were present during the interviews. Individual rather than focus group interviews were selected as a method, to gain insights into personal experiences and obtain a detailed picture from each participant, as each municipality and MP position is unique. An interview guide was thoroughly tested and developed in collaboration with co-authors and a former MP. A pilot interview with an MP was conducted in December 2022 and was included in the final data set due to its quality. The interview guide focused on three main topics: the MPs' role and general experiences, enabling factors and constraining factors. It was provided in advance for those who requested it. The interviews lasted an average of one hour and were audio recorded after obtaining consent from the participants. The audios were transcribed verbatim by the first author.

The generated transcripts were not member checked; however, participants were informed that they had the right to request and review the final transcripts. Given the number of participants, the length of the interviews and the pilot testing of the interview guide, we generated sufficient and rich data that could be analysed properly and systematically; repeat interviews were thus considered unnecessary.

TABLE 1

Research informant characteristics (N = 12)

Age	Sex	Job title	Time in position	Specialisation	Placement in municipality	Municipal size
30–39	F	Municipal psychologist	4 years	Community and general psychology	Health and life skills service, interaction unit	100–200 km ² 10–20,000
40–49	F	Psychologist specialist	6 years	Clinical family psychology	Agency for health & public health and care services	400–500 km ² 7–800,000
40–49	M	Psychologist	1 year	Community and general psychology	Preventive health service, family team department	< 100 km ² 30–40,000
40–49	F	Psychologist specialist	7 years	Clinical adult psychology	Preventive unit	< 100 km ² 30–40,000
20–29	F	Psychologist	Just under 1 year	Community and general psychology	Department of Culture and Upbringing	200–300 km ² 10–20,000
30–39	F	Psychologist	1.5 years	Community and general psychology	Department of Culture and Upbringing	200–300 km ² 10–20,000
50–59	M	Municipal psychologist	Almost 3 years	None	Family service, in the family house	100–200 km ² 5–10,000
30–39	F	Municipal psychologist	Almost 2 years	Community and general psychology	Health and care service	200–300 km ² 5–10,000
30–39	F	Psychologist specialist	2 years	Community and general psychology	Under chief director of upbringing service	400–500 km ² 7–800,000
50–59	F	Psychologist specialist and family therapist	4 years	Child and adolescent psychology Family psychology	Health service children and adolescents, preventive services & organisational development	300–400 km ² 20–30,000
30–39	F	Psychologist specialist	Almost 4 years	Family psychology	Health service children and adolescents, preventive services & organisational development	300–400 km ² 20–30,000
40–49	F	Psychologist	5.5 years	Community and general psychology	Health and life skills service area, Improved Access to Psychological Therapies (Rask psykisk helsehjelp)	100–200 km ² 1–200,000

Note. Size of municipality is reported by km² and number of inhabitants. Source: Fieldwork data 22/23.

Data analysis

A reflexive thematic analysis approach was used to analyse the data (Braun & Clarke, 2006; 2021). Codes were generated by the first author using the computer-assisted qualitative data analysis software NVivo, version 1.7.1 (QSR International Pty Ltd., 2022). The entire data set was systematically reviewed and given equal attention in the analysis process (Braun & Clarke, 2006). Coding was performed inductively, meaning that the codes were data driven (Boyatzis, 1998).

In the process of creating themes, several versions of thematic maps were made, which helped to visualise the data. Themes and sub-themes were revisited, and the codes were reviewed to ensure that the themes emerged from the data. In this iterative analysis process, the first author took a leading role, with constant support from the co-authors. Ultimately, the analysis yielded two overarching themes and eight sub-themes, on which all authors reached consensus. Table 2 presents an example of the process.

TABLE 2

Examples of coding and abstraction to themes

Citation	Codes	Sub-theme	Overarching theme
<i>Yes, I hope it will become more and more common to work at the systems level, preventive level or public health level. Today, I think that is more the exception than the rule in municipalities, I think a lot of psychologists do individual conversations.</i>	Clinical work takes over	Balancing clinical and public health work	The challenge of developing and understanding the MP role
<i>Actually, I don't know, because I know very little about it. We have a public health coordinator, I think it's a new person now, but it's very little direct collaboration. This is a big municipality, and what happens in the municipality is that it becomes very 'silo-y'.</i>	Collaboration across services Collaboration with public health unit	Inter-sectoral collaboration as challenge	Working together for mental health – challenges, opportunities and a need for support

Ethical considerations

The study was approved by the Norwegian Center for Research Data (NSD, now SIKT) in December 2022 (reference number 628 360). Participants were provided with a detailed information letter outlining the study's aims and stating that participation was voluntary. They were also informed that they could withdraw from the study at any time. Written consent was obtained before each interview. The interviews were recorded using the Nettskjema Dictaphone app (University of Oslo, n.d.) and safely stored in accordance with data management guidelines at University of Inland Norway. During transcription, data were anonymised, and participants were given pseudonyms to protect their privacy, anonymity and confidentiality.

Findings

The findings are presented according to the two overarching themes that emerged from the analysis, with sub-themes outlined under each overarching theme. Table 3 provides an overview of these themes and sub-themes.

TABLE 3

Overview of overarching themes and sub-themes

Overarching theme	Sub-theme
The challenge of developing and understanding the MP role	Vague and unclear job description and guidelines Balancing clinical and public health work Personal motivation for doing public health work Psychologists as advocates for their own competence
Working together for mental health – challenges, opportunities and a need for support	Intersectoral collaboration as a challenge Interdisciplinary collaboration as a possibility Importance of social and professional support Immediate supervisor – enabler or constrainer?

The challenge of developing and understanding the MP role

This overarching theme encompasses the participants' experiences in developing and understanding their role, and how the challenges they face influence their ability to contribute to public health initiatives.

Vague and unclear job description and guidelines

Many participants pointed to a lack of a clear job description as a challenge. They noted that municipalities lack knowledge on how to utilise the MPs' competencies, leading to confusion regarding their work tasks. Stine explained:

You have a lot of responsibility yourself, in a way, to almost develop your own position. Even if you sort of have...yes, a job description of tasks and such, it's not very concrete. [...] You can get a bit confused or a bit like...Or at least I almost get a bit passive, because I don't always know where to begin. (Stine, MP, interview)

Several other participants also mentioned feeling overwhelmed, which sometimes led to uncertainty about their roles. The lack of clear guidelines seemed particularly challenging for those with less work experience.

Balancing clinical and public health work

One issue all participants raised when discussing their role and work tasks was how clinical work dominated (or had the potential to dominate) their time, overshadowing public health work at the group or population level, which is supposed to be a significant part of their role. Their placement within the municipality was key in determining the tasks they performed or were expected to perform. As Marte explained:

However, many participants did not have a clear opinion about where their own position should be located. Several concluded that there is a need for specialised roles at all levels of the municipality, but to primarily focus on systems work and public health work, it is necessary to be positioned as high up in the organisation as possible. They recognised the value of having at least one MP in each municipality in such a role.

Personal motivation for doing public health work

The degree to which the participants prioritised public health work over other tasks appeared to be influenced by their personal motivation for that type of work. This motivation varied among participants and seemed to depend on factors such as their educational and professional backgrounds. Many participants felt that the

professional education in psychology in Norway largely focuses on training therapists and on clinical work. Despite this, most found public health work rewarding, as it provided an opportunity to reach many people. Almost none wished to entirely abandon clinical work, however. This appeared to be related to their initial motivations for becoming psychologists – connecting with, understanding and helping people. Karianne had this to say:

It's very satisfying to help a mother with postpartum depression return to functioning. Some are so depressed that they actually don't want their child; they just want to escape and let go of everything. So, witnessing a change where they develop a normal attachment and love for their baby is very nice...and it obviously pleases me if I can contribute to that. (Karianne, MP, Interview)

Psychologists as advocates for their own competence

There was consensus among the participants that, to attain a position where they can contribute to public health work, it is necessary to convince relevant parties that MPs' competence is an important and essential resource in that work. The current perception in municipalities is that psychologists, even in MP positions, are mainly viewed as therapists. Peter shared the following reflections:

I think psychologists are an underutilised resource in public health work. I believe we have a lot of good competence to add, but that we are a quite neglected and forgotten professional group when it comes to public health work. So that is why I say that us psychologists need to learn how to take up more space and to show ourselves off. (Peter, MP, Interview)

Many participants agreed that advocating for their competencies was essential for gaining recognition. However, some expressed frustration about having spent many years trying to 'sell' their competence to gain entry into certain areas of the municipalities, with little or no success.

Working together for mental health – challenges, opportunities and a need for support

Here, we present the experiences and views of the participants on how aspects related to collaboration and the support they receive influence their everyday work life, especially their ability to engage in or contribute to public health work.

Intersectoral collaboration as a challenge

Intersectoral collaboration is a known challenge in public health work. Establishing effective collaborative relationships across municipal sectors and services was identified by all participants as one of the main obstacles in their work. Linda shared her thoughts on this: ‘What I feel is the greatest despair, frustration and perhaps the greatest strain, is collaboration across services. Being able to create tailor-made, seamless services in practice’. She explained that this issue stems from the fact that the services operate under different legislation, framework conditions, priorities and resources. She later described the consequences of these challenges: ‘Unfortunately, it has to a higher and higher degree moved in the direction of me doing things without involving others, because it makes it easier for me’.

Collaboration with the public health unit in the municipalities was also discussed. Many participants viewed a functioning collaboration with this unit as beneficial but challenging to establish. Several participants were uncertain whether a public health coordinator was employed in their municipality, and those who were aware of one had very little contact with them. Some participants reported having attempted to initiate contact and collaboration with the public health coordinator or unit, but with limited success.

Interdisciplinary collaboration as possibility

Although aspects of collaboration were experienced as challenging, the participants generally enjoyed working with others. Many expressed a desire to create functioning interdisciplinary teams with public health as a shared area of focus. They recognised the value of working together towards common goals. As Carina stated:

What I perhaps find the most motivating is to use my competencies in collaboration with other skilled professionals. [...] When you feel it swinging a little, and you get ideas, and you feel it moving forwards. That’s the best part. That’s better than discussing with other psychologists, I think. (Carina, MP, Interview)

Establishing good relationships with collaborators was highlighted by the participants as important, and it seemed to be viewed as an area where psychologists possess special expertise. Some participants also mentioned MP’s knowledge of organisational and work culture, which can be useful in creating well-functioning teams. Another crucial aspect of making interdisciplinary collaboration work appears to be co-location. Some participants viewed it as easier to build relationships and collaborate naturally with others when they work in the same building.

Importance of social and professional support

Many participants emphasized the value of collaborating with professionals outside of psychology but also noted the importance of having peers within their own field for support and discussion. Several mentioned that connecting with psychologists outside the workplace is especially beneficial. While these mainly external networks helped alleviate feelings of loneliness among the MPs, the feeling was still present – as described by Elise:

It’s easy to feel lonely in this type of position. When you are the only psychologist in the municipality, and you are not really a part of a professional network or...My colleagues don’t do what I do. They are case managers and economists and do completely different tasks. (Elise, MP, Interview)

High turnover in the MP positions was seen by participants as a general challenge, and loneliness was a contributing factor. Stability in the positions was mentioned by many as an important aspect of public health work, as it requires long-term commitment. When someone leaves, a newly employed MP must start the process almost from the beginning, since the position – as noted earlier – lacks clear guidelines.

Immediate supervisor – enabler or constrainer?

One element connecting nearly all the previously presented sub-themes is the role of the immediate supervisor. Participants who were satisfied with their supervisor highlighted how crucial this support was to their public health work. They felt trusted, supported, and understood, and they had the autonomy to carry out their responsibilities. Several participants also highlighted the importance of stability in leadership positions, as this affects public health work. Vibeke explained:

We’ve had times with few leaders, changes in leadership and...people that have been here temporarily. And then it’s this type of work (public health) that falls through. And it’s a shame, because it leads to us just drifting, right, dealing with the lists, as they call it. And we can sit with ideas, but with no one to approve them. We need a leader who sees the value of it or just ‘gets it’. (Vibeke, MP, Interview)

In addition to high turnover in leadership positions being a challenge, the participants found it challenging to have leaders who do not understand what an MP can do. This relates back to the need for MPs to advocate for their role beyond just clinical work. Some participants appeared to have found it necessary to advocate for public health work, even to their immediate supervisor.

Discussion

Lack of role clarity as a policy and management issue

Most participants described their job descriptions as vague, unclear, or not concrete enough, which left them having to develop the role themselves. This relates to the implementation challenges faced by the MPs. It also raises questions about whether municipalities value this position or consider it a priority. As outlined in the theory section, the new public management (NPM) ideology in municipalities may contribute to the perception that public health work is seen as a lower priority for psychologists, resulting in the role being underdeveloped. Without a well-defined or prioritised role, MPs struggle to shape their positions while navigating between public health work and clinical practice. Although similar findings were reported by the Norwegian Institute of Public Health (Heggland et al., 2013), our study offers a more nuanced and deeper understanding of this issue.

As the MP position is relatively new, this may explain the lack of clear guidelines, as it is common in public policy for 'muddling through' to be one of the implementation strategies (Howlett & Ramesh, 2003). The prevailing understanding seems to be that the MP role should encompass work at all municipal levels, meaning each MP is expected to engage in both systems/public health work and clinical practice, as well as everything in between (Schjødt, 2018; Schjødt et al., 2012). This study has shown that such expectations may be unrealistic, as many participants expressed a preference for specialised roles that account for appropriate placement within municipalities. The issue of alignment between placement and job description is also highlighted in the literature as currently inadequate concerning the MP position (Heggland et al., 2013; Sønstebo, 2015). However, the most recent Escalation Plan for Mental Health (Meld. St. 23 [2022–2023]) seems to suggest that the role of MPs may soon be more concretized.

The prioritisation of clinical work versus public health work

This study found that, for MPs, clinical work tends to be prioritised over other tasks, such as public health work. These findings are consistent with previous studies (Heggland et al., 2013; Norsk Psykologforening, 2020; Ådnanes et al., 2013). This can be explained in two ways. The first explanation is that there is a high demand for clinical services in municipalities (Norsk Psykologforening, 2020). This argument is strengthened by the fact that many MPs are situated in Health Centres or similar places, where it is easier for them to undertake immediate clinical tasks. In

light of NPM, performance management is a key component. Among the two competing roles of MPs, public health work and clinical work, the latter is easier to concretise, measure and quantify. Thus, clinical work aligns better with the current influential management system (i.e., NPM).

The second argument is that MPs themselves prefer to engage in clinical work, perceiving it as more meaningful or achievable given their competencies (Deci et al., 2017). While this could be influenced by individual preference, we argue that this stems from their training. We note some recent changes in the training of psychologists towards a greater focus on health promotion and preventive work in some regions through the new national guidelines for health and social studies education (RETHOS) process (Viddal et al., 2022). However, professional education in psychology still predominantly emphasises clinical work and training students to become therapists (Sønstebo, 2015). Many MPs specialise in community and general psychology, which provides them with training in holistic perspectives such as the biopsychosocial model (BPS). However, their primary education remains in clinical psychology (Norsk Psykologforening, n.d.). Consequently, in line with a biomedical perspective, MPs may feel like they have more competency in undertaking clinical work at the individual level than public health work at the group and population levels.

Another interesting dimension that may explain participants' preferences regarding work tasks could be how MPs are perceived and judged by co-workers and their supervisors in relation to their competencies. As many MPs now specialise in community psychology (Sønstebo, 2015), the assumption is that they should have the competencies to work with public health at the group and population levels. However, if the general perception is that they are viewed primarily as therapists, they will continue to be allocated mainly clinical work. This necessitates an attitude change within municipalities, including among MPs' immediate supervisors. Our findings indicate that leaders in municipalities still regard MPs as professionals who focus on clinical work. Consequently, the MPs' competencies are being underutilised by municipalities, as these range from community psychology to health and mental health promotion (Sønstebo, 2015; Barry et al., 2012; Tamminen et al., 2019). This calls for general shift in attitudes towards MPs, their competencies and the conceptualisation of mental health, as it is currently narrow and predominantly biomedical in focus (Espnes & Smedslund, 2018).

Challenges and opportunities of intersectoral collaboration

By conceptualising mental health as a product of biopsychosocial factors, one recognises that actions on all determinants of mental health, including social aspects, are necessary. Actions on these social and structural

factors require intersectoral collaboration (Barry et al., 2015; Hinrichsen et al., 2022). However, this study found that collaborating across municipal departments, units, services and sectors, or even attempting to establish such collaborations, was often experienced as challenging and even frustrating by the participants. They described how the silo mentality that exists in different parts of the municipalities creates boundaries that are difficult to cross.

This lack of collaboration might impact the MPs' need for relatedness (Deci et al., 2017), which fosters a sense of enjoyment of their work tasks and environment. Our study findings suggest a high turnover of MPs, which may further indicate that they are placed in work environments where they feel lonely. This also relates to the relationships they have established with their immediate supervisors; those participants who reported good relationships felt that they were thriving. Collaborating with others, both internally and externally, was noted by our participants as one of the most important elements for public health work and as a means to carry out this work successfully (Corbin et al., 2018). In this regard, the need to belong to a team and the need for relatedness appear to be crucial for MPs to thrive in their work environments. The public health team working to advance the legislated systematic public health work in the municipalities is an example of an existing formal collaborative space in which the MPs could participate and contribute a mental health perspective (Sønstebo, 2015).

Recommendations for policy and practice

Based on both the results from this study and relevant literature, we recommend the following:

The Norwegian Directorate of Health should prioritise creating and distributing official general guidelines for municipalities on what the MP role(s) should entail. These should be adaptable to each municipality.

Requirements for community psychological expertise should be anchored in the Public Health Act (2012, §27) (which is currently being revised) in the same way community medical expertise is, to ensure that municipalities must employ at least one psychologist positioned on the same level and with similar responsibilities as the chief medical officer.

Municipalities should prioritise creating stability in MP positions, including efforts to prevent loneliness in these roles. Co-location with, as well as support from, relevant co-workers and leaders seem to be important in this regard.

A formal position should be created for MPs in the intersectoral public health teams in the municipalities.

Study limitations

In this section, we will present some potential limitations of the methodological choices we made during the

research process. It is important for the credibility of the study to acknowledge such limitations, as they may have affected our findings. Firstly, the study used purposive sampling. While this is a strength in that it ensured that participants had the relevant information and knowledge we sought, we may have excluded other categories of participants that could have enriched the study. In this regard, using other sampling procedures might have yielded different or more nuanced results, potentially leading to other conclusions. Secondly, there was a gender imbalance in our sample, as only 2 out of the 12 participants were male. Experiences and worldviews are gendered, and therefore a skewed gender distribution may have affected our findings. Thirdly, interviews were conducted in Norwegian and translated into English; during this process, we might have lost some valuable information.

Fourthly, there was no direct member checking of the results, although participants were informed of this right. Member checking could have strengthened the study's credibility. However, we took steps to ensure that the MPs had some input regarding our findings. For example, we presented our results at the Psychology Congress in Oslo in 2023, and the MPs who were present provided feedback indicating that the experiences reported were similar to their own. Additionally, throughout the project, our contact with the Norwegian Psychological Association revealed that their members were encountering largely similar issues as those reported in our study.

The final issue we need to highlight in this section is that, as our study was conducted within the greater Oslo region, our findings may not be transferable to more rural parts of the country or other urban settings. Each municipality should therefore assess its own situation and make an informed decision on whether these findings are relevant to them. In qualitative research, generalisability is not the goal; hence, our findings should be interpreted within the context of the greater Oslo region. For future research, we recommend addressing some of these limitations through a robust study design with a broader scope than that of our study, which was primarily anchored in a master's thesis.

Conclusion

The study findings show that participants experienced challenges related to role unclarity, which hindered their ability to balance clinical and public health work. The findings further indicate implementation and management challenges regarding the MP position, both at the municipal level and with the immediate supervisor, as well as challenges related to intersectoral collaboration. To contribute more effectively to local public health work, MPs need a clearer role in this work. This could be achieved by establishing official guidelines for the role and making the MPs formal members of the public health teams in municipalities. Legislation recognising

psychological expertise in the Public Health Act could also help create a clearer mandate for MPs and provide them with greater authority. The study enhances the understanding of the role of MPs in public health work in Norwegian municipalities, which may be valuable for policymakers, municipalities, MPs and other professionals seeking to innovate within the municipalities. However, further research is needed to explore the MP role and to complement and expand on the MP's perspectives on the situation. This can be accomplished by investigating the views and experiences of other relevant municipal employees, such as public health coordinators and municipal leaders. 

REFERENCES

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Amdam, R. (2023). «Health in All Policies» in Norwegian municipalities - Dilemmas and lack of legitimacy and capacity. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(5), 1345–1359. <https://doi.org/10.1002/hpm.3664>
- Barry, M. M. (2009). Addressing the Determinants of Positive Mental Health: Concepts, Evidence and Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17. <https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721788>
- Barry, M. M., Battel-Kirk, B., Davison, H., Dempsey, C., Parish, R., Schipperen, M., Speller, V., Zanden, van der, G., & Zilnyk, A. (2012). *The CompHP Project Handbooks*. International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). <https://doi.org/10.13140/2.1.4244.8320>
- Barry, M. M., Clarke, A. M., & Petersen, I. (2015). Promotion of mental health and prevention of mental disorders: Priorities for implementation. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(7), 503–511. https://applications.emro.who.int/EMHJ/V21/07/EMHJ_2015_21_7_503_511.pdf
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage Publications, Inc.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Bryson, J. M., Crosby, B. C., & Bloomberg, L. (2014). Public value governance: Moving beyond traditional public administration and the new public management. *Public Administration Review*, 74(4), 445–456. <https://doi.org/10.1111/puar.12238>
- Chimhutu V. (2016). *Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania*. [PhD thesis]. University of Bergen.
- Christensen, T., & Lægred, P. (2009). Public management reform in Norway: reluctance and tensions. In Goldfinch, S. F. & Wallis, J. L. (Eds.), *International handbook of public management reform* (pp. 300–316). Edward Elgar Publishing.
- Corbin, J. H., Jones, J., & Barry, M. M. (2018). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*, 33(1), 4–26. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw061>
- Deci, E. L., Olafsen, A. H., & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory in work organizations: The state of a science. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4, 19–43. <https://doi.org/10.1146/annurev-org-psych-032516-113108>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2018). *Helsepsykologi* (2nd ed.) [Health Psychology]. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* [Norwegian Public Health Act] (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Granly, Y. P. (2023). *Stepping out into the world of public health work: A qualitative study on the experiences and perceptions of municipal psychologists in Norway* [Master's thesis]. University of Inland Norway.
- Guo, M. (2023). Motivation at work: An analysis from the self-determination theory perspective. *SHS Web of Conferences*, 180, Article 03017. <https://doi.org/10.1051/shsconf/202318003017>
- Heggland, J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv* [The Municipal Psychologist Initiative in Norway from a Public Health Perspective] (2013:2). Folkehelseinstituttet. kommunepsykologsatsingen-i-norge-i-et-folkehelseperspektiv-pdf.pdf
- Helgesen, M. K. (2014). Governance of public health: Norway in a Nordic context. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42 (15_suppl), 25–30. <https://doi.org/10.1177/1403494814546925>
- Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021* [Sector Report on Public Health 2021]. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse>
- Helse- og omsorgsloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* [The Norwegian Health and Care Services Act] (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Hinrichsen, C., Nielsen, L., Tamminen, N., Nelaus, M. K., Kusier, A. O., Santini, Z. I., Schou-Juul, F., Meilstrup, C., Rod, M. H., Koushede, V., & Lauridsen, S. (2022). Intersectoral mental health promotion – A practice-oriented taxonomy of roles and a study of intersectoral dynamics. *SSM - Mental Health*, 2, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100136>
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* [The Qualitative Research Interview] (T. M. Andersen & J. Rygge, Trans.; 3rd ed.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* [The Norwegian Escalation Plan for Mental Health (2023–2033)]. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 23 (2022–2023) (regjeringen.no)
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (4th ed.). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Norsk Psykologforening. (n.d.). *Psykologprofesjonen* [The Psychology Profession]. Retrieved 8 November 2022, from <https://www.psykologforeningen.no/politikk/psykolog-profesjonen/hva-er-en-norsk-psykolog>
- Norsk Psykologforening. (2020). *Psykologers arbeid i kommunen – resultater fra Psykologforeningens medlemsundersøkelse 2020* [Psychologists' Work in Municipalities – Results from the Norwegian Psychological Association's Membership Survey 2020]. Norsk Psykologforening. <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Psykolog-i-kommunen-Psykologforeningens-medlemsunders%C3%B8kelse-2020.pdf>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)* [The Norwegian Escalation Plan for the Mental Health of Children and Youths (2019–2024)]. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp20182019121000dddpdfs.pdf>
- Purtle, J., Nelson, K. L., Counts, N. Z., & Yudell, M. (2020). Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annual Review of Public Health*, 41, 201–221. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247>
- QSR International Pty Ltd. (2022). *NVivo* (released in October 2022). <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid: Dokument 3:11 (2014–2015)* [The Norwegian National Audit Office's Examination of Public Health Work: Document 3:11 (2014–2015)]. (978–82–8229–322–8). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2014-2015/offentlig-folkehelsearbeid.pdf>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic

- motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1): p. 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schjødt, B. R. H. (2018). Vi bør ikke se for mye til fastlegene [We should not look too much to the general practitioners]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 1038–1039. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018a-s11ae-Vi-bor-ikke-se-for-mye-til-fastlegene>
- Schjødt, B. R. H., Onsøien, R., & Hoel, A. K. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring* [Mental Health as a Municipal Challenge]. Universitetsforlaget.
- Sønstebo, I. (2015). *Psykisk helse i alt vi gjør—Men hvordan?* [Mental Health in All we Do – But How?]. Norsk Psykologforening. <https://psykologforening.fra1.digitaloceanspaces.com/Fag-og-politikk/Psykiskhelseialtvi-gj%C3%B8r.pdf>
- Tamminen, N., Solin, P., Stengård, E., Kannas, L., & Kettunen, T. (2019). Mental health promotion competencies in the health sector in Finland: A qualitative study of the views of professionals. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(2), 115–120. <https://doi.org/10.1177/1403494817711360>
- Universitetet i Oslo. (n.d.). *Nettskjema-diktafon mobilapp* [Nettskjema Dictaphone Mobile App]. Retrieved 10 March 2023, from <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Viddal, K. R., Johansen, H. T., Moe, V., Haakens, M., Sinderud, M. B., Aarstad, Å. K., & Kronen, K. (2022). *Evaluering av implementeringen av RETHOS for studieprogrammene i psykologi* [Evaluation of the Implementation of RETHOS for the Psychology Study Programs] (7–2022). NOKUT. https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2022/evaluerer-av-implementeringen-av-rethos-for-studieprogrammene-i-psykologi_7-2022.pdf
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all* (978-92-4-004 933-8). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Ådnanes, M., Husum, T. L., & Kaspersen, S. L. (2013). *Psykologer i kommunalt psykisk helsearbeid: Behandling eller folkehelsearbeid?* [Psychologists in Municipal Mental Health Work: Treatment or Public Health Work?] 50(11), 1066–1073. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013a-s10ae-Psykologer-i-kommunalt-psykisk-helsearbeid-Behandling-eller-folkehelsearbeid>

Publiser på engelsk i Psykologtidsskriftet

Vitenskapelige artikler kan publiseres på engelsk. Det er også mulig å parallellpublisere norsk artikkel med engelsk oversettelse.

Psykologtidsskriftet bruker som standard britisk-engelsk.



For mer
informasjon:

**Ellen Raugstad**

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Oda Bentzrød

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Kristine Myksvoll

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Hans Martin Nussle

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Nikolaj Kunøe

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus
Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn

Anne-Marthe Rustad Indregard

Senter for psykisk helse og rus, avd. for døgntilrettelagt behandling, Lovisenberg Diakonale Sykehus
OsloMet, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Psykomotorisk fysioterapi ved akutt mani – en pilotstudie om reduksjon av stressaktivering

Sammendrag

Bakgrunn: Ved akutte manier søkes regulerende tiltak som demper overaktiv og ukritisk adferd. I akutt manisk fase blir pasientene ofte møtt med begrensninger og tvangsvedtak, noe som kan øke pasientens frustrasjon og uro. Tidligere studier viser at stressaktivering i maniske pasienter dempes etter fysioterapi i tidlig innleggelsesfase. I denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbareheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt med akutt mani.

Materiale og metode: Kvantitativ pilotstudie med pre- og post-tester i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (15.06.2021–15.06.2022). I studieperioden var 84 pasienter innlagt med akutt mani. Pasientenes opplevelse av stressaktivering ble skåret med visuell analog skala (VAS) før og etter hver fysioterapibehandling.

Resultater: Av de innleggende pasientene mottok 73 % minst én fysioterapibehandling. Tjueto pasienter samtykket til studiedeltakelse, og det ble gjennomført totalt 94 fysioterapibehandlinger med registrering av VAS-skår. Studien fant signifikant reduksjon i pasientenes stressaktivering etter fysioterapibehandling. I 9 % av behandlingene sovnet pasienten.

Konklusjon: Psykomotorisk fysioterapi er gjennomførbart for pasienter i akutt manisk fase. Pasientene rapporterer om redusert stressaktivering etter fysioterapibehandling. Tilnærmingen bør utforskes videre med kontrollgruppe og et større datamateriale med tanke på potensialet det har til å fremme pasienttilfredshet og redusere risikoen for skjerming og bruk av tvang.

SITER ARTIKKELEN:

Raugstad, E., Bentzrød, O., Myksvoll, K., Martin Nussle, H., Kunøe, N. & Rustad Indregard, A. (2025). Psykomotorisk fysioterapi ved akutt mani – en pilotstudie om reduksjon av stressaktivering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(3). <https://doi.org/10.52734/AOIJ3690>

KONTAKT ellen.raugstad@lds.no

MERKNAD Studien har mottatt finansiell bistand fra Frivillighet og tvang. Ingen interessekonflikter foreligger.

FAGFELLEVRDERT

CC BY 4.0

Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, mani, stressreduksjon, berøring, pilotstudie

I Norge vil 1–2 % av befolkningen få minst én akutt manisk episode i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2012). Symptombildet er preget av blant annet overaktivitet, irritabilitet, grandiositet, taletrang, impulsivitet og redusert søvn. Psykose kan også forekomme. Smerter og angst kan medføre et oppløst bilde av egen kropp, og pasientens opplevelse av kaos er ofte stor (Fadnes & Leira, 2006). Faren for å utsette seg selv eller andre for risiko-fylte eller skadelige situasjoner er forhøyet som følge av nedsatt dømmekraft og kritikklos adferd. Ved manglende samtykkekompetanse og nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv og helse blir det fattet vedtak om tvungen innleggelse og behandling (Psykisk helsevernloven, 1999). Overaktivering og aggressiv fremtoning er blant de vanligste pasientfaktorene som ligger bak tvangsvedtak (Husum et al., 2010). Sykehusinnleggelse inkluderer ofte behandlingsintervensjoner som skjerming og medisiner. Skjerming defineres slik: «[...] pasienter holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten» (Psykisk helsevernloven, 1999). Standard medikamentell behandling ved mani er ofte en kombinasjon av stemningsstabiliserende og antipsykotiske medisiner, samt benzodiazepiner som behovsmedikasjon. Skjerming og medikamentell behandling har som formål å redusere maniske symptomer, avgrense ukritisk adferd og reetablere søvn. Behandling som blir gitt mot pasientens eget ønske, kan øke frustrasjonen og uroen deres og forårsake utageringssituasjoner hvor pasienten selv og andre kan bli skadelidende. I tillegg vurderes tvangsvedtak som inngripende og kan kun benyttes når en ikke når frem med annen frivillig behandling.

Psykomotorisk fysioterapi kan være en tilleggsbehandling ved mani. Formålet er blant annet å kunne møte en pasient som er urolig og aggressiv med en frivillig behandlingstilnærming som kan virke beroligende, fremme søvn og minske frustrasjonen over å være innlagt. Ved akutte innleggelser tar psykomotorisk fysioterapi sikte på å gi pasienten sterkere forankring til her-og-nå og å øke selvavgrensning, identitetsopplevelse og samhandlingsevne (Gretland, 2007). Stimulering av berøring-, balanse- og muskel/leddsansen er sentralt for å regulere stressresponssystemet, som videre kan gi pasienten økt selvkontroll (Bakken & Johannessen, 2020). Hands-on-tilnærming benyttes dersom pasienten ønsker berøring. Trygg berøring fremmer utskillelse av stressreducerende stoffer som oksytocin, senker nivåene av stresshormonene kortisol og adrenalin og gir økt aktivitet i vagusnerven, noe som fremmer avslapning og sosial tilknytning (Field, 1998; Field, 2014; Kerr et al., 2019; Li et al., 2019).

Tidligere forskning har vist at ulike former for fysioterapi og fysisk aktivitet kan bedre maniske symptomer ved å redusere uro og irritabilitet (Murray et al., 2011; Ng et al., 2007; Perich et al., 2013; Uebelacker et al., 2014). I en dansk studie (Christensen et al., 2020) mottok pasienter innlagt med akutte maniske symptomer

fysioterapibehandling beregnet på å redusere stressaktiveringen. De fikk knotteballmassasje, avspennings- og kroppsbevissthetsøvelser eller tilpasset fysisk aktivitet som kondisjons- og styrkeøvelser. Pasientene rapporterte betydelig redusert anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon etter fysioterapibehandlingen.

Med denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbareheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter med akutte maniske symptomer. Det gjorde vi ved å (1) undersøke andelen pasienter innlagt med akutt mani som ønsker å motta fysioterapi, (2) evaluere pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon før og etter hver fysioterapibehandling, og (3) undersøke frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen.

Metode

Design

Studien er gjennomført som en kvantitativ pilotstudie med bruk av data fra pasientjournal og selvrapporterte pre- og post-tester i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi til pasienter innlagt i akutt manisk fase i perioden 15.06.2021 til 15.06.2022.

Studiested

Studien er gjennomført ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Senter for psykisk helse og rus, avdeling for døgntilnærming. Avdelingen har akutt- og intermediærfunksjon innen psykisk helsevern med Oslos sentrumsbydeler som opptaksområde, og den har til sammen 67 sengeplasser til pasienter med ulike psykiske lidelser. Avdelingen har fokus på tvangsreduksjon, brukermedvirkning og frivillighet i behandlingen. Den innførte i 2021 tilnærmingen åpen dør-policy (Indregard et al., 2024), der målet er å motivere pasientene til å ta imot behandling uten bruk av tvang. De har bred tverrfaglig tilnærming med blant annet tre psykomotoriske fysioterapeuter. I tillegg til miljøterapi og medikamentell behandling under innleggelse får pasientene tilbud om musikkterapi og ergoterapi.

Utvalg

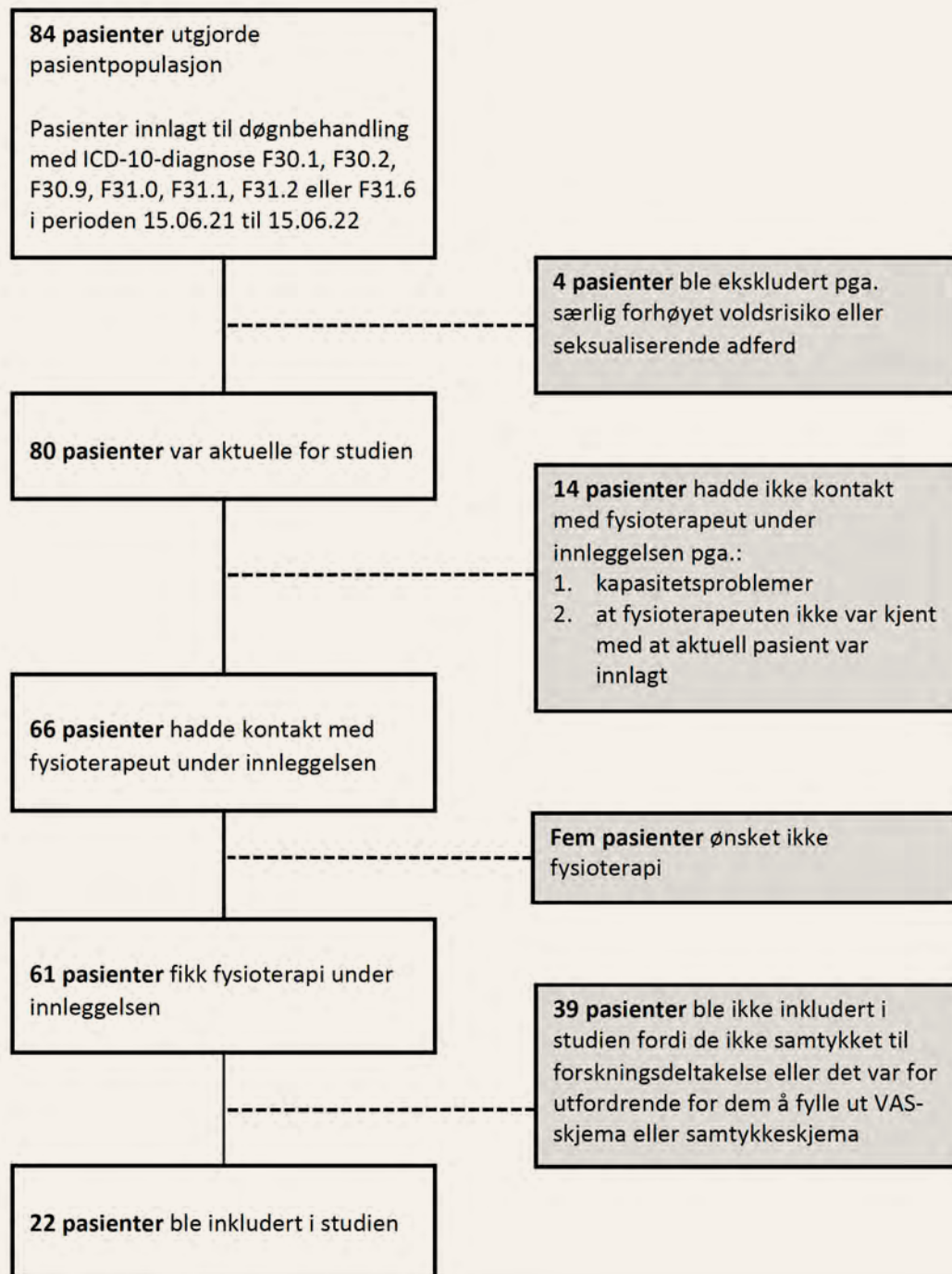
Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi inkluderte pasienter fortløpende i studieperioden. Pasienter over 18 år innlagt med akutt manisk episode ble forespurgt om å delta (diagnoser ICD-10: F30.1, F30.2, F30.9, F31.0, F31.1, F31.2, F31.6). Pasienter som allerede var innlagt ved oppstartsdato, ble også inkludert. Pasienter med høy voldsrisiko eller seksualiserende adferd ble ekskludert fra studien.

I studieperioden var det totalt 84 pasienter innlagt på avdeling for døgnbehandling med en akutt manisk episode (figur 1). Av disse var det 66 pasienter som var i kontakt med fysioterapeut under innleggelsen. Fem av disse ønsket ikke fysioterapi. Av den totale pasientpopulasjonen i studieåret mottok 61 pasienter (73 %) fysioterapibehandling. Av de 61 som mottok fysioterapi under innleggelsen, var det 22 pasienter (36 %) som samtykket til deltakelse og ble inkludert i studien. Årsakene til at 39 pasienter som fikk fysioterapi ikke ble inkludert i studien, var enten fordi de ikke ønsket å delta, eller fordi det ble for utfordrende å fylle ut VAS-skjema eller samtykkeskjema.

FIGUR 1

Flyttdiagram over pasientpopulasjon og inkluderte pasienter i studien



Intervensjon (psykomotorisk fysioterapi)

Fysioterapibehandlingen ble gitt på dagtid i ukedagene, tidligst mulig etter at første observasjoner og sikkerhetsvurderinger var gjort etter innkomst. Pasientene i studien ble tilbudt kroppsavgrensende (samlende) massasje med faste trykk mot hele eller deler av kroppen. Teppe, dyne eller knotteball ble benyttet der direkte berøring ikke var ønsket. Jordingsøvelser, avspenningsøvelser, rolig bevegelse/strekk som i yoga og tilpasset fysisk aktivitet som styrketrening ble også benyttet. Varigheten på behandlingen kunne variere fra 10 til 45 minutter. Hyppighet varierte fra opptil tre ganger ukentlig de første to ukene og deretter ned mot én gang i uken. Behandlingen foregikk på pasientrom på skjermet eller åpen enhet når pasientene ikke hadde utgang utenfor egen post. Utover dette ble eget fysioterapirom, sanserom eller treningsrom benyttet.

Datainnsamling

Pasientkarakteristikk

Pasientdata ble etter samtykke eksportert fra pasientjournal (DIPS Arena). Uttreksvariabler fra pasientjournal inkluderte kjønn, alder, innleggesdiagnose, frivillig eller tvungen innleggelse, innleggelsens varighet og vedtak om bruk av tvangsmidler: skjerming (§ 4-3), behandling med legemidler uten eget samtykke (§ 4-4) og bruk av mekaniske tvangsmidler, isolasjon, korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding (§ 4-8 bokstav a til d). Når selvrapporterte data og pasientjournaldata var koblet i et felles datasett, ble NPR-id erstattet av en genert studie-id.

Selvrapportert pasientopplevelse i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi

Data på pasientenes opplevelser av stressaktivering ble registrert på papirskjema rett før og etter hver fysioterapibehandling. Skjemaet inkluderte 3 x Visual Analog Scale (VAS) (Bond & Lader, 1974) som målte opplevelse av henholdsvis anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon. VAS-skalaen gikk fra 0 til 10, hvor verdien 0 tilsvarte ingen opplevelse og verdien 10 tilsvarte verst tenkelig opplevelse av anspenhet, uro eller irritabilitet/aggresjon. Det ble også krysset av for hvilke(t) fysioterapitiltak som ble gjennomført, om pasienten hadde mottatt medisiner siste 45 minutter, og om pasienten sovnet under eller rett etter fysioterapibehandlingen. Pasientene kunne gjennomføre flere fysioterapibehandlinger i løpet av studieperioden og således besvare flere VAS-skjemaer i løpet av én innleggelse.

Dataanalyse

Deskriptiv statistikk ble utført for å beskrive pasientgruppen. Resultatene presenteres som frekvens og gjennomsnittsverdier med standardavvik (*SD*) og median på grunn av skjevfordeling i resultatmål.

For å undersøke om endring i VAS-skår før og etter fysioterapibehandling var statistisk signifikant, ble det gjennomført parett *t*-test. Effektestimat for endring i VAS-skår ble regnet ut med Cohens *d*. Statistisk signifikans ble satt til $p < 0.05$. Alle statistiske analyser ble utført i SPSS versjon 28.

Personvern og forskningsetikk

Studien er vurdert av Regional etisk komité (REK) (saksnummer: 467 976) og vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. § 2 og § 4 bokstav a), og det kreves ikke godkjenning fra REK. Studien er godkjent av personvernombudet på Lovisenberg. Det er innhentet skriftlig samtykke fra alle deltakere om at opplysninger fra pasientjournalen kan hentes ut til studien, og at selvrapporterte data inngår i statistikken. Før inkludering har alle deltakere fått informasjon av fysioterapeut om formålet med studien og så blitt spurt om de ønsket å delta. I tilfeller hvor pasienten har vært i en tilstand som har gjort det usikkert om vedkommende har forstått informasjonen, har pasienten ikke blitt inkludert, men fått tilbud om fysioterapibehandling på vanlig måte. I tvilstilfeller har samtykket blitt bekreftet på nytt senere i innleggelsen. Pasienter som ikke ønsket å delta, fikk samme tilbud om fysioterapibehandling uten å delta i studien.

Resultater

Av den totale pasientpopulasjonen på 84 pasienter i studieåret var det 61 (73 %) som mottok minst én fysioterapibehandling under innleggelsen. Årsaken til at fysioterapi ikke ble gitt til 23 pasienter, var en særlig forhøyet voldsrisiko og/eller seksualiserende adferd ($n = 4$), at pasienten ikke var i kontakt med fysioterapeut under innleggelsen på grunn av kapasitetsproblemer, eller fordi fysioterapeut manglet informasjon om at aktuell pasient med maniske symptomer var innlagt ($n = 14$), eller fordi pasienten selv ikke ønsket å motta fysioterapi ($n = 5$) (figur 1).

Av de 22 pasientene som deltok i studien, var det 16 menn (73 %) og seks kvinner (27 %). Gjennomsnittsalderen var 40 år (fra 21 til 60 år). Ni pasienter (41 %) hadde psykotiske symptomer, 16 pasienter (73 %) var innlagt på tvang og 15 pasienter (68 %) hadde minst ett vedtak om bruk av tvangsmidler (§ 4-3, § 4-4 eller § 4-8 bokstav a til d) i løpet av innleggelsen. Blant de som hadde minst ett vedtak om tvangsmidler, varierte antallet fra ett til 19 vedtak (median to vedtak). Liggetiden varierte fra 11 til 132 dager (median 49 dager).

Beskrivelse av gjennomføring av psykomotorisk fysioterapi

Deltakende 22 pasienter gjennomførte til sammen 94 fysioterapibehandlinger. Antall dager fra innleggelse til første fysioterapibehandling med bruk av VAS-skjema varierte fra null til 28 dager (median syv dager).

Behandlingstiltakene som hyppigst ble benyttet, var samlende massasje, rolig bevegelse/strekk og styrketrening. De fleste pasientene holdt seg til samme type behandling gjennom hele innleggelsen. Tre pasienter (14 %) gjennomførte én fysioterapibehandling med utfylling av VAS-skjema før og etter. De resterende 19 pasientene (86 %) gjennomførte gjennomsnittlig fem fysioterapibehandlinger hver.

Endring i selvrapportert pasientopplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon

Basert på 94 fysioterapibehandlinger med VAS-skår av pasientens opplevelse før og etter fysioterapi ble det funnet en signifikant reduksjon i samtlige dimensjoner av stressaktivering (tabell 1 og figur 2): *opplevelse av anspenhet* målt før fysioterapi ($M = 4.60$, $SD = 3.33$) og etter fysioterapi ($M = 1.33$, $SD = 2.25$), $t(93) = 9.96$, $p = < 0.001$; *opplevelse av uro* målt før fysioterapi ($M = 3.51$, $SD = 3.26$) og etter fysioterapi ($M = 1.09$, $SD = 1.85$), $t(93) = 7.99$, $p = < 0.001$ og *opplevelse av irritabilitet/aggresjon* målt før fysioterapi ($M = 3.85$, $SD = 3.76$) og etter fysioterapi ($M = 1.06$, $SD = 2.20$), $t(93) = 7.77$, $p = < 0.001$.

Effektestimat målt med Cohens d viste stor effekt for samtlige dimensjoner (tabell 1): *opplevelse av anspenhet* ($d = 1.03$), *opplevelse av uro* ($d = 0.82$) og *opplevelse av irritasjon/aggresjon* ($d = 0.80$). Reduksjon på VAS-skår var uavhengig av hvilke tiltak som ble benyttet. I alt åtte (9 %) fysioterapibehandlinger resulterte i at pasienten sovnet under eller rett etter behandlingen. Tiltaket som hyppigst resulterte i søvn, var samlende massasje.

TABELL 1

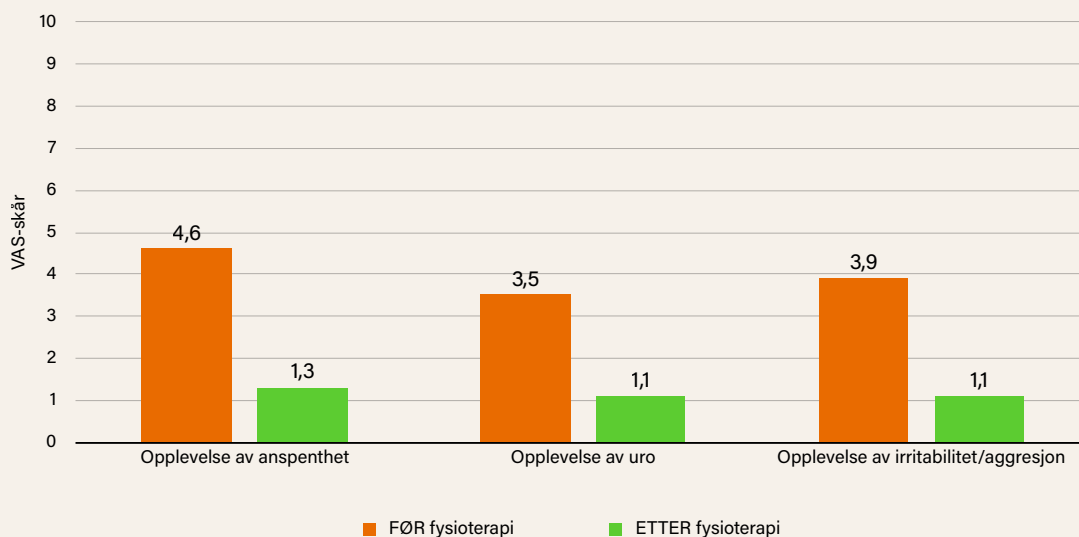
Endring i pasientenes selvrapporterte opplevelse av stressaktivering målt med VAS-skår før og etter hver fysioterapibehandling og effektestimat (Cohens d)

VAS-dimensjon	Gj.snitt VAS-skår FØR fysioterapi (SD)	Gj.snitt VAS-skår ETTER fysioterapi (SD)	Differanse (SD)	Effektestimat for endring Cohens d (95 % CI)
Opplevelse av anspenhet	4.60 (3.33)	1.33 (2.25)*	3.27 (3.18)	1.03 (0.78–1.28)
Opplevelse av uro	3.51 (3.26)	1.09 (1.85)*	2.43 (2.94)	0.82 (0.59–1.06)
Opplevelse av irritabilitet/aggresjon	3.85 (3.76)	1.06 (2.20)*	2.79 (3.48)	0.80 (0.57–1.03)
Totalskår stressaktivering	11.96 (9.03)	3.29 (5.29)*	8.67 (8.02)	0.82 (0.77– 1.33)

* $p < .001$

FIGUR 2

Gjennomsnittlig VAS-skår for pasientens opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon målt før og etter fysioterapi



Ulike dimensjoner av stressaktivering målt før og etter fysioterapi

Diskusjon

Med denne pilotstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbarheten og pasientopplevelsen av psykomotorisk fysioterapi til pasienter med akutte maniske symptomer. Det gjorde vi ved å (1) undersøke andelen pasienter innlagt med akutt mani som ønsker å motta fysioterapi, (2) evaluere pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon før og etter hver fysioterapibehandling, og (3) undersøke frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen.

Gjennomførbarhet

Gjennomførbarheten av fysioterapibehandlingen var høy, da 73 % av alle de 84 pasientene innlagt med maniske symptomer i studieperioden mottok minst én fysioterapibehandling. Som følge av manglende kapasitet eller fordi fysioterapeuten ikke kjente til at aktuell pasient med mani var innlagt, fikk 14 pasienter ikke tilbud om fysioterapi. Av de 22 pasientene som samtykket til studiedeltakelse, mottok 86 % mer enn én fysioterapibehandling. Høy gjennomførbarhet samsvarer med funn fra tidligere studie (Christensen et al., 2020) og tyder på stor aksept blant pasientgruppen til å motta fysioterapibehandling i tidlig innleggelsesfase.

Utalget i studien representerer en pasientgruppe som ofte er krevende for miljøet på sengepost, både for ansatte og medpasienter. At 73 % av pasientene var innlagt på tvang og 41 % hadde psykose, gjenspeiler alvorlighetsgraden av sykdomsbildet til denne studiepopulasjonen. Funnene tyder på at alvorlig syke pasienter kan nyttiggjøre seg fysioterapibehandling som regulerer anspenhet, uro og irritasjon/aggresjon. Behandlingen kan gagne både pasienten selv, medpasienter og behandlingsmiljøet på posten.

Pasientenes selvrapporterte opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon

Pasientene hadde en tydelig reduksjon i selvrapportert opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon etter fysioterapibehandling. Dette er i tråd med funnene til Christensen et al. (2020) og bekrefter at riktig bruk av sansestimulering kan dempe stressaktivering og fremme søvn (Gammeltoft, 2009). Da ulike typer stimuli virker dempende eller vekkende på det autonome nervesystemet, vil det være nødvendig å spesifisere i behandlingsplanen hvilke stimuli som beroliger, og hvilke som aktiverer den enkelte pasient. Pasientene mottok ulik type fysioterapibehandling og opplevde samtidig redusert stressaktivering.

Videre kan dempet stressaktivering gjøre pasientene lettere tilgjengelige for samtaler og forbedre samarbeidet

om behandlingen (Bakken & Johannessen, 2020). Vi erfarte at fysioterapibehandlingen kunne fungere som deeskalerende tiltak når dette ble gitt før eller etter behandlersamtaler, og før, under eller i etterkant av depotinjeksjoner. Resultater fra den danske studien (Christensen et al., 2020) viste signifikant reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler blant pasienter innlagt med mani i studieperioden sammenlignet med to år tidligere. Vi har ikke undersøkt dette i denne studien, men vi tenker at å gi pasientene alternative behandlingsmetoder for å dempe stressaktivering gir dem økt selvbestemmelsesrett og er i tråd med Lovisenbergs mål om å redusere bruk av tvang.

Frekvensen av søvn under eller rett etter fysioterapibehandlingen

Pasientene sovnet i 9 % av behandlingene i studien. Hovedsakelig var dette etter kort tids behandling (fra ti minutter) med tiltaket samlende massasje gitt ved høyt symptomtrykk. Dette bekrefter den kliniske erfaringen fra den danske studien, hvor det var vanlig at pasienter sovnet der hvor blant annet knotteballmassasje ble benyttet (Christensen et al., 2020). Der tidligere studier på pasienter med mani har fokusert på fysisk aktivitet og instruerte øvelser som yoga og mindfulness (Murray et al., 2011; Ng et al., 2007; Perich et al., 2013; Uebelacker et al., 2014), har denne studien også benyttet berøring i behandlingen som kunne bidra til avspenning og søvn. Den kliniske erfaringen angående berøring var at mange pasienter uttalte lengsel etter å bli tatt på, at det roet opplevelsen av indre kaos og hjalp dem med å komme på plass i seg selv. Avklaringer med pasienten om innhold, grenser og rammer for fysioterapitimen, fysioterapeutens oppmerksomhet på pasientens kroppsspråk underveis og at fysioterapibehandlingen ble tilpasset pasientens reaksjoner, virket sentralt for å unngå eskalering av agitasjon og frustrasjon. En større studie kunne undersøkt om psykomotorisk fysioterapi for å dempe stressaktivering i akutt manisk fase kan fremme søvn og bidra til redusert bruk av beroligende medikamenter.

Styrker og svakheter

Styrker i studien er at den ble gjennomført i en naturlig klinisk kontekst, under akutt innleggelse, der fungeringen til mange av pasientene er aller mest nedsatt, og hvor risikoen for tvangsbruk, utagering og skader er høyest. Resultatene tyder på at et tilbud basert på psykomotorisk fysioterapi i denne kritiske fasen er like gjennomførbart her i Norge som i Danmark (Christensen et al., 2020), der datagrunnlaget var mye større. Erfaringene fra denne pilotstudien er verdifull for design av fremtidige forskningsprosjekter når det gjelder hvordan for eksempel samtykke innhentes, mengden skriftlig informasjon som

blir akseptert av pasientgruppen, type intervensjoner pasientene ønsker å motta, og hvordan fysioterapeuter samarbeider med annet helsepersonell om å nå frem til pasientene på posten med behandlingstilbudet.

Utfylling av VAS-skjema og å signere samtykket fremsto som barrierer for deltakelse i studien. Kun 36 % av pasientene som mottok fysioterapi, gjennomførte begge krav. Det er mulig at inklusjonsandelen hadde gått opp ved annet metodevalg for datainnsamling som ikke stiller krav til at pasientene må fylle ut skjema i akutt manisk fase. Enkelte pasienter uttalte at de anga VAS-skår for å tydeliggjøre hvor viktig fysioterapibehandlingen var for dem. Dette kan ha bidratt til feilkilder i datainnsamlingen.

Denne pilotstudien har et lite utvalg og ingen kontrollgruppe. Det er derfor begrenset hva vi kan si om effekten av psykomotorisk fysioterapi på stressaktivering og reduksjon av maniske symptomer, men danner et grunnlag for en større RCT-studie som vil kunne undersøke dette nærmere. Fremtidige studier på denne pasientgruppen bør vurdere flere måter å måle effekt av psykomotorisk fysioterapi på, for eksempel med objektiv symptomskala som YMRS (Young et al., 1978) og døgnregistreringsskjema og ved å registrere hjerteratevariabilitet, liggetid og bruk av medikamenter og tvang.

Konklusjon og praktiske implikasjoner

Denne pilotstudien viser at psykomotorisk fysioterapi er gjennomførbart for pasienter i akutt manisk fase. Selvrapporterte mål på stressaktivering tyder på at psykomotorisk fysioterapi reduserer pasientenes opplevelse av anspenhet, uro og irritabilitet/aggresjon. Psykomotorisk fysioterapi kan være med på å dekke et vakuum i behandling av akutt mani, der skjerming og medikamenter ikke alltid er tilstrekkelig for å oppnå ønsket effekt. Tilnærmingen bør utforskes videre med kontrollgruppe og større datamateriale med tanke på potensialet det har til å fremme pasienttilfredshet og redusere forløp med høy risiko for skjerming og bruk av tvang. 

REFERANSER

- Bakken, A.-K. & Johannessen, K. N. (2020). *Fra uro til ro: utfordrende atferd og barns muligheter for læring*. Gyldendal.
- Bond, A. & Lader, M. (1974). The use of analogue scales in rating subjective feelings. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 211–218. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1974.tb02285.x>
- Christensen, J. B., Lassen, I. S., Carlsen, A. H., Strazek, S. & Nyboe, L. (2020). Physical therapy for reducing arousal and mechanical restraint among in-patients with mania. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(1), 49–53. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1792981>
- Fadnes, B. & Leira, K. (2006). *Balansekoden: om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Universitetsforlaget.
- Field, T. M. (1998). Touch therapy effects on development. *International Journal of Behavioral Development*, 22(4), 779–797.
- Field, T. (2014). Massage therapy research review. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002>
- Gammeltoft, B. C. (2009). *Sansestimulering for voksne*. Gammeltoft.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger*.
- Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A. & Ruud, T. (2010). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-89>
- Indregard, A. R., Nussle, H. M., Hagen, M., Vandvik, P. O., Tesli, M., Gather, J. & Kunøe, N. (2024). Open-door policy versus treatment-as-usual in urban psychiatric inpatient wards: a pragmatic, randomised controlled, non-inferiority trial in Norway. *Lancet Psychiatry*, 11(5), 330–338. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(24\)00039-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(24)00039-7)
- Kerr, F., Wiechula, R., Feo, R., Schultz, T. & Kitson, A. (2019). Neurophysiology of human touch and eye gaze in therapeutic relationships and healing: a scoping review. *JBIF database of systematic reviews and implementation reports*, 17(2), 209–247. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2014.07.002>
- Li, Q., Becker, B., Wernicke, J., Chen, Y., Zhang, Y., Li, R., Le, J., Kou, J., Zhao, W. & Kendrick, K. M. (2019). Foot massage evokes oxytocin release and activation of orbitofrontal cortex and superior temporal sulcus. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.psychoneu.2018.11.016>
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(2), 95–109. <https://doi.org/10.1002/cpp.710>
- Ng, F., Dodd, S. & Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of affective disorders*, 101(1–3), 259–262. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.11.014>
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333–343. <https://doi.org/10.1111/acps.12033>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Uebelacker, L. A., Weinstock, L. M. & Kraines, M. A. (2014). Self-reported benefits and risks of yoga in individuals with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(5), 345–352. <https://doi.org/10.1097/01.pra.000454779.59859.f8>
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E. & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133(5), 429–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.133.5.429>

TESTARTIKKEL

Øyvind Fallmyr

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Sykehuset i Vestfold HF

Olaf Lund

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Sykehuset i Vestfold HF

Jens Egeland

Klinikk psykisk helse og avhengighet,
Sykehuset i Vestfold HF; Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Kartlegging av foreldrestil: et spørreskjema for empatibasert, følelsesbevisst foreldrekompetanse

Sammendrag

SITER ARTIKKELEN:

Fallmyr, Ø., Lund, O. & Egeland, J. (2024). Kartlegging av foreldrestil: et spørreskjema for empatibasert, følelsesbevisst foreldrekompetanse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(4). <https://doi.org/10.52734/TBCH7101>

KONTAKT oeyfal@siv.no

MERKNAD Ingen oppgitte interesse-konflikter

FAGFELLEVRURT

CC BY 4.0

Artikkelen beskriver konstruksjonen av et nytt kartleggingsskjema som måler foreldrestil på fem uavhengige dimensjoner: 1) Empatisk kommunikasjon, 2) Autoritær ledelse, 3) Verdssettelse, 4) Unnvikende ledelse og 5) Mentalisering. Eksisterende modeller og kartleggingsverktøy fanger ikke opp tilsvarende bredde og kompleksitet i foreldreferdigheter som det foreliggende skjemaet. Dette skjemaet vil potensielt kunne gi et mer nyansert bilde av den enkeltes foreldrestil og en mer treffsikker indikasjon på relevante utviklingsområder. Resultatene fra vår eksplorerende og konfirmerende faktoranalyse med to ulike foreldreutvalg ($n = 592$ enkeltforeldre) avdekket at femfaktorstrukturen har tilstrekkelig gode psykometriske verdier for samsvar mellom modell og empiriske data. Resultatene av prosjektet gir et godt fundament for videre normering og undersøkelse av reliabilitet og validitet.

Nøkkelord: spørreskjema, emosjonsfokuset, foreldrestil, faktoranalyse

Barn med psykiske vansker har et ekstra stort behov for trygge og helende relasjoner, både til foreldre og til ansatte i skole og barnehage. Foreldreveiledning er en viktig del av behandlingen i psykisk helsevern for barn og unge. En relativt ny tilnærming i Norge er emosjonsfokuset ferdighetstrening for foreldre (EFST) (Foroughe et al., 2019; Hagen et al., 2019). Dette er en opplevelsbasert metodikk som springer ut fra humanistisk psykologi og emosjonsteori, emosjonsfokuset terapi og John Gottmans modell for følelsescoaching (Gottman & Declaire, 1997; Greenberg, 2021).

I EFST trenes foreldre i følelsesfokuset, empatisk kommunikasjon og problemløsning. Slike foreldreferdigheter har vist seg å predikere reduksjon i både internaliserings- og eksternaliseringsvansker (Cunningham et al., 2009; Dunsmore et al., 2013; Hurrell et al., 2017). Empatisk kommunikasjon antas å bryte negative transaksjonsprosesser mellom barnets væremåte og foreldrerespons. Et eksempel er når barnets eksternaliseringsatferd gjør det vanskelig for foreldre å være inntonet og validerende, noe som igjen bidrar til økt eksternaliseringsatferd (Pinquart, 2017; Serbin et al., 2015). Studier på EFST har vist at selv et todagers kurs øker mestringsfølelse hos foreldre og kan ha en moderat til høy effekt på barnas symptomer og følelsesregulering (Foroughe et al., 2019; Lafrance et al., 2020; Wilhelmsen-Langeland et al., 2019). Ansar et al. (2023) fant at det å delta på EFST-kurs, i tillegg til seks timer individuell veiledning i etterkant, ga statistisk signifikant bedring i foreldrenes psykiske helse. Bedringen ble mediert av bedret psykisk helse hos barna.

Foreldrestil har tradisjonelt handlet om hvordan foreldre balanserer autoritet og omsorg. Den dominerende teoretiske modellen, som ligger til grunn for de fleste selvrapporteringskjemaer om foreldrestil, har vært en topolet to- eller trefaktormodell som kartlegger aspekter ved foreldreledelse (atferdskontroll/krav), anerkjennelse (varme og responsivitet) og autonomistøtte (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983; Skinner et al., 2005). En topolet modell betyr at foreldrestilen måles på en enten-eller-skala hvor atferdsbeskrivelsene er motpoler – enten er du restriktiv, eller så er du autonomistøttende. En unipolar modell, derimot, er en både-og-modell, hvor du både kan være restriktiv og autonomistøttende. Disse tradisjonelle modellene favner imidlertid ikke om foreldrene også utøver empatisk kommunikasjon og empatisk forståelse – som står sentralt i den humanistiske, emosjonsfokusede psykologien (Greenberg, 2021; Hagen et al., 2019; Stiegler, 2015).

Vi har undersøkt om eksisterende kartleggingskjemaer om foreldrestil måler områdene foreldreledelse, anerkjennelse og empatisk kommunikasjon i ett og samme skjema. Hurley et al. (2014) fant at av 164 kartleggingskjemaer hadde kun fire akseptable verdier i en konfirmerende faktoranalyse. Ingen av disse fire måler foreldreledelse, anerkjennelse og empatisk kommunika-

sjon i ett og samme skjema. Vi har også undersøkt åtte relevante instrumenter som ikke var en del av studien til Hurley et al. (2014). Disse er: The Multidimensional Assessment of Parenting Scale (Parent & Forehand, 2017); Parents as Social Context Questionnaire (Keijsers et al., 2020); Coping with children's negative emotions scale (Fabes et al., 1990); Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyten et al., 2017); Comprehensive General Parenting Questionnaire (Sleddens et al., 2014); Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 2015); Parent-Adolescent Relationship Scale (Burke et al., 2021) og Emotion-Related Parenting Styles (Hakim-Larson et al., 2006). En kortversjon av sistnevnte vil bli oversatt til norsk (Severinsen et al., 2022), men så vidt vi kjenner til, er ingen av de øvrige oversatt til norsk eller validert for norske foreldre. To av skjemaene, Barrett-Lennard Relationship Inventory og Emotion-Related Parenting Styles, måler empatisk kommunikasjon og forståelse, men de utelater foreldreledelse. Resten måler aspekter av foreldreledelse og anerkjennelse, men ikke empatisk kommunikasjon og forståelse.

Hensikten med vår studie er å lage et spørreskjema om foreldrestil som måler alle de tre dimensjonene: foreldreledelse, anerkjennelse og empatisk kommunikasjon (Fallmyr, 2022). Det å fange disse med ett og samme skjema vil potensielt synliggjøre flere nyanser i den enkeltes foreldrestil, og gi mer treffsikre beskrivelser av mulige utviklingsområder sammenlignet med eksisterende skjemaer. Vår tredimensjonale modell bygger på en syntese av den opprinnelige firefeltmodellen (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983), hvor de differensierer mellom det vi kaller foreldreledelse og anerkjennelse, og Carl Rogers (1957) differensiering mellom anerkjennelse (unconditional positive regard) og empatisk forståelse (empathic understanding).

Vi har operasjonalisert de tre dimensjonene med to underkategorier i hver dimensjon for å favne vesentlige aspekter ved foreldreskapet. Spørreskjemaet vil da potensielt bestå av seks underkategorier.

1) **Foreldreledelse** består av a) krav og normer: evnen til å ivareta forventninger og grenser på en tydelig, tilpasset, fleksibel og passe konsekvent måte og b) selvstyring: evnen til selvregulering, selvorganisering og planlegging. 2) **Anerkjennelse** består av c) verdsettelse: evnen til å uttrykke omtanke og støtte gjennom positiv verdsettelse og involvering, autonomistøtte, kjærlighet, ros, oppmuntring og respekt for barnets egenart og d) transparens: åpenhet og ærlighet, altså evnen til å vise åpenhet og ta imot tilbakemeldinger med nysgjerrighet. 3) **Empati** består av e) empatisk kommunikasjon: evnen til å utforske, validere og forstå følelser og underliggende behov og f) mentalisering: evnen til å forstå barnets perspektiv og se hvordan egen væremåte påvirker barnet.

Vi legger til grunn at foreldreledelse, anerkjennelse og empati er tre uavhengige dimensjoner som gir ulike individuelle foreldrestiler. For eksempel kan noen vise

anerkjennelse uten å forstå hvilke følelser og oppfatninger andre har. God foreldreledelse og anerkjennelse uten empatisk kommunikasjon og forståelse kan høres sånn ut fra barneperspektivet: «Pappa er som regel stabil og forutsigbar, har passe forventninger, rutiner og regler, han er støttende og oppmuntrende, tar meg for den jeg er, og tåler at jeg er sint iblant. Men han forstår meg ikke, skjønner ikke hva jeg trenger.»

Andre kan ha empatisk forståelse og innlevelse, men ikke evne eller vilje til å uttrykke anerkjennelse i form av berøring eller utsagn som uttrykker aksept, verdsetting eller hengivenhet. Det siste er spesielt aktuelt i møte med antisosial atferd eller verdier som bryter med egne, eller kulturens, normer. Vi ser det for eksempel hos foreldre som oppnår empatisk forståelse av barnet, men likevel ikke klarer å vise hengivenhet på grunn av egne sterke kamp-, flukt- eller frysreaksjoner.

God foreldreledelse, svak anerkjennelse, men god empatisk kommunikasjon og forståelse kan på sin side høres sånn ut fra barneperspektivet: «Pappa er som regel stabil og forutsigbar, har passe forventninger, rutiner og regler, han trøster meg sjelden, og han gir ikke klemmer eller viser at han er glad i meg, og han aksepterer ikke at jeg har gaming som hobby. Men han forstår godt hva jeg tenker og føler om ting, og hva jeg trenger for å ha det bra.»

Nedenfor vil vi gjøre rede for prosessen med utvikling av skjemaet og testing av faktorstruktur i en serie eksplorerende faktoranalyser (EFA) hvor ledd tas inn og ut. Til sist beskriver vi den konfirmerende faktoranalysen (KFA), som ble gjort med et nytt utvalg, der vi tester hvorvidt det endelige skjemaet faktisk måler det vi håper å få til, på en psykometrisk tilfredsstillende måte. I KFA kan vi beregne samsvarsverdier mellom modell og observerte skårer, og ut fra standarder for slike verdier si noe om hvorvidt faktormodellen er god. Vi setter også EFA-modellen opp mot andre modeller, og ser på om variansen i materialet kan beskrives på enklere måter enn EFA-modellen. Til slutt rapporterer vi foreløpige normresultater på skjemaet basert på 105 besvarelser. Vi gjør oppmerksom på at det i fortsettelsen av dette prosjektet må foretas en mer omfattende normering og validering for å teste ut betydningen av ulike profiler.

Metode

Datainnsamling

Prosjektet ble sendt til den Regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som konkluderte med at prosjektet ikke var søknadspliktig (søknadID 142166).

Datainnsamlingen ble utført i perioden fra oktober 2020 til oktober 2022. Den ble foretatt både med en penn-og-papir-versjon og med en questbackløsning via SMS.

Deltakere

EFA-utvalget besto av 376 foreldre til barn i alderen 5–19 år. Av disse var 71 % foreldre til barn i poliklinisk utredning eller behandling ved barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. De ble rekruttert enten ved at behandlingsansvarlig delte ut spørreskjema, eller ved at de fikk lenke til spørreskjema på SMS. De resterende 29 % var foreldre som ble rekruttert utenom klinisk virksomhet, primært skoleansatte. Av respondentene var 70 % mødre. Aldersfordelingen viser 29 % fra 5–9 år, 24 % fra 10–12 år, 32 % fra 13–15 år og 15 % fra 16–19 år. Av utvalget besvarte 17.3 % via QR/SMS og 82.7 % på papir. KFA-utvalget besto av 224 foreldre, 71 % var mødre. Kjønnfordelingen mellom barna var 54.5 % jenter og 45.5 % gutter. Kartleggingsskjema ble delt ut under foreldreveiledningskurs, og 70.5 % besvarte via QR/SMS og 29.5 % på papir. Det ble for omfattende for poliklinikkens ansatte å registrere hvor mange skjema de delte ut totalt sett. Vi kunne derfor ikke tallfeste responsraten.

Prosedyre for utforming og utvelgelse av ledd

Det ble innhentet forslag til kandidatledd basert på de tre definerte områdene foreldreledelse, anerkjennelse og empatisk kommunikasjon fra flere kilder: Behandlere i BUPA med kompetanse i emosjonsfokustert foreldretrening for foreldre (EFST) og rundt hundre kursdeltakere ansatte i skolen. Om lag 200 forslag til ledd ble bearbeidet og redusert til 60 ledd og videre til 50 ledd etter innspill fra en referansegruppe. Disse 50 ble brukt i EFA-analysen. Konstruksjonen av leddene besto av flere prosesser. Språklig nyansering var viktig for å fremme innholdsvaliditet, slik at ulike aspekter ved den latente faktoren kommer frem. Konkretisering, eksemplifisering og forenklinger var viktig for å fremme språklig stringens og entydighet, slik at risiko for idiosynkratiske tolkninger ble redusert. På enkelte ledd la vi inn en hyppighetsvurdering ved ordet «ofte» – etter tilbakemelding om at dette ville gjøre vurderingen enklere. Vi hadde ellers som mål å ta hensyn til kjente målefeil (Podsakoff et al., 2012). Vi forsøkte å redusere samtykkende bias (at noen tenderer mot å svare enig uansett) og sosial ønskevurderings-bias (at noen sensurerer seg for å fremstå i et bedre lys) ved å lage reverserte ledd til faktorene (jeg er følelsesmessig stabil og forutsigbar / jeg er ofte for lite stabil i min væremåte). Leddene som tentativt måler samme faktor, ble plassert lengst mulig fra hverandre for å unngå «oppblåste» korrelasjoner (Podsakoff et al., 2012).

Semantic Theory of Survey Response antar at besvarelser på ledd i kartleggingsskjemaer vil korrelere dersom de deler semantisk mening. Det er funnet at så mye som 86 % av variansen i relasjoner mellom variabler er a priori predikerbare (Arnulf et al., 2014; Arnulf et al., 2018). For å redusere risiko for kunstig oppblåste korrela-

sjoner som følge av semantisk likhet utformet vi leddene med mest mulig variasjon i begrepsbruk. Vi brukte minst mulig synonymer og antonymer, men heller konkrete atferdsbeskrivelser som belyser dimensjonen fra ulike vinklinger.

Faktoranalyse av data fra en likertskala krever at graderingene defineres entydig og med like store intervaller mellom hver verdi. Da vi testet en topolet modell, der leddene varierer fra for mye til for lite av noe, valgte vi å bruke en seksdelt skala fra minus tre til pluss tre (fra *stemmer svært dårlig* til *stemmer svært godt*).

Statistiske analyser

For å vurdere om korrelasjonsmatrisen var egnet til faktoranalyse brukte vi Barlett's test of sphericity og Kaiser-Meyer-Olkins (KMO) mål for adekvat sampling. Vi vurderte hvor mange faktorer som skulle beholdes ved hjelp av Kaisers kriterium om egenverdi over en, vurdering av scree plot og parallellanalyse (PA). Parallellanalyse ble gjort med Brian O'Connors syntaxfil til SPSS (<http://oconnor-psych.ok.ubc.ca/nfactors/parallel.sps>) (O'Connor, 2000). For å vurdere reliabilitet brukes McDonalds omega (McDonald, 2013). Vi foretok prinsipal aksefaktorering med rotasjonsmetode varimax med Kaisers normalisering (Goretzko et al., 2021). Til analysene i KFA-utvalget benyttes R (R Core Team, 2013) og pakken lavaan (Rosseel, 2012). For å undersøke om metode for datainnsamling, altså penn og papir eller QR-kode/SMS, påvirket besvarelsene ble dette lagt inn som en kovariat i den konfirmerende faktoranalysen. En slik MIMIC-modell (multiple indicators, multiple causes model; Brown, 2006) vil da undersøke om forskjeller i gjennomsnittlige verdier på faktorene er forskjellig for de to ulike metodene.

Resultater

Eksplorerende faktoranalyse

Fem respondenter fra utvalget for den eksplorerende faktoranalysen (EFA) ble ekskludert som utliggere etter Mahalanobis distanse-analyse. Kaiser-Meyer-Olkins mål (KMO) for adekvat sampling bekreftet at målet for adekvat sampling er godt ($KMO = .893$), og Barlett's test of sphericity var statistisk signifikant (khikvadrat 6794.423, $p < .001$). Det vil si at materialet var egnet for faktoranalyse. Det var kun 0.32 % mistede data. Tre kriterier ble lagt til grunn for å velge ledd for den endelige EFA-analysen. Først fjernet vi ledd med ekstreme gjennomsnittsverdier (over fem eller under to), såfremt disse «svake» variablene ikke skilte mellom informantgrupper som foreldres kjønn, barnets alder eller om barnet var pasient ved BUPA eller ikke. Dette sjekket vi med variansanalyse (ANOVA). Vi utelot ledd med lav felles varians, altså variabler med kommunalitet under fire. Til sist ekskluderte vi komplekse variabler hvor det var kryssladninger med lav faktorladning. Den endelige faktorløsningen hadde 21 ledd fordelt på fem faktorer. På grunn av skjevhet større enn -2 på et av leddene i faktor 3 valgte vi å prøve ut tre nye ledd i kartleggings-skjemaet til KFA-en for å sjekke om disse kom ut med mindre skjevhet. Da skjevheten på det opprinnelige leddet ble redusert til akseptable -1.85 , ble de opprinnelige leddene beholdt og de tre «reserveleddene» lagt til side.

Den endelig faktorløsningen forklarte 44.4 % av variansen (faktor 1: 13.5 %; faktor 2: 9.3 %; faktor 3: 8.7 %; faktor 4: 6.9 %; faktor 5: 5.7 %). De fem faktorene (se tabell 1) kalles: 1) Empatisk kommunikasjon; 2) Autoritær ledelse; 3) Verdsettelse; 4) Unnvikende ledelse og 5) Mentalisering. Vi fikk altså ikke støtte for en topolet trefaktorløsning bestående av seks underkategorier, men EFA-en ga støtte for en unipolar femfaktormodell (hvor underkategorien som måler transparens, ikke er med). Vi ser også at det i denne modellen differensieres mellom anerkjennelse og empatisk kommunikasjon. Foreldreledelse og empati fremstår som forventet som ulike dimensjoner. Det kan forstås som en nyansering av den topoledede modellen fordi det gir rom for mer differensiering, altså for å fange mer sammensatte atferdsresponser. Vi ser av tabell 1 at faktor 5, Mentalisering, har to kryssladninger til faktor 1 Empatisk kommunikasjon. Disse komplekse leddene vil i det ferdige spørreskjemaet kunne lade på begge faktorer med en vektet verdi.

TABELL 1

Standardiserte faktorladninger, gjennomsnittsverdier, skjevhet og kurtose

	EFA					Gj.snitt (SD)	Skjevhet / kurtose
	Empatisk kommunikasjon (EK)	Autoritær ledelse (AL)	Verdsettelse (V)	Unnvikende ledelse (UL)	Mentalisering (M)		
EK1: Jeg pleier ofte å undersøke hva negative følelsesreaksjoner eller væremåter hos barnet betyr, dvs. hva slags følelser som er aktivert, og hvilke behov følelsene signaliserer. For eksempel om «stygge ord» kan bety at barnet er skuffet eller egentlig skammer seg og trenger trøst og oppmuntring.	.613					4.54 (1.01)	-.45 / -.00
EK2: Jeg pleier å hjelpe barnet med å akseptere og forstå følelsesreaksjoner når noe er vanskelig: f.eks. ved å si: «ikke rart at du blir redd (flau, sint, lei deg), fordi ...»	.622					4.63 (1.04)	-.59 / .18
EK3: Hvis jeg ber barnet om unnskyldning for noe, så forteller jeg barnet hva jeg tror han/hun følte i situasjonen (f.eks. «da jeg kalte deg sutrete, tror jeg du ble lei deg og sint»).	.579					4.14 (1.12)	-.25 / -.23
EK4: Jeg hjelper ofte barnet med å bli bevisst på og forstå følelsesreaksjoner ved å utforske, sette ord på og bekrefte det barnet føler og trenger (f.eks. ved å si: «Var det sårende å ikke bli invitert? Føler du deg avvist?»	.689					4.53 (.97)	-.13 / -.53
EK5: Jeg prøver ofte å få barnet til å kjenne etter hva han/hun føler, ved at jeg er interessert, aksepterende og forståelsesfull.	.598					4.73 (.84)	-.18 / -.32
EK6: Når jeg og barnet er veldig uenige om noe, forsøker jeg å finne ut hvilke følelser og forventninger som ligger bak barnets reaksjon.	.553					4.41 (.93)	-.28 / -.11
AL1: Jeg blir ofte for streng med barnet, stiller for store krav til selvstendighet og modenhet, f.eks. for mange krav, for vanskelige krav, for langvarige aktiviteter, for kort frist på ting etc.		.628				2.92 (1.23)	.29 / -.57
AL2: Jeg er ofte for lite stabil i min væremåte sammen med barnet (blir for ustrukturert, uforutsigbar, brå endringer i humør, blir impulsstyrt).		.547				2.25 (1.17)	.89 / .32
AL3: Jeg blir for ofte bråsint eller sier sårende ting til barnet.		.691				2.16 (1.17)	.92 / .32
AL4: Jeg kan ofte bli for streng, sta og for lite fleksibel med regler og krav.		.647				3.01 (1.23)	.18 / -.83
V1: Jeg er flink til å vise eller si til barnet at han/hun er verdifull.			.663			5.36 (.81)	-1.24 / 1.33
V2: Jeg forteller ofte barnet hva jeg setter pris på med han/henne.			.714			5.30 (.81)	-1.02 / .58
V3: Jeg sier og viser ofte at jeg er glad i barnet, f.eks. ved å gi en klem eller si «jeg er glad i deg».			.710			5.66 (.67)	-2.46 / 6.91
UL1: Når barnet bryter regler eller forventninger, tar jeg det sjelden opp med barnet fordi jeg synes dette er vanskelig å gjøre.				.428		1.80 (.96)	1.70 / 3.65
UL2: Jeg blir ofte overforsiktig, overkontrollert eller «handlingslammet» sammen med barnet.				.532		2.29 (1.24)	.81 / -.22
UL3: Jeg reagerer ofte med for lite følelser, sånn at barnet kan tro jeg ikke bryr meg.			-.382	.458		2.07 (1.17)	.95 / .10
UL4: Jeg blir ofte følelsesmessig tildekkende/overkontrollert overfor barnet, tar på en «maske» som dekker over det jeg egentlig føler.				.555		2.56 (1.24)	.45 / -.57
UL5: Jeg er ofte for ettergivende, jeg gir meg for lett hvis barnet maser eller nekter.				.528		2.97 (1.37)	.37 / -.70
M1: Jeg tenker ofte over barnets selvilde (hva barnet føler og tenker om seg selv).	.405				.443	5.16 (.91)	-1.05 / 7.83
M2: Jeg tenker ofte over hvilke oppfatninger og følelser barnet har om sin livssituasjon.					.610	4.78 (1.05)	-.83 / .49
M3: Jeg pleier ofte å tenke over hvordan jeg påvirker barnet.	.311				.549	4.98 (.83)	-.45 / -.30

Merknad. Ekstraksjonsmetode: Prinsipal aksefaktorering. Rotasjonsmetode: Varimax med Kaiser normalisering. Rotasjonen konvergente etter seks iterasjoner.

Reliabilitet

Av de fem faktorene kom de tre første ut med god indre konsistens med McDonalds omega, og de to siste i grenseland for adekvat indre konsistens: faktor 1: .830 ($n = 368$); faktor 2: .746 ($n = 362$); faktor 3: .796 ($n = 369$); faktor 4: .651 ($n = 364$); faktor 5: .688 ($n = 371$).

Den endelige korrelasjonsmatrisen viser få kryssladninger og har adekvat indre reliabilitet, selv om faktor 4 og 5 ligger i et grenseområde. Faktorkorrelasjonsmatrisen med promax, Kaiser normalisering rotasjon, viser at korrelasjonene mellom faktorene ikke overstiger 7. Dette indikerer tilstrekkelig fravær av delt varians og tilstrekkelig uavhengighet mellom faktorene.

Konfirmerende faktoranalyse

I andre del av utviklingen og valideringen av spørreskjemaet ble det gjennomført en KFA i et nytt utvalg. Der undersøker vi om femfaktorløsningen fra EFA-en holder seg i et nytt utvalg, og vurderer femfaktorløsningen opp mot enklere faktormodeller.

Om kartleggingsskjemaene ble samlet inn via SMS/QR-kode eller på papir, predikerte i liten grad forskjeller i faktorene. Standardiserte regresjonskoeffisienter på de fem faktorene varierte mellom -0.03 og 0.08 og med p -verdier mellom $.69$ og $.28$.

To kartleggingsskjemaer var ikke fullstendig besvart og ble utelatt fra analysene. Den endelige analysen var basert på skjemaer fra $n = 221$ foreldre. Mardias test for multivariat skjevhet og kurtose (Mardia, 1970) viser ikke-normalitet for både skjevhet og kurtose ($p < .0001$). For å korrigere for multivariat ikke-normalitet brukes maximum likelihood estimering med robuste standardfeil og en Satorra-Bentler skalert teststatistikk. Vi rapporterer ulike mål på modelltilpasning («goodness of fit»-parametre), og frihetsgradene gjenspeiler kompleksiteten i modellen. I faktoranalyser legges parsimonitets-prinsippet til grunn (det enkleste er det beste) og χ^2/df gjenspeiler dette ved å se på samsvar i forhold til kompleksitet. Verdier her bør være < 2 . Vi rapporterer mål på absolutt tilpasning TLI (Tucker-Lewis index) og CFI (Comparative fit index), hvor høyere verdier viser bedre tilpasning, og modelltilpasningsmålet RMSEA (Root mean square error of approximation), hvor lavere verdier viser bedre tilpasning, basert på anbefalinger av Schreiber et al. (2006). For modellsammenligning rapporteres også AIC (Akaike information criterion) og BIC (Bayes information criterion), hvor lavere verdier er bedre. Mål på tilpasning for alle KFA-modellene ble vurdert mot $RMSEA \leq .08$, $CFI \geq .90$ og $TLI \geq .90$ som akseptabel tilpasning og $RMSEA \leq .06$, $CFI \geq .95$ og $TLI \geq .95$ som god tilpasning (Hu & Bentler, 1999).

Kandidatmodellen, med 50 ledd, fra EFA-en har en femfaktorløsning og ble sammenlignet med følgende enklere modeller (se tabell 2): En firefaktormodell der Empati og Anerkjennelse slås sammen til en faktor, og en trefaktormodell der Empati og Mentalisering slås sammen til en faktor, Autoritær ledelse og Unnvikende ledelse slås sammen til en annen, og Anerkjennelse er uforandret som den tredje faktoren. I tillegg undersøkes en enfaktormodell.

TABELL 2
Goodness of Fit-indekser for ulike faktormodeller (n = 221)

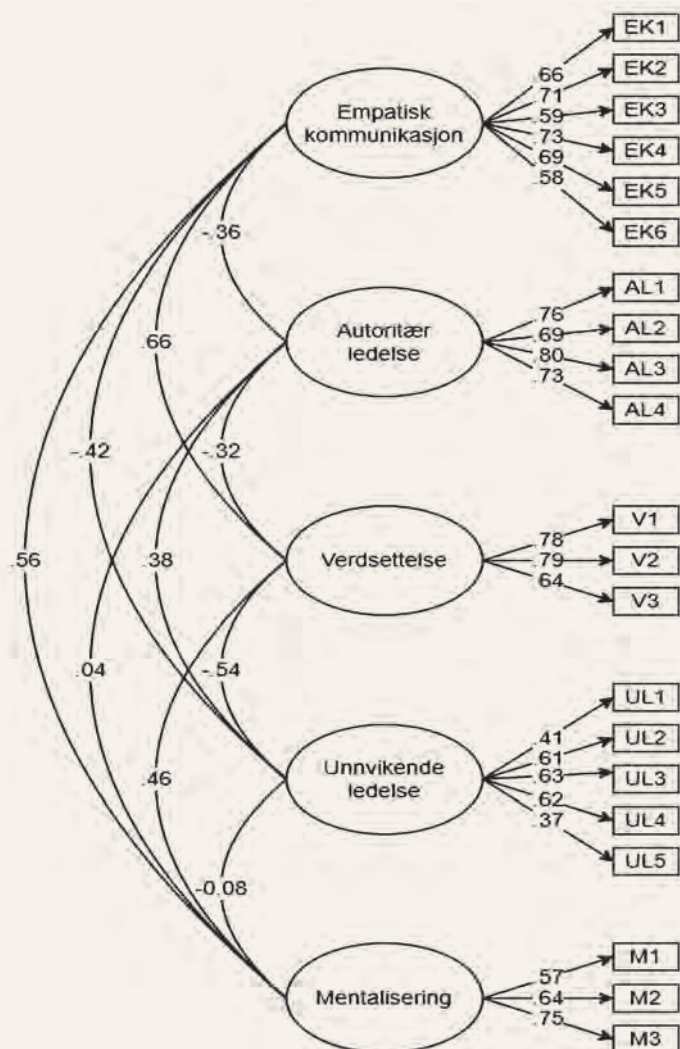
Modell	χ^2	df	χ^2/df	CFI	TLI	RMSEA	AIC	BIC
1 faktor	715.288	189	3.78	.575	.528	.122	13908.253	14050.976
3 faktorer	391.305	167	2.34	.816	.790	.084	12785.105	12931.226
4 faktorer	320.852	164	1.96	.874	.854	.070	12700.953	12857.269
5 faktorer	274.118	179	1.53	.926	.913	.052	13397.736	13574.440

Merknad. χ^2 = Satorra-Bentler skalert khikvadrat, df = degrees of freedom (frihetsgrader), χ^2/df = Satorra-Bentler skalert khikvadrat delt på frihetsgrader, CFI = Comparative fit index, TLI = Tucker-Lewis index, RMSEA = Root mean square error of approximation, AIC = Akaike information criterion, BIC = Bayes information criterion. Fet skrift viser best tilpasningsverdi av modellene.

Modellen med en faktor viste dårlig tilpasning, som gir støtte for multidimensjonalitet. Trefaktormodellen viste akseptabel absolutt tilpasning, men svak relativ tilpasning. Firefaktormodellen viste best sammenlignbar tilpasning, og også akseptabel absolutt tilpasning, men svak relativ tilpasning. Femfaktormodellen hadde best absolutt tilpasningsindeks med RMSEA (.052) og akseptable verdier for CFI (.926) og TLI (.913). AIC og BIC (sammenlignende tilpasning) var lavest for firefaktormodellen (sannsynligvis på grunn av mindre komplekse modeller). Figur 1 viser den foretrukne faktormodellen fra EFA-en.

FIGUR 1

Femfaktormodellen med best samsvar mellom modell og observerte skårer



Modifikasjonsindeksene til kandidatmodellen viste flere mulige forbedringer ved å tillate kryssladninger og delt feilvarians mellom enkelte ledd. Flere var knyttet til manglende kryssladninger, som er en begrensning satt på forhånd i konfirmerende faktoranalyse. Når det gjelder forholdet mellom faktorene, viste femfaktormodellen positiv kovarians mellom faktorene Empati, Verdsettelse og Mentalisering, og hvor disse hadde negativ kovarians med Autoritær ledelse og Unnvikende ledelse. Det var ingen signifikant kovarians mellom Autoritær ledelse og Mentalisering og Unnvikende ledelse og Mentalisering. Faktorladninger varierte fra .37 [ledd UL5] til .80 [ledd AL3]. Ett ledd – UL5: «jeg er ofte for ettergivende ...» – viste faktorladning under .40 og ble dermed vurdert som et «svakt» ledd (Boateng et al., 2018). Det betyr at leddet deler lite varians med den latente faktoren, og indikerer at det måler noe annet enn Unnvikende ledelse eller har stor grad av målingsfeil.

Vi har utformet foreløpige gjennomsnittsskårer og prosentilverdier (se tabell 3) på de fem skalaene basert på 105 besvarelser fra normalutvalget (65 % mødre, 59 % jenter). Ledd M1 lader like mye på to skalaer (EK og M), og skåringsverdien teller likt i begge skalaene. Mistede data i dette materialet ble erstattet med gjennomsnittsverdien for leddet. Vi foreslår å dele hver skala i tre nivåer, høy, middels og lav skår, hvor terskelverdien settes til under 16. prosentil for lav skår, over 84. prosentil for høy skår, og middels skår defineres som området mellom 16. til 84. prosentil. En slik tredelt skala for hver faktor gir teoretisk sett 125 mulige kombinasjoner av ulike foreldrestiler.

TABELL 3

Gjennomsnittsverdier, standardavvik og prosentilverdier for normalutvalg (n = 105)

	Empatisk kommunikasjon	Autoritær ledelse	Verdsettelse	Unnvikende ledelse	Mentalisering
	(EK)	(AL)	(V)	(UL)	(M)
Gj.snitt (SD)	4.56 (.71)	2.51 (.81)	5.50 (.56)	2.12 (.72)	4.93 (.77)
5. prosentil	3.29	1.25	4.33	1.00	3.43
16. prosentil	3.86	1.75	5.00	1.40	4.00
50. prosentil	4.57	2.50	5.67	2.20	5.00
84. prosentil	5.29	3.26	6.00	2.80	5.68
95. prosentil	5.81	4.00	6.00	3.54	6.00

Diskusjon

I denne studien har vi hatt som mål å undersøke faktorstrukturen i et spørreskjema vi har utviklet for å måle en tentativ trefaktormodell for foreldrestil basert på et emosjonsfokusert perspektiv. Hver av de tre faktorene har også to underkategorier: Foreldreledelse (forventninger og grenser samt selvregulering og struktur), Anerkjennelse (verdsettelse, aksept, autonomistøtte og omsorgsfullhet, samt åpenhet og ærlighet) og Empati (empatisk utforskning og validering av følelser og behov, samt mentalisering).

Faktoranalysene ga best støtte for en mer kompleks unipolar modell med fem faktorer som hadde tilstrekkelig gode verdier for samsvar mellom modell og data. Denne faktorstrukturen viste seg også som den beste når den ble sammenlignet med tre enklere modeller, inkludert en trefaktormodell. Femfaktormodellen vi fant, har følgende faktorer: 1) Empatisk kommunikasjon (EK); 2) Autoritær ledelse (AL); 3) Verdsettelse (V); 4) Unnvikende ledelse (UL) og 5) Mentalisering (M). De fremstår som meningsfulle teoretiske konstrukter som favner fem av de til sammen seks underkategoriene i vår tentative foreldrestilmodell. Den latente underkategorien transparens under dimensjonen Anerkjennelse var den eneste som ikke besto møtet med dataene slik vi hadde operasjonalisert faktoren.

Både empati- og foreldreledelsesfaktoren fra den opprinnelige tentative trefaktormodellen delte seg i to unipolare faktorer, henholdsvis Empatisk kommunikasjon og Mentalisering og Autoritær og Unnvikende ledelse. Det er i tråd med tidligere forskning. Flere har funnet at konstrukter knyttet til foreldrestil er multidimensjonale og ikke topolette, som de opprinnelige modellene for foreldrestil hevdet (Egeli et al., 2015; Keijser et al., 2020; Skinner et al., 2005). Faktoranalysene gir støtte for den opprinnelige trefaktormodellens differensiering mellom Empatisk kommunikasjon og Anerkjennelse (her kalt Verdsettelse). Vår studie gir altså empirisk støtte til at det er hensiktsmessig å skille mellom anerkjennelse og empati, slik for eksempel Fallmyr (2022) anbefaler etter mal fra Rogers (1957).

Foreløpige tolkningsprinsipper

Leddene som ble konstruert for å fange positiv foreldreledelse (å ivareta sunne grenser og krav, stabilitet og struktur), måtte forkastes etter den eksplorerende faktoranalysen. Det peker mot at positiv foreldreledelse heller måles *indirekte* med lave skårer på skalaen Autoritær ledelse (AL) sammen med skårer som indikerer fravær av unnvikelse eller neglisjering: lav skår på Unnvikende ledelse (UL) og middels eller høye skårer på Verdsettelse (V). En slik profil indikerer det som kalles en autoritativ foreldrestil, hvor både krav/grenser og anerkjennelse/responsivitet ivaretas.

En lav skår på UL indikerer ivaretagelse av grenser og handlekraft når barnet utfordrer. En høy verdi på både AL og UL indikerer veksling mellom å være for streng og for unnvikende, altså inkonsistent grensesetting og kravhåndtering. Høy verdi på AL og lav på UL kan indikere en autoritær foreldrestil. Lav verdi på AL og høy på UL kan indikere en unnvikende foreldrestil. Lav skår på AL, høy skår på UL, lav skår på V, Empatisk kommunikasjon (EK) og Mentalisering (M) kan indikere en lite involvert, neglisjerende foreldrestil. Disse fire profilene svarer til de fire tradisjonelt definerte

foreldrestilene: autoritativ foreldrestil, autoritær foreldrestil, unnvikende foreldrestil og neglisjerende foreldrestil (Baumrind, 1966; Maccoby & Martin, 1983).

Spørreskjemaet kan i tillegg fange opp det vi antar er en optimal foreldrestil, basert på et emosjonsfokusert perspektiv og støttet av forskningsfunnene til Ansar et al. (2022). Dette vil være kombinasjonen av tilpassede krav og grenser, tilstrekkelig anerkjennelse og verdsettelse og ikke minst god empatisk forståelse av barnet gjennom utforskning og validering av følelser og behov. En slik foreldrestil antas å fremme barnets psykiske helse og selvregulering mer enn en autoritativ stil. Det er blant annet fordi barnet vil øke følelsetoleransen og følelsesbevisstheten mer når foreldrene validerer følelser og reparerer relasjonsbrudd enn om de kun trøster, oppmuntrer og realitetsorienterer – som gjerne kjennetegner en autoritativ stil. Den optimale foreldrestilen fremmer også *læring* i større grad. Grovt forenklet kan vi si med Joanne Dolhanty (Hagen et al., 2019) at «det viktigste er ikke å få barnet til å føle seg bedre, men å bli bedre til å føle», altså at barnet blir bedre på å legge merke til følelssignaler, tolerere dem, sette ord på dem og skjønne hva de betyr. Det blir også bedre til å prosessere følelser, altså å la følelsene «være i rommet og føles» lenge nok til at de transformeres – å endre følelser med følelser (Greenberg, 2021). Mens den optimale stilen handler om å hjelpe barnet til «å bli bedre til å føle», vektlegger den autoritative stilen å hjelpe barnet til «å føle seg bedre», i betydningen å bli trygg og velregulert. Anerkjennelse i form av trøst, oppmuntring og fysisk regulering kan «skru av» de viktige følelssignalene, slik at de ikke blir forstått og ikke endrer seg.

En optimal foreldrestil vil vise seg som høy skår på EK, V og M, kombinert med lav skår på AL og UL. Det kan være nyttig å se på enkeltleddene på skalaen Autoritær ledelse (AL), da to ledd (AL1 og AL4) måler strenghet/rigiditet og to (AL2 og AL3) måler emosjonell stabilitet og struktur.

Et siste moment er at modellen legger til grunn at «passelig mye» er det beste. Det betyr at det er to grøfter å gå i på de beskrevne foreldreferdighetene: for høye krav versus for lave krav, for ustabil foreldreledelse versus for overkontrollert/overstrukturet foreldreledelse, for mye anerkjennelse versus for lite, for mye empati versus for lite. Ekstremskårer bør vurderes i lys av det. Inntil videre antar vi at høye skårer på områdene EK, V og M er mer gunstig enn middels skårer.

Tre kasus

Vi vil illustrere bruken av spørreskjemaet med tre anonymiserte kasus hentet fra det kliniske utvalget, hvor vi gjør blindtolkninger av resultatet. Tolkningene er høyst tentative og må valideres i fremtidige undersøkelser av normgrunnlag og validitet.

TABELL 4

Kasus 1: Mor til 17 år gammel gutt

	Råskår	Prosentilområdet	Foreldrestil
Empatisk kommunikasjon (EK)	3.3	Lav	Vekslede autoritær-unnvikende, med lite anerkjennelse og empatisk følelsesutforskning og -validering
Autoritær ledelse (AL)	4.0	Høy	
Verdsettelse (V)	3.3	Lav	
Unnvikende ledelse (UL)	4.8	Høy	
Mentalisering (M)	5.3	Middels	

Her kan vi anta at mor veksler mellom å bli for streng og sint i noen situasjoner (AL) og unnvikende og utydelig i andre (UL). Dette sammen med lite uttrykt verdsettelse og hengivenhet (V) og lite empatisk utforskning og validering av følelsestilstander (EK) gir et tentativt bilde av en konfliktfylt relasjon med mye avmakt og frustrasjon hos både mor og sønn. Det kan være utydelige forventninger og grenser, og viktige psykologiske behov som ikke fanges opp. Mor tenker kanskje mye på sønnen og hvordan hun påvirker situasjonen (M), men vet ikke helt hvordan hun skal komme ut av gjentakende sykluser hvor konfrontasjon og sinne avløses av distansering og avmakt.

TABELL 5

Kasus 2: Far til 9 år gammel jente

	Råskår	Prosentilområdet	Foreldrestil
Empatisk kommunikasjon (EK)	4.9	Middels	Kravstor, temperamentsfull og omsorgsfull
Autoritær ledelse (AL)	4.5	Høy	
Verdsettelse (V)	6.0	Høy	
Unnvikende ledelse (UL)	1.2	Lav	
Mentalisering (M)	6.0	Høy	

Far opplever seg som både kravstor og bestemt, kanskje for streng og brå (AL), en som sjelden viker unna grensesetting (UL), og som er autentisk og ærlig i det han viser av følelser (UL). Han rapporterer også mye anerkjennelse ved å ofte vise hengivenhet og at han er glad i datteren (V), og at han reflekterer mye over hvordan jenta har det, og hvordan han påvirker henne (M). En slik nokså autoritær foreldrestil, kombinert med kjærlighet og varme, kan føre til at jenta sensurerer viktige følelsessignaler som far trenger å forstå. Han klarer ikke alltid å utforske og validere viktige følelser som ligger under atferden (EK). En autoritær tendens med svært lite unnvikelse og ettergivenhet krever god innsikt og evne til empatisk kommunikasjon, blant annet for å be om unnskyldning på en god måte når følelsene blir for sterke. Kanskje trenger han innspill på hvordan bli mer fleksibel på enkelte krav og grenser, og bli bevisst på hvordan bråheten ikke skal ødelegge relasjonen til datteren. Det kan være lurt å sjekke enkeltleddene for å vurdere om det er strenghet, ustabilitet eller begge, som gir den høye verdien.

TABELL 6

Kasus 3: Mor til 11 år gammel gutt

	Råskår	Prosentilområdet	Foreldrestil
Empatisk kommunikasjon (EK)	3.4	Lav	Varm og passelig streng, men lite følelsesvaliderende og nysgjerrig på barnets indre liv (Autoritativ)
Autoritær ledelse (AL)	2.3	Lav	
Verdsettelse (V)	5.0	Høy	
Unnvikende ledelse (UL)	2.4	Middels	
Mentalisering (M)	3.7	Lav	

Mor vurderer seg som mer anerkjennende og hengiven (V) enn empatisk utforskende og validerende. Hun opplever seg ikke spesielt unnvikende, utydelig eller konfliktsky (UL) og lite preget av urimelige krav, rigiditet eller ustabile følelsesutbrudd (AL). Dette kan tyde på en god relasjon. Hun reflekterer imidlertid ikke så mye over sønnens opplevelser (M) og utforsker ikke så mye følelsenes mening og budskap (EK). Kanskje vil kunnskap og bevisstgjøring om utforskning og validering av følelser hjelpe sønnen med følelsesregulering og problemløsning?

Begrensninger

Responsraten ble ikke undersøkt, men vi antar at den er under 50 % og kan derfor ikke hevde at utvalget er representativt. Lav responsrate er et særlig vanlig problem ved normeringsundersøkelser. Vi mener at våre analyser har gyldighet til tross for dette, da denne undersøkelsen ikke er en normeringsstudie. Det gjør likevel at de foreløpige normene som presenteres, må brukes med forsiktighet i påvente av en grundigere normering. Den skjeve kjønnsfordelingen mellom foreldre i begge utvalgene med 70 % mødre antas å svare til den kliniske hverdagen, hvor flest mødre følger barna til klinikken. Analysene våre viser at femfaktormodellen ikke er perfekt, da verdiene for indre konsistens for faktor 4 og 5 (.651 og .688) er i grenseland for det som regnes som godt nok. Videre er det kryssladninger mellom Empatisk kommunikasjon og Mentalisering i EFA-utvalget. Dette kan anses som rimelig da begge faktorene berører aspekter ved empatisk forståelse av barnet. Modifikasjonsindekser i KFA-en viste flere mulige kryssladninger og delt feilvarians. Dette viser noe svakhet ved modellen, men det innvirker ikke på faktorstrukturen. I tillegg sees residual kovarians mellom

noen ledd som kan indikere svært likt innhold (for eksempel mellom EK2 og EK5, og mellom AL2 og AL3). Vi valgte ikke å endre kandidatmodellen på bakgrunn av disse, da formålet nå var å se på om modellen alt i alt viste tilstrekkelig tilpasning.

At vi fant en annen faktorstruktur enn det vi forventet da vi konstruerte skjemaet, viser nødvendigheten av ikke kun å oversette engelskspråklige validerte skjemaer, men å prøve dem ut i en norsk sammenheng. Begreper som formelt sett er korrekte oversettelser, kan ha andre valører på norsk, altså inngå i en annen semantisk struktur (Arnulf et al., 2014; Arnulf et al., 2018). Når vi i tillegg prøver å undersøke flere aspekter i ett kartleggingsinstrument og ikke flere, er det også å forvente at noen sammenhenger oppstår som følge av metodevariansproblemet (Spector et al., 2019). I faktoranalyser der flere ulike metoder inngår, vil noe av variansen være knyttet til selve utformingen av skjemaet, mens i analyser basert på kun ett skjema kan noen sammenhenger svekkes rett og slett grunnet det enhetlige designet på metoden. Det er jo en fordel, da metodevarians egentlig er metodisk støy.

Avslutning

Studiens mål var å undersøke om vi fant empirisk støtte for en modell for foreldrestil som både favner foreldreledelse, anerkjennelse og empati, operasjonalisert i seks underkategorier: krav og normer, selvstyring, verdsettelse, transparen, empatisk kommunikasjon og mentalisering. Faktoranalysene ga støtte for underkategoriene, med unntak av transparen, og som unipolare faktorer. Studien gir derfor empirisk støtte for å differensiere mellom områdene foreldreledelse, anerkjennelse (verdsettelse) og empatisk kommunikasjon og forståelse, men som en femfaktormodell. Å vurdere de fem underområdene vil potensielt gi en mer nyansert og bredere vurdering av foreldrestil enn de tradisjonelle modellene. Den vil etter vårt syn være spesielt relevant i foreldrekursing og -veiledning som integrerer kompetanse i foreldreledelse og empatisk kommunikasjon og forståelse.

Spørreskjemaet slik det nå foreligger, kan brukes med forsiktighet i å generere ideer basert på en ipsativ fortolkning, og med stor forsiktighet med normativ fortolkning basert på det foreløpige normgrunnlaget. Når normdataene og ytterligere validitetsdata er på plass, vil spørreskjemaet gjøres gratis tilgjengelig for klinikere. ☹

REFERANSER

- Ansar, N., Nissen Lie, H. A., Zahl-Olsen, R., Bertelsen, T. B., Elliott, R. & Stiegler, J. R. (2022). Efficacy of emotion-focused parenting programs for children's internalizing and externalizing symptoms: A randomized clinical study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 51(6), 923–939. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2079130>
- Ansar, N., Nissen Lie, H. A. & Stiegler, J. R. (2023). The effects of emotion-focused skills training on parental mental health, emotion regulation and self-efficacy: Mediating processes between parents and children. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1–20. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2218539>
- Arnulf, J. K., Larsen, K. R., Martinsen, Ø. L. & Bong, C. H. (2014). Predicting survey responses: how and why semantics shape survey statistics on organizational behaviour. *PLoS One*, 9(9), e106361. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106361>
- Arnulf, J. K., Larsen, K. R., Martinsen, Ø. L. & Egeland, T. (2018). The failing measurement of attitudes: How semantic determinants of individual survey responses come to replace measures of attitude strength. *Behavior Research Methods*, 50(6), 2345–2365. <https://doi.org/10.3758/s13428-017-0999-y>
- Barrett-Lennard, G. T. (2015). *The Relationship Inventory: A complete resource and guide*. Wiley-Blackwell.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. <https://doi.org/10.2307/1126611>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R. & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Press.
- Burke, K., Dittman, C. K., Haslam, D. & Ralph, A. (2021). Assessing critical dimensions of the parent-adolescent relationship from multiple perspectives: Development and validation of the Parent-Adolescent Relationship Scale (PARS). *Psychological Assessment*, 33(5), 395–410. <https://doi.org/10.1037/pas0000992>
- Cunningham, J. N., Kliwer, W. & Garner, P. W. (2009). Emotion socialization, child emotion understanding and regulation, and adjustment in urban African American families: differential associations across child gender. *Development and Psychopathology*, 21(1), 261–283. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000157>
- Dunsmore, J. C., Booker, J. A. & Ollendick, T. H. (2013). Parental Emotion Coaching and Child Emotion Regulation as Protective Factors for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Social Development (Oxford, England)*, 22(3). <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x>
- Egeli, N. A., Rogers, W. T., Rinaldi, C. M. & Cui, Y. (2015). Exploring the Factor Structure of the Revised-Parent as a Social Context Questionnaire. *Parenting*, 15, 269–287. <https://doi.org/10.1080/15295192.2015.1053334>
- Fabes, R. A., Eisenberg, N. & Bernzweig, J. (1990). *Coping with children's negative emotions scale (CCNES): Description and scoring*. Arizona State University.
- Fallmyr, Ø. (2022). *Kompetente foreldre: Styrk barnet og løs konflikter med følelsesbevissthet og empati*. Universitetsforlaget.
- Foroughe, M., Stillar, A., Goldstein, L., Dolhanty, J., Goodcase, E. T. & Lafrance, A. (2019). Brief emotion focused family therapy: An intervention for parents of children and adolescents with mental health issues. *Journal of Marital and Family Therapy*, 45(3), 410–430. <https://doi.org/10.1111/jmft.12351>
- Goretzko, D., Pham, T. T. H. & Bühner, M. (2021). Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, 40(7), 3510–3521. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>
- Gottman, J. & Declaire, J. (1997). *Raising an emotionally intelligent child. The heart of parenting*. Simon & Schuster.
- Greenberg, L. S. (2021). *Changing emotion with emotion: A practitioner's guide*. American Psychological Association.
- Hagen, A. H. V., Austbø, B., Hjelmseth, V. & Dolhanty, J. (2019). *Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre: En lærebok for terapeuter og veiledere*. Gyldendal.
- Hakim-Larson, J., Parker, A., Lee, C., Goodwin, J. & Voelker, S. (2006). Measuring parental meta-emotion: Psychometric properties of the emotion-related parenting styles self-test. *Early Education and Development*, 17(2), 229–251. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1702_2
- Hu, L.-T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hurley, K. D., Huscroft-D'Angelo, J., Trout, A., Griffith, A. & Epstein, M. (2014). Assessing parenting skills and attitudes: A review of the psychometrics of parenting measures. *Journal of Child and Family Studies*, 23(5), 812–823. <https://doi.org/10.1007/s10826-013-9733-2>

- Hurrell, K. E., Houwing, F. L. & Hudson, J. L. (2017). Parental meta-emotion philosophy and emotion coaching in families of children and adolescents with an anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(3), 569–582. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0180-6>
- Keijser, R., Nilsson, K. W & Åslund, C. (2020). Measuring parental dimensions: A psychometric evaluation of the parents as social context questionnaire, Swedish version. *Cogent Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1757856>
- Lafrance, A. R., Henderson, K. & Mayman, S. (2020). *Emotion-Focused Family Therapy: a Transdiagnostic Model for Caregiver-Focused Interventions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000166-000>
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PloS One*, 12(5), e0176218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176218>
- Maccoby, E. & Martin, J. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. I P. H. Mussen (Red.), *Handbook of Child Psychology* (s. 1–101). Wiley.
- Mardia, K. V. (1970). Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*, 57(3), 519–530. <https://doi.org/10.1093/biomet/57.3.519>
- McDonald, R. P. (2013). *Test theory: A unified treatment*. Psychology Press.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396–402. <https://doi.org/10.3758/BF03200807>
- Parent, J. & Forehand, R. (2017). The Multidimensional Assessment of Parenting Scale (MAPS): Development and Psychometric Properties. *Journal of Child and Family Studies*, 26(8), 2136–2151. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0741-5>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873–932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63, 539–569. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100452>
- R Core Team, R. (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/feduc.2020.589965>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48, 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A. & King, J. (2006). Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323–338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Serbin, L. A., Kingdon, D., Ruttile, P. L. & Stack, D. M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27(4 Pt 1), 969–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000632>
- Severinsen, L., Stiegler, J. R., Nissen-Lie, H. A., Sahar, B. & Zahl-Olsen, R. (2022). Effectiveness of emotion focused skills training for parents: study protocol for a randomized controlled trial in specialist mental health care. *BMC Psychiatry*, 22, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04084-x>
- Skinner, E., Johnson, S. & Snyder, T. (2005). Six dimensions of parenting: A motivational model. *Parenting*, 5(2), 175–235. https://doi.org/10.1207/s15327922par0502_3
- Sleddens, E. F., O'Connor, T. M., Watson, K. B., Hughes, S. O., Power, T. G., Thijs, C., De Vries, N. K. & Kremers, S. P. (2014). Development of the comprehensive general parenting questionnaire for caregivers of 5–13 year olds. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-11-1>
- Spector, P. E., Rosen, C. C., Richardson, H. A., Williams, L. J. & Johnson, R. E. (2019). A new perspective on method variance: A measure-centric approach. *Journal of Management*, 45(3), 855–880. <https://doi.org/10.1177/0149206316687295>
- Stiegler, J. R. (2015). *Emosjonsfokusert terapi: Å forstå og forandre følelser*. Gyldendal Akademisk.
- Wilhelmsen-Langeland, A., Aardal, H., Hjelmseth, V., Fyhn, K. & Stige, S. (2019). An emotion focused family therapy workshop for parents with children 6–12 years increased parental self-efficacy. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 25, 1–13. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1655921>

Skriving som vedlikeholdsaktivitet

Faglig skriving er en god måte å drive vedlikehold av spesialistkompetansen på. Å skrive fagartikkel er også en fin måte å dele erfaringer med psykologkolleger over hele landet.

Publikasjon i fagtidsskrift teller for 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



ORIGINAL ARTICLE

Cato Grønnerød

Department of Psychology,
University of Oslo, Norway

Mikael Julius Sømhovd

Norwegian Health Directorate,
Oslo, Norway

Rudi Myrvang

Norwegian Psychological Association,
Oslo, Norway

Test Usage and Quality Awareness among Norwegian Psychologists: The EFPA Test Use Survey 2020

Abstract

Introduction: We report results from the Norwegian segment of the European Federation for Psychologists' Associations' (EFPA) 2020 decennial survey of psychologists' attitudes towards tests and test use. Previous surveys have shown that psychologists have positive attitudes towards testing and are concerned about the quality of tests and assessment practice. **Methods:** We analysed the responses of 1,523 Norwegian Psychologists' Association members to a 32-item online questionnaire with a five-point Likert scale (20% response rate). We compared the results with the 2017 test use survey using descriptive analyses, and we performed a confirmatory factor analysis. **Results:** The results show that the respondents were generally satisfied with student training and valued tests as a source of information; however, they were unsatisfied with information about test quality. The regulation of tests and test use was a major concern, both regarding general regulatory frameworks and restrictions on test use depending on test user qualifications. The survey indicated that cognitive measures were the most widespread, although the respondents listed a wide variety of tests they were using. **Conclusions:** Our results confirm findings from earlier studies that psychologists are positive towards testing but have clear concerns about both quality and test regulation. They request more information regarding test quality and express that test use should be regulated based on test user competence.

CITE THIS ARTICLE:

Grønnerød, C., Sømhovd, M. J. & Myrvang, R. (2025). Test Usage and Quality Awareness among Norwegian Psychologists: The EFPA Test Use Survey 2020. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://doi.org/10.52734/UZYM6350>

CONTACT cato.gronnerod@psykomatikk.no

NOTE The authors declare no conflicts of interest

PEER REVIEWED

CC BY 4.0

Keywords: testing, test use, psychological assessment, personality assessment, clinical assessment



Concerns over test quality and test user competence in psychological practice have been raised both internationally (Evers, 2012; Evers et al., 2013; Muñiz et al., 2001) and in Norway (Ryder, 2021a, 2021b; Vaskinn et al., 2010; Vaskinn & Egeland, 2012). Inappropriate test use may result in inadequate or unsuitable treatment, loss of benefits or unfair legal sanctions, among other risks (Handler & Meyer, 1998). However, the question of how practising psychologists should ensure that the tests they utilise are of sufficient quality is a complex issue. Some researchers have called for a system to validate tests (Mihura et al., 2019), and in Norway, efforts have been made to establish such a system for tests targeting children and adolescents (Kornør, 2015). Test quality should be evaluated internationally rather than through independent national reviews of the same research—except for aspects that require local adaptation.

Furthermore, a certain level of test user competence must be mandated for the application of tests in clinical practice. The *International Test Commission* (ITC) is an international body that advocates for test quality and test user competence, working closely with national psychologists' associations, including the *Norwegian Psychologists' Association*. The ITC issues guidelines for various aspects of test use, and guidelines pertaining to test use and user competence are included in the *Norwegian Psychologists' Association's* ethical code of conduct (International Test Commission, 2001). Additional guidelines with more limited regional scopes are also available (American Educational Research Association et al., 2014; European Federation of Psychologists' Associations, 2023; Krishnamurthy et al., 2022). The question remains as to how these guidelines can be effectively implemented in clinical practice.

To work towards the implementation of these guidelines, we must also understand the attitudes of psychologists towards testing and test user qualifications, as well as how and to what extent they employ tests and inventories in their daily clinical work. The *European Federation for Psychologists' Associations* (EFPA) conducts a decennial survey of European psychologists' attitudes towards tests and test use (Evers et al., 2017; Muñiz et al., 2001). Recently, the ITC has also collaborated in this endeavour.

Test use has special significance because it involves more than clinical skills (Grønnerød, 2024); it also draws on knowledge about the properties of the instruments, including stringent standardisation, reliability, validity and context-relevant norms. If test quality properties are lacking, this can only be partially mitigated by a competent clinician. Research clearly shows that judgments based on actuarial data from tests are superior to those based on free clinical judgment (Grove et al., 2000; Egisdóttir et al., 2006). Psychologists should therefore be encouraged to maintain and update their practical and theoretical competencies and knowledge regarding test quality, test use and developments in psychometrics. Nevertheless, learning assessment skills is challenging

and requires a combination of various psychological competencies and continued practice (Grønnerød, 2024; Handler & Meyer, 1998).

Scientific interest in assessment instruments and their quality has increased in recent years (Evers, 2012; Greiff, 2017). However, it is less apparent that scientific production and theoretical developments are being absorbed and integrated by practitioners into their attitudes and practices. The volume of scientific studies relevant to any subfield of professional psychology is substantial, and this is no less true for assessment practitioners. The Norwegian segment of the EFPA 2009 data reflected similar concerns. Vaskinn et al. (2010) concluded that frequent test use is connected to increased concern for test quality. Still, though Norwegian users expressed concern about test quality, they checked it less frequently than their concerns would suggest. The use of unofficial test copies was also problematic (Vaskinn & Egeland, 2012), as was the lack of proper translations and local norms.

The European psychologists responding to both the 2000 and 2009 surveys (Evers et al., 2017; Muñiz et al., 2001) indicated that the field requires more regulation from professional and/or government bodies. Both EFPA's Standing Committee on Tests and Testing (SCTT) and the ITC are mandated to promote competent testing practices and assess test quality. Survey results from 2000 and 2009 support these mandates and underpin professional testing policies, yet many respondents expressed concerns that both the tests and their use fall short of required standards.

Testing practices have changed over the last couple of decades with the rise of internet-based testing. As early as 2006, the ITC published guidelines on computer-based and internet-based testing (International Test Commission, 2006). However, it remains unclear as to how far this field has advanced since then. Our impression is that computer-based testing has not fully replaced traditional paper-and-pencil tests. We need to gain a better understanding of why this is the case and the extent to which it is due to psychologists' attitudes towards this 'new' technology.

Heading into a new decade, the EFPA organised the 2020 test survey to follow up on the previous survey and assess whether test usage and attitudes have changed. The *Norwegian Psychological Association* distributed the survey among its members in Norway. In this article, we present the results from the Norwegian data, aiming to examine the following:

1. How do psychologists evaluate their training and information access?
2. What are psychologists' general attitudes towards test quality and test use?
3. What are psychologists' attitudes to test regulation?

4. What are psychologists' attitudes towards internet-based testing?
5. Which tests are predominantly used?
6. Are the a priori subscales found by Evers (2012) replicated in our data?
7. This last question could aid in interpreting broader groups of concerns and may guide future revisions of the questionnaire.

Methods

Procedure

We distributed the survey by email to 7,282 members of the *Norwegian Psychological Association* in mid-January 2020. The list included student members. The survey consisted of 32 questions (Table 1) regarding test use and attitudes towards tests and testing, which were answered on a five-point Likert scale, ranging from 1 (Totally disagree) to 5 (Totally agree). The survey text was translated from English to Norwegian and quality controlled by the *Norwegian Psychological Association's Board of Test Policy*. The survey was administered through an online platform. In addition to questions targeting their attitudes, respondents were asked to list their three most frequently used tests. No personal information was collected aside from age, gender and the professional field in which the individual was currently employed.

Respondents

When the survey had closed, 1,831 members (approximately 24%) had responded (1,269 women [69.6%], 553 men [30.2%], 5 with other gender identities, and 4 missing). Of these, 1,523 completed the questionnaires, resulting in an overall completion rate of approximately 20%. Most of the attrition occurred after the demographic information page; Table 1 shows the variations in responses for subsequent questions.

Analyses

First, we analyse the background differences between completers and non-completers. We also report descriptive statistics, categorising the respondents by gender, age and professional work domain area. We then examine the differences in demographic variables between test groups using *t*-tests and chi-square tests as appropriate for the respective variables. Variables are primarily presented and analysed as sum scores. Figures (which can be

found at https://osf.io/dh7xs/?view_only=ob-3b42a93b1244999b1374f99965e6e6) show that the distribution is approximately symmetric and the means are moderate. We ran correlational analyses for age and a one-way ANOVA for work area, with all correlations significant at $p < .001$. Our sum score analyses adhered to Evers et al.'s (2017) presentation of the 2009 data, which enabled us to conduct a supplementary confirmatory factor analysis. In this analysis, we transformed the questionnaire into five a priori subscales (*Concern*, *Regulations*, *Internet*, *Appreciation* and *Knowledge*) – and analysed their properties, as identified by Evers et al. The subscales are defined as follows: *Concern* – the degree to which psychologists are concerned about problems related to test use; *Regulations* – the extent of their support for stricter regulations on tests and testing; *Internet* – their positivity towards the value and effectiveness of internet-based testing; *Appreciation* – their belief that tests are valuable tools for practitioners; and *Knowledge* – their endorsement of training as a prerequisite for appropriate test use.

Results

Preliminary Analyses

Our data suggest no statistical differences in gender between completers and non-completers ($\chi^2 = .52$, $p = .470$). Due to non-normality ($W = .96$, $p < .001$), we utilised the *Mann-Whitney U test* which revealed a significant ranked age difference ($U = 2.38$, $p = .020$) between completers ($Mdn = 42$) and non-completers ($Mdn = 39$). Finally, professional domain differed between completers and non-completers ($\chi^2_{2,30,28} = 2.30$, $p < .001$). Adjusted residual for the *Clinical/Health* group (-4.7) and the *Other* group (5.5) indicated more completers in the former and fewer completers in the latter. The adjusted residual Z-values for both the *Work* and *Education* groups were below 1.96, suggesting a non-significant contribution to the χ^2 estimate. Correlations with age displayed effect sizes ranging from small to medium ($r = -.22$ to $.23$).

The mean age of respondents was 43.6 years ($SD = 12.76$, range 23 – 85, $Mdn = 41$). Male respondents were significantly older than female respondents ($M = 47.0$, $SD = 13.7$ versus $M = 42.2$, $SD = 12.1$; $p < .000$). Most respondents worked in specialist health care for adults (29.3%) and children (16.5%) or other/several areas (12.7%). Private practice represented 9.4% of the sample, and 6.1% worked as neuropsychologists. Women were overrepresented in all areas except work psychology, reflecting the overall gender composition of practising Norwegian psychologists. Table 1 shows the mean response level, standard deviation and skewness for each of the 32 individual questions analysed in the following.

TABLE 1

Questionnaire Responses, Mean, Standard Deviation and Skew, Grouped by Topic

No.	Question	N	Mean	SD	Skew
Information and Training					
1	The training received in psychology bachelor's degree courses is sufficient for the correct use of most tests	1,520	2.25	0.989	0.497
2	The training received in psychology master's degree courses is sufficient for the correct use of most tests	1,515	3.08	0.996	-0.162
4	Professionals are provided with sufficient information (independent reviews, research, documentation etc.) on the quality of tests published in my country	1,515	2.43	0.935	0.301
6	My current knowledge with regards to tests is basically that which I learned in my psychology degree course	1,516	2.47	1.244	0.537
Regulation					
3	The European Federation of Psychologists Associations (EFPA) should establish a European system to accredit the certification of test users	1,511	3.20	1.108	-0.157
8	The use of psychological tests should be restricted to qualified psychologists	1,510	3.89	1.063	-0.802
9	While non-psychologists may administer and score tests, interpretation and feedback should be restricted to psychologists	1,513	3.91	1.147	-0.886
11	The standards (e.g., European Federation of Psychologists Association [EFPA], American Psychological Association [APA]) defining the minimum technical qualities of a test should be enforceable	1,500	3.92	0.873	-0.410
12	Legislation is needed to control the more serious abuses of testing	1,509	3.72	0.990	-0.451
14	Anyone who can demonstrate their competence as a test user (whether a psychologist or not) should be allowed to use tests	1,512	2.80	1.247	0.121
16	Controls on tests and testing should be minimal, as controls discourage the development of new ideas and new procedures	1,506	2.18	0.964	0.410
18	Publishers should be allowed to sell whatever tests they think fit	1,501	2.27	1.051	0.480
19	Our National Psychological Association should take a more active role in the regulation and improvement of test use	1,501	4.12	0.852	-0.766
Computers and Internet					
5	In my professional field computer-based testing is progressively replacing paper and pencil tests	1,503	2.90	1.232	0.060
7	Test administration over the Internet has many advantages compared with paper-and-pencil administration	1,514	3.36	1.103	-0.240
10	Computer-generated interpretive reports do not have any validity	1,511	2.93	0.883	0.083
13	Test administration over the Internet sets some test takers at a disadvantage	1,505	3.35	1.044	-0.084
15	If properly managed, the Internet can greatly improve the quality of test administration	1,512	3.33	0.993	-0.236
17	The privacy of the test taker is not protected when testing by Internet	1,500	2.64	1.010	0.137
20	Testing over the Internet opens the way to fraud	1,496	3.36	0.988	-0.064
Test use					
21	I use tests regularly in the exercise of my profession	1,501	4.02	1.288	-1.146
22	Tests constitute an excellent source of information if they are combined and complemented with other psychological data	1,503	4.64	0.655	-2.118
23	Used correctly, tests are of great help to the psychologist	1,502	4.62	0.670	-1.990
24	All things considered, in the last decade, tests and testing practices have improved in my country	1,499	3.46	0.824	0.224
25a	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Making photocopies of copyrighted materials	1,458	3.70	1.200	-0.642
25b	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Making evaluations using inappropriate tests	1,456	2.98	0.978	-0.014
25c	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Not keeping up with the field	1,462	3.46	0.951	-0.271
25d	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Failing to check one's own interpretations with others	1,464	3.58	0.956	-0.340
25e	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Not considering errors of measurement of a test score	1,461	3.36	0.937	-0.192
25f	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Not restricting test administration to qualified personnel	1,456	3.11	1.142	-0.097
25g	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Not taking into account conditions that cast doubt on reported validity for a local situation	1,459	3.29	0.973	-0.155
25h	Frequency with which you believe the following test-use problems occur: Making interpretations which go beyond the limits of the test	1,459	3.47	0.975	-0.257

Note. N = Number of responses to each item, M = Mean score, SD = Standard deviation, Skew = Skewness.

Professionals score low on whether they are provided with sufficient information regarding test quality (Item 4, $M = 2.43$, $SD = .94$) and feel they are not keeping pace with developments in the field (Item 25c, $M = 3.46$, $SD = .95$). The training received for the correct use of most tests during the final stage of professional studies was rated as average (Item 2, $M = 3.08$, $SD = 1.00$), a sentiment that was more pronounced among younger practitioners ($r = -.16$). The scores also indicate that respondents do not solely rely on the knowledge gained during their studies (Item 6, $M = 2.47$, $SD = 1.24$), with this trend being more evident in older practitioners ($r = -.19$).

Test Quality and Qualifications

Respondent ratings are high regarding their concerns about improper test use, particularly with respect to interpretation checks (Item 25d, $M = 3.58$, $SD = .96$), measurement errors (Item 25e, $M = 3.36$, $SD = .94$), validity limitations (Item 25g, $M = 3.29$, $SD = .97$) and other limitations (Item 25h, $M = 3.47$, $SD = .98$). Except for concerns related to illegal copying ($F = 17.350$, $df = 3$, $p < .001$), work psychologists generally expressed more concern than clinical psychologists about test use problems.

Regulation

Respondents scored above average regarding attitudes towards restricting psychological testing to qualified psychologists (Item 8, $M = 3.89$, $SD = 1.06$), particularly concerning the interpretation of the tests (Item 9, $M = 3.91$, $SD = 1.15$). This rating was higher among older psychologists compared to younger psychologists ($r = .23$ and $r = .11$ for Items 8 and 9, respectively), and higher among clinical psychologists than among work and educational psychologists ($F = 3.128$, $df = 3$, $p < .001$, and $F = 11.485$, $df = 3$, $p < .001$, for Items 8 and 9, respectively). However, respondents expressed mixed opinions on whether individuals who can demonstrate test user competence should be allowed to use tests (Item 14, $M = 2.80$, $SD = 1.25$). Older psychologists rated this item lower than younger psychologists ($r = -.19$). In terms of regulations, respondents clearly favoured national and European standards, as well as legislative measures to regulate test use and abuse (Item 19, $M = 4.12$, $SD = .85$; Item 11, $M = 3.92$, $SD = .87$; and Item 12, $M = 3.72$, $SD = .99$; respectively).

Computers and internet-based testing

Internet-based testing was considered by respondents to improve the quality of test administration if properly managed (Item 15, $M = 3.33$, $SD = .99$). A high mean score (Item 13, $M = 3.35$, $SD = 1.04$) suggests that psychologists perceive potential disadvantages of internet-based testing for test takers, yet they generally report more positive attitudes towards its overall potential and possibilities (Item 7, $M = 3.36$, $SD = 1.10$). In this regard, age played an important role, as older psychologists rated internet-based testing less positively than younger psychologists (r 's from .14 to .22). Work psychologists more frequently reported that computer-based testing is replacing pen-and-paper testing (Item 5, $F = 35.056$, $df = 3$, $p < .001$), and they report more positive attitudes towards internet-based testing (Item 7, $F = 15.576$, $df = 3$, $p < .001$; Item 13, $F = 7.526$, $df = 3$, $p < .001$; Item 15, $F = 9.820$, $df = 3$, $p < .001$).

Test use

The respondents listed a total of 170 different tests among their top 3 most frequently used (the exact count depended on how we grouped them).

Table 2 shows the most frequently used tests by count and percentage. The *Wechsler tests* (Wechsler, 1987, 2008, 2014a, 2014b; Wechsler & Naglieri, 2006) were by far the most frequently used at 12.8%, followed by various *SCID* versions (First et al., 1997, 2002, 2016) at 6.8%. The new Norwegian translation of the *SCID-5-CV* (First et al., 2018) had increased in usage but only represented 0.9% of the total. Most psychologists reported using tests regularly (Item 21, $M = 4.02$, $SD = 1.29$), and they were considered an excellent source of information (Item 22, $M = 4.64$, $SD = .66$) and to be of great help (Item 23, $M = 4.62$, $SD = 0.67$).

TABLE 2

Test Use Frequencies and Percentages

No.	Short Name	Frequency	
1	Wechsler Tests	195	12.8%
2	SCID	104	6.8%
3	MINI	61	4.0%
4	CONNERS	57	3.7%
5	D-KEFS	38	2.5%
6	BDI	36	2.4%
7	SCL-90	35	2.3%
8	MMPI	33	2.2%
9	BRIEF	25	1.6%
10	BAI	23	1.5%
11	CVLT	23	1.5%
12	DIVA	19	1.2%
13	ADOS	16	1.1%
14	MADRS	15	1.0%
15	NEPSY	15	1.0%
16	AUDIT	14	0.9%
17	DUDIT	14	0.9%
18	ASEBA	13	0.9%
19	BAYLEY	13	0.9%
20	LEITER	13	0.9%
21	VINELAND	13	0.9%
22	CELF	12	0.8%
23	DES	12	0.8%
24	PANSS	12	0.8%
25	IIP	9	0.6%
26	TMT	9	0.6%
27	RCFT	8	0.5%
28	Rorschach	8	0.5%
29	WMS	7	0.5%
30	Halstead-Reitan	6	0.4%

A priori subscales

Internal consistency varied considerably across the five subscales. The *Concern* subscale had high reliability ($\alpha = .854$), whereas the *Regulations* and *Internet* subscales exhibited very low reliability ($\alpha = .169$ and $.159$, respectively). The *Appreciation* and *Knowledge* subscales showed moderate consistency, with Cronbach's alphas of $.643$ and $.586$, respectively.

As shown in Table 3, there are significant correlations between *Concern*, *Regulations* and *Internet*, but not for *Appreciation* and *Knowledge*. Further, *Regulations* correlates with all factors except *Knowledge*, whereas *Internet* correlates with all but *Appreciation*.

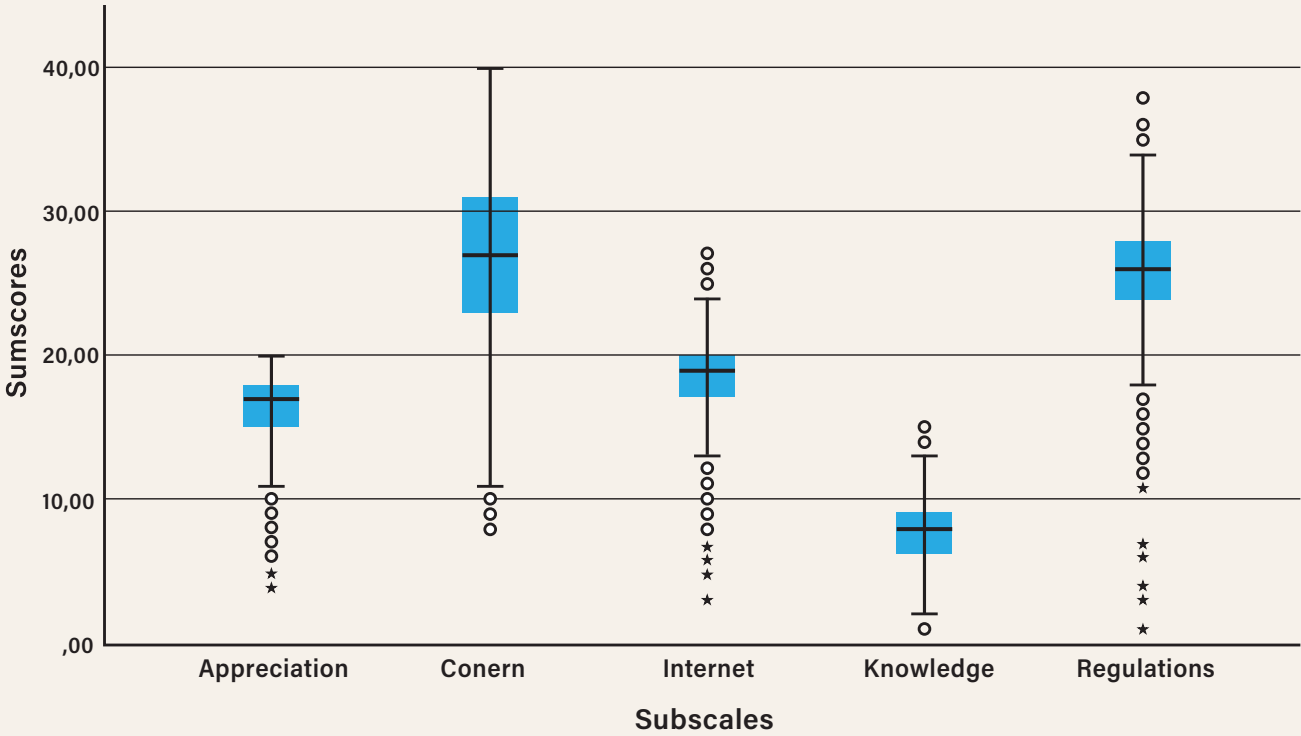
TABLE 3
Correlations Between A Priori Sub Scales

	Regulation	Internet	Appreciation	Knowledge
Concern	.183**	.153**	-.020	.042
Regulations		.300**	.170**	.041
Internet			.003	.053*
Appreciation				-.156**

* $p < .05$ ** $p < .005$

Since several of the Evers factors showed poor internal consistency in our data, we present a boxplot in Figure 1 for the visual presentation of the different factors. The whiskers overlap considerably, suggesting a high degree of covariation. Moreover, numerous extreme studentised outliers (Grubbs, 1969) – those exceeding twice the interquartile range – along with a number of outliers beyond 1.5 times the interquartile range – significantly affect the *Appreciation*, *Internet* and *Regulations* factors. The factors therefore seem neither sound nor useful.

FIGURE 1
A Priori Factors Boxplot



Note. X Axis Subscales: Appreciation, Concern, Internet, Knowledge, Regulations; Y Axis Sum Scores: 0, 10, 20, 30, 40.

Discussion

The main aim of this study was to report on attitudes towards and concerns about test use and test quality from a survey among Norwegian psychologists. Our primary finding is that test quality and regulations are major concerns, as indicated by high ratings on items relating to the need to document test quality, concerns about improper test use and a clear endorsement of more restrictions on who may use tests. This result is reflected in various aspects of the results and echoes the concerns raised in a previous Norwegian study on test use (Vaskinn et al., 2010). They reported that 96% of respondents were 'somewhat' or 'very' concerned about test quality, a sentiment that was also communicated in our survey. They also revealed differences in the degree to which practitioners checked for quality themselves, whereas our study findings could be interpreted as a call for more assistance in quality checking.

Our respondents reported satisfaction with the training they received in their professional psychology studies but also indicated that they acquired more knowledge after graduating. The *Board of Test Policy* recently conducted an informal review of university assessment training, and together with the current survey, we find support for our view that training at the basic level seems adequate. Given that challenges related to learning specific tests and acquiring practical assessment skills are addressed (Handler & Meyer, 1998), efforts should be directed more specifically towards providing easily accessible information on test quality to enable clinicians to make informed choices.

In Norway, the health authorities have explicitly delegated the responsibility for test quality evaluation to the individual clinician. However, Vaskinn and Egeland (2012) demonstrated that only half of their respondents checked test quality themselves. The *Norwegian Psychologists Association* has challenged this decision, arguing that it imposes an excessive demand on clinicians, given the workload and expertise required to evaluate a test thoroughly. The available documentation for many tests is often rudimentary, at times inaccurate (Mihura et al., 2019) or even non-existent, which is also a concern raised by our respondents. Some institutions have made efforts towards systematically evaluating the quality of commonly used test methods, but sustaining this work over time has proven difficult. Additionally, as noted by a reviewer of this manuscript, in a small country like Norway, we have a limited selection of translated tests from which to choose, rendering us more reliant on the quality of the few tests available. This highlights the need for more coordinated efforts to regulate and guide the field.

The lack of effort from clinicians to systematically evaluate test quality is not due to a shortage of engagement or competence; on the contrary, clinicians report that they are invested in assessment and recognise its value.

Nevertheless, the challenging and comprehensive task of evaluating test quality requires time and effort with resources that can only be allocated through national initiatives. We therefore find it unreasonable that the individual clinician should bear this responsibility alone. Our current data indicate that the respondents support our view. Test quality and competent use are major concerns for the respondents, who appear frustrated with the current situation.

Several survey items show that our respondents are generally positive about computer- and internet-based testing, particularly among the younger generation. Interest in this issue may have waned somewhat. In clinical practice, paper testing remains widespread. Several factors may account for this, including the lack of appropriate licensing schemes that limit access to computer- and internet-based systems in hospitals and clinics; concerns over data privacy due to the possibility of data being stored on foreign servers; and cost. Practitioners may also be sceptical because they have limited oversight over the conditions under which patients complete tests at home or in other locations. This scepticism appears to be more pronounced among older practitioners, which may be expected. The lower level of concern about illegal copying within the field of work psychology may stem from the reduced prevalence of paper-and-pencil testing, as this is a field that has adopted computer-based testing to a greater extent.

The question of test use restrictions is a more contentious issue. Respondents expressed clear support for greater national and international regulation in this area, preferably through legislative measures. They are more divided on whether other professions and groups should be permitted to use tests based on demonstrated qualifications. There seems to be a clear sentiment towards restricting test interpretation to licensed psychologists. However, this remains a contentious issue among our respondents, reflecting tensions between those advocating for restrictions based on specific educational backgrounds and those supporting access for individuals with proven qualifications. Notably, older and clinical practitioners tend to be more restrictive in this regard, while younger practitioners in work and educational sectors are less so.

The usefulness of grouping the questionnaire items into sub-factors appears to be quite limited in our data. Only the factor *Concern* achieves an acceptable level of internal consistency; the other two factors are critically low. In addition, the factors correlate to a high degree. We therefore suggest that future analyses of the EFPA survey should focus solely on the individual items – or, alternatively, that analyses at the sub-factor level be conducted on the international data set as a whole.

A major limitation of the test use section of the survey is its restriction to the three most commonly used tests. This means that we do not have a comprehensive test use survey – only indications of test use. With this in mind, our results indicate that performance-based

cognitive tests are the most frequently used, even though neuropsychologists constitute a small portion of the sample. Conversely, clinically oriented performance-based tests, such as the Rorschach Inkblot Method, are used relatively infrequently. We can only speculate that users of the latter may not consider themselves to be test-savvy, contributing to their underrepresentation in the current data, as psychologists in private practice also constituted a small subgroup of the sample. The only broad personality and psychopathology test that ranks highly on the list is the MMPI (Butcher et al., 2011). It is also surprising to see the continued use of the SCL-90 (Derogatis, 1971), despite its well-known, serious psychometric limitations (Groth-Marnat & Wright, 2016). Strictly speaking, the SCID, MINI (Sheehan et al., 2009), MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979), AUDIT (Babor et al., 1992) and DUDIT (Berman et al., 2007) can be described as checklists rather than psychometric tests, but methods like these nonetheless provide structure to assessments.

Earlier data from the United States show that self-report methods are by far the most popular type used by psychologists (Archer et al., 2006; Norcross & Karpiak, 2012), followed by performance-based methods. All practitioners involved in emotional injury cases who responded to a survey (Boccaccini & Brodsky, 1999) reported using the MMPI-2, with 54% using the Wechsler tests, 50% using the MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III; Millon, 1994) and 41% using the Rorschach Inkblot Method (Rorschach, 1921). Data from as far back as 1985 indicate a decline in the use of performance-based methods, such as the Rorschach and the Wechsler tests (Piotrowski, 2015; Piotrowski et al., 1985). This trend corresponds with the increased research on and use of self-report tests in recent decades (Baumeister et al., 2007). Nonetheless, there are also indications that the use of tests is stable. Wright et al. (2017) demonstrated that self-report tests dominate among practitioners, alongside ability tests. In their survey, the Rorschach Inkblot Method and other performance-based ('projective') methods ranked eighth and ninth in terms of usage.

More generally, variations in test usage are also evident across different parts of the world. Some methods have a relatively strong foothold in certain countries but not in others. We know first-hand that the Rorschach Inkblot

Method has very limited use in, for example, Great Britain and Germany, whereas it is widely employed in Finland and the United States. Another example is the *Wartegg Drawing Completion Test*, which is frequently used by psychologists in Sweden and Finland but is practically unknown in neighbouring Norway (Soilevuo Grønnerød & Grønnerød, 2012). In a small country like Norway, test education and usage are more dependent on specific professionals who actively teach and promote the use of particular tests. This situation disproportionately influences which tests are used compared to larger countries. That said, studies also indicate that most tests in use are common across countries, at least in the Western sphere (Egeland et al., 2016; Muñiz et al., 2001).

The main limitation of our study is the response rate of about 20%. Surveys of this nature have generally concluded that European psychologists have a positive attitude towards testing. However, generalisations must be made cautiously, as the response rates are generally low (15–20% across most participating countries). Even if the dispersion across work fields and specialties is representative of the psychologist population, the potential for self-selection is apparent. We must therefore assume that those most invested in tests and assessments are also those most likely to respond to a questionnaire of this kind. We can at best presume that the results are representative of assessment-focused psychologists, and less so for the psychologist population at large. Another limitation is that respondents were asked to name the three most-used tests in their practice. A more complete list of tests would have been useful, as it would have revealed differences in test diversity among practitioners and provided a more comprehensive overview of the most commonly used tests.

Conclusions

In the Norwegian segment of the EFPA's 2020 decennial survey of psychologists' attitudes towards tests and test use, test quality and regulation are the primary concerns expressed by respondents. Despite a relatively low response rate of 20%, study results highlight the need for more accessible information on test quality and for increased regulation based on user competence. Ψ

REFERENCES

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- Archer, R. P., Buffington-Vollum, J. K., Stredny, R. V., & Handel, R. W. (2006). A Survey of Psychological Test Use Patterns Among Forensic Psychologists. *Journal of Personality Assessment*, 87(1), 84–94. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8701_07
- Babor, T. F., Fuente, J. R. D. L., Saunders, J., Grant, M., Babor, T. F., Fuente, J. R. D. L., Saunders, J., Grant, M., & T. H. (1992). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization.



- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Funder, D. C. (2007). Psychology as the Science of Self-Reports and Finger Movements: Whatever Happened to Actual Behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 396–403. <https://doi.org/10/c5f>
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2007). *DUDIT – The Drug Use Disorders Identification Test, MANUAL Version 1.1*. Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Section for Alcohol and Drug Dependence Research.
- Boccaccini, M. T., & Brodsky, S. L. (1999). Diagnostic Test Usage by Forensic Psychologists in Emotional Injury Cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 253–259. <https://doi.org/10/dm7sz8>
- Butcher, J. N., Beutler, L. E., Harwood, T. M., & Blau, K. (2011). The MMPI-2. In T. M. Harwood, L. E. Beutler, & G. Groth-Marnat (Eds.), *Integrative Assessment of Adult Personality* (3rd Edition, pp. 152–189). Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (1971). *Symptom Checklist-90 – Revised*. <https://doi.org/10.1037/t01210-000>
- Egeland, J., Løvstad, M., Norup, A., Nybo, T., Persson, B. A., Rivera, D. F., Schanke, A.-K., Sigurdardottir, S., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Following international trends while subject to past traditions: Neuropsychological test use in the Nordic countries. *The Clinical Neuropsychologist*, 30(sup1), 1479–1500. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.12376755>
- European Federation of Psychologists' Associations. (2023, 23 June). *Ongoing revision of the European Test Review Model | EFPA*. <https://www.efpa.eu/ongoing-revision-european-test-review-model>
- Evers, A. (2012). The Internationalization of Test Reviewing: Trends, Differences, and Results. *International Journal of Testing*, 12(2), 136–156. <https://doi.org/10/gntfsb>
- Evers, A., McCormick, C. M., Hawley, L. R., Muñoz, J., Balboni, G., Bartram, D., Boben, D., Egeland, J., El-Hassan, K., Fernández-Hermida, J. R., Fine, S., Frans, Ö., Gintiliené, G., Hagemester, C., Halama, P., Iliescu, D., Jaworowska, A., Jiménez, P., Manthouli, M., ... Zhang, J. (2017). Testing Practices and Attitudes Toward Tests and Testing: An International Survey. *International Journal of Testing*, 17(2), 158–190. <https://doi.org/10/gbvzpq>
- Evers, A., Muñoz, J., Hagemester, C., Høstmælingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A., & Bartram, D. (2013). Assessing the quality of tests: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25(3), 283–291. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.97>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders, (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publications.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2018). *Struktureret klinisk intervju for psykiske lidelser—DSM-5*. [Structured Clinical Interview for Mental Disorders—DSM-5] Gyldendal.
- Greiff, S. (2017). The Field of Psychological Assessment: Where it Stands and Where it's Going – A Personal Analysis of Foci, Gaps, and Implications for EJPA. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(1), 1–4. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000412>
- Groth-Marnat, G., & Wright, A. J. (2016). *Handbook of Psychological Assessment*. John Wiley & Sons.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19–30. <https://doi.org/10/drby9sm>
- Grubbs, F. E. (1969). Procedures for Detecting Outlying Observations in Samples. *Technometrics*, 11(1), 1–21. <https://doi.org/10.2307/1266761>
- Grønnerød, C. (2024). *Psykologisk utredning av voksne. En teoretisk og praktisk innføring*. [Psychological assessment of adults. A theoretical and practical introduction.] Cappelen Damm Akademisk.
- Handler, L., & Meyer, G. J. (1998). The Importance of Teaching and Learning Personality Assessment. In L. Handler & M. J. Hilsenroth (Eds.), *Teaching and Learning Personality Assessment* (pp. 3–30). Routledge.
- International Test Commission. (2001). International Guidelines for Test Use. *International Journal of Testing*, 1(2), 93–114. https://doi.org/10.1207/S15327574IJT0102_1
- International Test Commission. (2006). International Guidelines on Computer-Based and Internet-Delivered Testing: International Journal of Testing: Vol 6, No 2. *International Journal of Testing*, 6(2), 143–171. https://doi.org/10.1207/s15327574ijto602_4
- Kornør, H. (2015). Hvor ofte tenker du på om testen du bruker, er psykometrisk god nok? [How often do you consider whether the test you use is psychometrically good enough?] *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(7), 600–601.
- Krishnamurthy, R., Natoli, A. P., Arbisi, P. A., Hass, G. A., & Gottfried, E. D. (2022). Professional Practice Guidelines for Personality Assessment: Response to Comments by Ben-Porath (2022), Lui (2022), and Jenkins (2022). *Journal of Personality Assessment*, 104(1), 27–29. <https://doi.org/10/gnxbjw>
- Mihura, J. L., Bombel, G., Dumitrascu, N., Roy, M., & Meadows, E. A. (2019). Why We Need a Formal Systematic Approach to Validating Psychological Tests: The Case of the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 101(4), 374–392. <https://doi.org/10/gntfpj>
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual for the MCMI-III*. Pearson Assessment, Inc.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382–389. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Muñoz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., Fernández-Hermida, J. R., & Zaal, J. N. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 201–211. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.17.3.201>
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical Psychologists in the 2010s: 50 Years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10/gntfsf>
- Piotrowski, C. (2015). Projective Techniques Usage Worldwide: A review of applied settings 1995–2015. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 41(3), 9–19.
- Piotrowski, C., Sherry, D., & Keller, J. W. (1985). Psychodiagnostic test usage: A survey of the society for personality assessment. *Journal of Personality Assessment*, 49(2), 115–119. <https://doi.org/10/ckdv3d>
- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. [Psychodiagnostics.] Hans Huber Verlag.
- Ryder, T. (2021a). Testkvalitetsprosjektet – del 1: Norske psykologers testholdninger og testbruk. [The Test Quality Project – part 1: Norwegian psychologists' test attitudes and test use.] *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 28–37.
- Ryder, T. (2021b). Testkvalitetsprosjektet – del 2: Tester med behov for kvalitetstiltak. [The Test Quality Project – part 2: Tests in need of quality improvements.] *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 92–105.
- Sheehan, D., Janavs, J., Harnett-Sheehan, K., Sheehan, M., & Gray, C. (2009). *Mini International Neuropsychiatric Interview 6.0.0*. Mapi Research Institute.
- Soilevuo Grønnerød, J., & Grønnerød, C. (2012). The Wartegg Zeichen Test: A Literature Overview and a Meta-Analysis of Reliability and Validity. *Psychological Assessment*, 24(2), 476–489. <https://doi.org/10/dhfg7p>
- Vaskinn, A., & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norske psykologer. [The test user survey: An overview of tests used by Norwegian psychologists.] *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7), 658–665.
- Vaskinn, A., Egeland, J., Høstmark Nielsen, G., & Høstmælingen, A. (2010). Norske psykologers bruk av tester. [Norwegian psychologists' test use.] *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(11), 1010–1016.
- Wechsler, D. (1987). *WMS-R: Wechsler Memory Scale-Revised : Manual*. Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale: WAIS-IV ; Technical and Interpretive Manual*. Pearson.
- Wechsler, D. (2014a). *WISC-V: Administration and Scoring Manual*. PsychCorp.
- Wechsler, D. (2014b). *WPPSI-IV: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - fourth edition : Manual*. Pearson Education.
- Wechsler, D., & Naglieri, J. A. (2006). *WNV: Wechsler Nonverbal Scale of Ability ; Administration and Scoring Manual*. PsychCorp.
- Wright, C. V., Beattie, S. G., Galper, D. I., Church, A. S., Bufka, L. F., Brabender, V. M., & Smith, B. L. (2017). Assessment practices of professional psychologists: Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 73–78. <https://doi.org/10.1037/pro0000086>
- Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., Nichols, C. N., Lampropoulos, G. K., Walker, B. S., Cohen, G., & Rush, J. D. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341–382. <https://doi.org/10/cbrmjf>

ORIGINALARTIKKEL

Nadina PetersNasjonalt kunnskapssenter om
vold og traumatisk stress**Linda Iren Rennemo**Verdal kommune; Allmennpoliklinikk
Levanger, Helse Nord-Trøndelag**Harald Bækkelund**Nasjonalt kunnskapssenter om
vold og traumatisk stress**Karina M. Egeland**Nasjonalt kunnskapssenter om
vold og traumatisk stress

Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse

Sammendrag

SITER ARTIKKELEN:

Peters, N., Rennemo, L. I., Bækkelund, H. & Egeland, K. M. (2024). Erfaringer fra implementering av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(9).
<https://doi.org/10.52734/RLYX7712>

KONTAKT nadina.peters@nkvt.no**MERKNAD** Førsteforfatter NP og sisteforfatter KME er implementeringsfasilitatorer i Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI).**FAGFELLEVDERT**

CC BY 4.0

Formål: Målet med studien er å belyse hvordan implementering av ny praksis i psykisk helsevern kan utspille seg. Vi beskriver erfaringer med systematisk implementering av behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) i allmennpoliklinikker i Helse Nord-Trøndelag (HNT) i 2020–2021. Vi undersøkte også hvor stor andel av pasientene som var diagnostisert med PTSD, og hvor stor andel av konsultasjonene som ble gitt til denne gruppen før, underveis og etter implementeringen (2017–2023).

Metode: Forfatterne egne erfaringer med den konkrete implementeringen ble delt og diskutert. To av forfatterne var implementeringsveiledere og en var deltakende leder. Virksomhetsdata fra Helse Nord-Trøndelag ble innhentet og analysert.

Resultat: Lederne ved de fire allmennpoliklinikkene opprettet faste digitale samhandlingsmøter, hvor formålet var å dele erfaringer og løse utfordringer i fellesskap underveis i implementeringen. Alle ansatte ble involvert i implementeringsprosessen. En større andel pasienter fikk PTSD-diagnose i implementeringsperioden (12 %) sammenlignet med perioden før (8 %) og etter (10 %). Det samme gjaldt andel konsultasjoner for denne pasientgruppen (13 %) sammenlignet med perioden før (9 %) og etter (12 %) implementeringen.

Nøkkelord: implementering, PTSD, kunnskapsbasert praksis, traume, psykisk helsevern

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som kan oppstå hos personer som har opplevd traumatiske hendelser (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018). En epidemiologisk studie fant at omkring 20 % av kvinner og 5 % av menn utvikler PTSD etter å ha vært eksponert for traumer (Lassemo et al., 2017). Samme studie fant at den gjennomsnittlige varigheten på lidelsen var ni år for kvinner og 17 år for menn.

PTSD kan lede til betydelig subjektiv lidelse. Vanskene kan gi redusert arbeidsfunksjon, sosial isolasjon og økt risiko for selvmord og komorbide tilstander som depresjon, angst og ruslidelser (Bothe et al., 2020). Avhengig av alvorlighetsgraden vil PTSD gi rett på psykisk helsehjelp og behandling i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015). Per dags dato kjenner vi ikke til andelen av pasienter i den polikliniske populasjonen som er diagnostisert med PTSD. Diagnosen blir ofte slått sammen med andre diagnoser innen F40-F48 Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser i *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (ICD-10; Verdens helseorganisasjon, 2019, s. 76). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne viser at F40-F48 var de mest brukte hovedtilstandskodene for polikliniske kontakter (25 %) (Helsedirektoratet, 2022).

Internasjonale retningslinjer viser til at det finnes flere kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD (Bisson et al., 2019; NICE, 2018). Både internasjonale og norske studier viser imidlertid at de sjelden er en del av tilbudet i psykisk helsevern (Bækkelund et al., 2017; Finch et al., 2020; Rosen et al., 2016). I 2016 fikk derfor Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i oppdrag å bistå i implementering av kunnskapsbaserte behandlinger for PTSD i psykisk helsevern for voksne (Bækkelund et al., 2017).

Nasjonal implementering av kunnskapsbasert PTSD-behandling i DPS

I tråd med oppdraget har NKVTS satt i gang et prosjekt innen psykisk helsevern, i første omgang allmennpsykiatriske poliklinikker på nasjonalt nivå. «Implementering av kunnskapsbasert traumebehandlingstilbud til voksne»-prosjektet (ITV-prosjektet) går ut på: 1) opplæring i utredning og diagnostisering av PTSD, 2) opplæring i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD og 3) implementeringsstøtte gjennom implementeringsstrategien Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) (for mer informasjon om LOCI, se Egeland et al., 2022).

Ved oppstart av implementeringen får alle terapeutene i poliklinikkene opplæring i bruk av kartleggingsverktøyet Traume- og PTSD-screening (TRAPS) (Egeland et al., 2019). Vi anbefaler at alle pasienter kartlegges for vold og traumer i basisutredningen (Egeland & Bækkelund, 2021), i tråd med nasjonale pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2018). Helsedirektoratet anbefaler bruk av kartleggingsverk-

tøy for utredning av vold, overgrep og andre traumatiske erfaringer i basisutredningen.

Som del av implementeringsprosjektet får et utvalg av terapeutene i tillegg tilbud om opplæring i to kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for PTSD: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro & Forrest, 2016) og kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD) (Ehlers & Clark, 2000). Terapeutene mottar tre dagers opplæring i behandlingsmetodene og ti timer veiledning i gruppe.

Poliklinikkene som deltar, får støtte fra NKVTS til implementeringsprosessen gjennom LOCI-strategien. LOCI består av fire komponenter: 1) opplæring av førsteledere i implementeringsklima og -ledelse, 2) ukentlig veiledning over 12 måneder, 3) kvartalsvise organisatoriske strategimøter og 4) kvartalsvise 360°-kartlegginger av og tilbakemeldinger på implementeringsklima og ledelse fra ansatte og overordnet leder. Målet med LOCI er at ledere legger til rette for at behandlingsmetodene blir godt integrert i tjenestene, og at pasienter med PTSD systematisk blir fanget opp og får tilbud om metodene. Dette kan for eksempel gjøres ved at leder i en tidlig fase har større fokus på implementeringen, gir støtte til opplæring i behandlingsmetodene og anerkjenner viktigheten av å bruke dem. Disse strategiene støtter oppunder effektiv implementering (Ehrhart et al., 2014). NKVTS har en rådgivende rolle og gir aktiv opplæring og veiledning til ledere i psykisk helsevern. I tillegg veileder de ledere på ulike nivåer (poliklinikkledere, ledere for de distriktspsykiatriske sentrene [DPS] og eventuelle andre nøkkelpersoner). Målet er at ledere på tvers av nivåene enes om felles mål for implementeringen og jobber i samme retning for å nå dem (Aarons et al., 2014). Veilederne ved NKVTS har ikke mandat til å pålegge tjenestene konkrete endringer.

Resultatene fra den første nasjonale implementeringen i 2018–2020 viste at pasienter fikk statistisk signifikant færre symptomer på PTSD etter å ha gått i behandling hos terapeuter som hadde kompetanse på EMDR og CT-PTSD (Bækkelund et al., 2022; Egeland et al., 2022). Implementeringsstrategien LOCI virket lovende for å få til bedre strategisk implementeringsledelse og klima i poliklinikkene (Borge et al., 2022; Skar et al., 2022). Rapporterte utfordringer var stor utskiftning av ansatte og høye jobbkrev (Egeland et al., 2022). I tillegg hadde ikke tjenestene systemer for å innhente data om bruk av behandlingsmetodene, pasientutfall og pasienttilfredshet på en systematisk måte. Innhenting av slik data beskrives som en forutsetning for å drive kvalitetsforbedring i tjenestene (Riksrevisjonen, 2021).

Helse Nord-Trøndelags deltakelse i implementeringen

I 2020–2021 deltok allmennpoliklinikkene i Psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag (HNT) i den nasjonale implementeringen. Psykisk helsevern i HNT består av

Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Allmennpoliklinikkene er spredt på lokasjoner, med Kolvareid i nord, Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal i sør. Det er store forskjeller i størrelsen på allmennpoliklinikkene. Til sammen var det 527 ansatte fordelt på 430 årsverk, hvorav 62 årsverk jobbet i poliklinikkene. Her behandles omtrent 3000 pasienter årlig.

Før implementeringen var behandlingstilbudet for pasienter med PTSD i Helse Nord-Trøndelag lite systematisert og i varierende grad kunnskapsbasert. Selv om enkelte terapeuter kunne tilby kunnskapsbaserte metoder som EMDR, Narrativ Eksponeringsterapi og Prolonged Exposure, hadde få opplæring i disse. Terapeutene uttrykte også bekymring for å utløse kraftige reaksjoner hos pasienter ved å ta i bruk metodene. Hoveddelen av pasientene fikk stabiliserende behandling i form av gruppebehandling basert på manualen *Tilbake til nåtid* (Bækkelund et al., 2021; Holbæk, 2014). Mange pasienter formidlet positive opplevelser fra deltakelse i gruppebehandlingen. Samtidig var det en del som ikke opplevde reduksjon i PTSD-symptomer. Terapeutene uttrykte behov for å lære opp flere i kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og i større grad spisse behandlingstilbudet til PTSD-pasienter. Poliklinikkene hadde også noe ulik praksis i kartlegging og diagnostisering av pasienter med PTSD. Ledelsen ønsket å jobbe systematisk med implementeringsstrategien og at det skulle være mulig å bruke den ved implementering også av andre metoder.

I løpet av implementeringen i HNT mottok alle terapeutene opplæring i kartleggingsverktøyet TRAPS. I tillegg mottok totalt 23 terapeuter opplæring i enten EMDR eller CT-PTSD. Kursene ble organisert av NKVTS. EMDR Norge stod for undervisningen og veiledningen i EMDR og Norsk forening for kognitiv atferdsterapi for CT-PTSD. Lederne for allmennpoliklinikkene fikk tett oppfølging gjennom implementeringsstrategien LOCI. Restriksjoner under covid-19 begrenset fysiske samlinger. Derfor ble LOCI, opplæring i TRAPS og CT-PTSD gjennomført digitalt. Opplæring i EMDR ble gjennomført ved fysisk samling.

I forkant av implementeringen i HNT bestod basisutredningen av anamnese, Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Sheehan et al., 1998), oversatt til norsk av Leiknes et al. (2005), The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001) og Generalized anxiety disorder (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Resultatene ble vurdert i forhold til kriteriene for PTSD i ICD-10. Et problem med PTSD-modulen i M.I.N.I. er at den har kun ett spørsmål knyttet til traumeerfaringer. Spørsmålet er formulert på en måte som gjør at andre type erfaringer som kan være traumatiserende, ikke fanges opp (som alvorlig mobbing eller psykisk vold) (Egeland & Bækkelund, 2021).

Underveis i implementeringen uttrykte flere av terapeutene i poliklinikkene bekymring for ulike ting som

kunne være hemmende for implementering av systematisk traumekartlegging og behandlingsmetodene. Blant annet var de bekymret for at det å ta inn TRAPS i basisutredningen kunne føre til at PTSD ble «den nye trenddiagnosen» og til en overdiagnostisering. Forskning viser imidlertid en tendens til det motsatte problemet: at PTSD-diagnosen ikke oppdages i tide (Gagnon-Sanschagrin et al., 2022; Tully et al., 2021).

Målet med nåværende studie var følgende:

1. Å beskrive erfaringer med den systematiske implementeringen i Helse Nord-Trøndelag.
2. Å undersøke hvor stor andel pasienter i Helse Nord-Trøndelag som fikk en PTSD-diagnose før, underveis og etter implementeringsfasen.
3. Å undersøke hvor stor andel av alle pasientkonsultasjoner som ble gitt til pasienter med PTSD som hoveddiagnose før, underveis og etter implementeringen, samt antall konsultasjoner per pasient.

Metode

For å beskrive erfaringer fra implementeringen ble lederne ved de fire allmennpoliklinikkene ved de tre DPS-ene Stjørdal, Levanger og Namsos kontaktet i 2022 og invitert til å delta i å skrive nåværende artikkel sammen med NKVTS. Dette skulle gjøres sammen med forfatterne NP og KME. Under implementeringsperioden (2020–2021) deltok de samme lederne i LOCI implementeringsstrategi og fikk veiledning av NP. Lederne, som hadde månedlige møter med hverandre, bestemte at LIR skulle representere HNT i artikkelskrivingen. LIR og NP skrev ned subjektive erfaringer og utvekslet disse med hverandre i perioden 2022–2024 gjennom telefon og e-post. De drøftet erfaringene gjentatte ganger seg imellom, blant annet ved å stille hverandre spørsmål, undersøke erfaringene med andre kolleger og gå gjennom dokumenter fra implementeringsperioden, som organisatoriske strategiplaner og veiledningsnotater. I denne studien er det i hovedsak erfaringer fra LIR (som representerer HNT), og ikke implementeringsveilederne, som er skildret.

For å undersøke andel pasienter med PTSD-diagnose, andel konsultasjoner gitt til pasienter med PTSD, og antall konsultasjoner per pasient innhentet vi virksomhetsdata/styringsdata fra de fire allmennpoliklinikkene i HNT. Data inkluderte: a) andel pasienter med PTSD som hoveddiagnose, b) andel konsultasjoner for pasienter med PTSD som hoveddiagnose og c) antall konsultasjoner per pasient diagnostisert med PTSD som hoveddiagnose. All dataen gjaldt for årene før, underveis og etter implementeringsperioden (2017–2023). Konsultasjonstillene gjelder PTSD som hoveddiagnose, det vil si at innholdet

i konsultasjonene er tilknyttet hoveddiagnosen. Våre data var hentet fra kun fire allmenpoliklinikker. De var derfor ikke egnet for å teste om en eventuell endring, for eksempel over tid, var statistisk signifikant. Data presenteres derfor deskriptivt.

Etiske vurderinger

Innhenting og bruk av virksomhetsdata ble godkjent av Data Access Committee ved Helse Nord-Trøndelag. Det ble i tillegg foretatt en personvernsvurdering ved NKVTS. Data inkluderte ikke personsensitive opplysninger.

Resultater

Erfaringer fra implementeringen i Helse Nord-Trøndelag

Gjennom implementeringsstrategien LOCI ble lederne i Helse Nord-Trøndelag (HNT) fulgt tett opp og veiledet på hvordan de kunne legge til rette for at behandlingsmetodene ble godt integrert i tjenestene. Hvordan tilretteleggingen skulle gjennomføres i praksis på klinikkene, var opp til hver enkelt leder og varierte derfor noe.

Poliklinikklederne etablerte tidlig i implementeringsfasen digitale samhandlingsmøter annenhver uke. Formålet var å dele erfaringer de gjorde seg underveis, samt å løse utfordringer i fellesskap. En av utfordringene som ble drøftet, var hvordan man skulle sikre at alle pasienter i HNT får tilbud om kunnskapsbaserte behandlingsmetoder. I dette øyemed ble det tilbudt behandling med EMDR og CT-PTSD på tvers av poliklinikkene. Det vil si at en pasient ved en poliklinikk med lite kapasitet kunne få tilbud om PTSD-behandling ved en av de andre poliklinikkene med mer kapasitet. På grunn av lang reisevei benyttet pasientene sjelden denne muligheten. Som et alternativ ble pasientene tilbudt behandling gitt digitalt, men mange ønsket fysisk oppmøte. En annen utfordring som ble drøftet, var hvordan å trygge terapeutene på å bruke EMDR-metoden i møte med pasienter med mer komplekse traumehistorier. Behovet ble presentert for overordnet ledelse, hvilket førte til felles opplæring av EMDR-terapeuter i EMDR trinn II.

Lederne valgte å involvere alle terapeutene i implementeringen, uavhengig av om de skulle få opplæring i EMDR/CT-PTSD eller ikke. Alle terapeutene fikk opplæring i kartlegging og diagnostisering av PTSD i regi av NKVTS. I tillegg innførte poliklinikkene kartleggingsverktøyet TRAPS i kursportalen, hvor alle terapeuter jevnlig kunne få frisket opp kunnskapen.

På den ene poliklinikken fikk nyansatte tilrettelagt tid og et krav om å lære seg TRAPS. Dette ble fulgt opp gjennom en fadderordning med opplæring, samt gjennom veiledning for leger og psykologer. På den

samme klinikken ble Terapeutene som fikk opplæring i EMDR/CT-PTSD, ble også tildelt ekstra tid til pasientbehandling. I praksis ble det satt av 90 minutter til hver behandlingstime. Det medførte at andre terapeuter måtte ta et større volum behandlingstimer à 45 minutter. Denne omfordelingen av pasienter ble drøftet jevnlig i behandlingsmøter for å sikre at alle pasientene fikk forsvarlig behandling, og at pasienter med PTSD ble gitt til behandlere med kompetanse i PTSD-behandlingsmetodene. I tillegg var det bevissthet rundt å nedprioritere andre oppgaver som ikke var nødvendige, samt effektivisere behandlingskalendere gjennom struktur. Leder fikk ikke tilbakemelding fra de ansatte om at de opplevde en skjevfordeling i arbeidsmengde.

Etter opplæring i behandlingsmetodene EMDR og CT-PTSD fikk terapeutene ti timer veiledning med eksterne veiledere. Allmenpoliklinikkene opprettet i tillegg ukentlige kollegabaserte veiledningsgrupper på tvers av klinikkene. På grunn av lang reisevei mellom klinikkene ble veiledningene gjennomført online. Formålet var å sikre etterlevelse av metodene, dele erfaringer og drøfte utfordrende problemstillinger anonymt. Flere terapeuter ga tilbakemelding til lederne om at de opplevde det som engasjerende og positivt å delta i veiledningsgruppene. Nyansatte med PTSD-kompetanse ble inkludert i veiledningsgruppen og fikk prioritert tid i kalenderen til dette. I tillegg valgte HNT å utdanne en egen CT-PTSD-veileder, da de ansatte uttrykte et behov for dette underveis i implementeringen. Den ene allmenpoliklinikken opprettet i tillegg et eget fagforum. I dette forumet kunne alle i DPS melde inn komplekse traumesaker for anonym drøfting.

Lederne hadde samlet sett gode erfaringer med implementeringsarbeidet. De fikk også positive tilbakemeldinger fra terapeutene. Terapeutene opplevde at behandlingstilbudet til pasientene med PTSD-diagnose ble mer spisset og kunnskapsbasert, og at de hadde gode verktøy for å behandle pasientene. På den ene poliklinikken ble betydningen av å involvere alle ansatte i implementeringen oppfattet som avgjørende for arbeid mot et felles mål for implementeringen og for å få behandlingslogistikken til å gå opp.

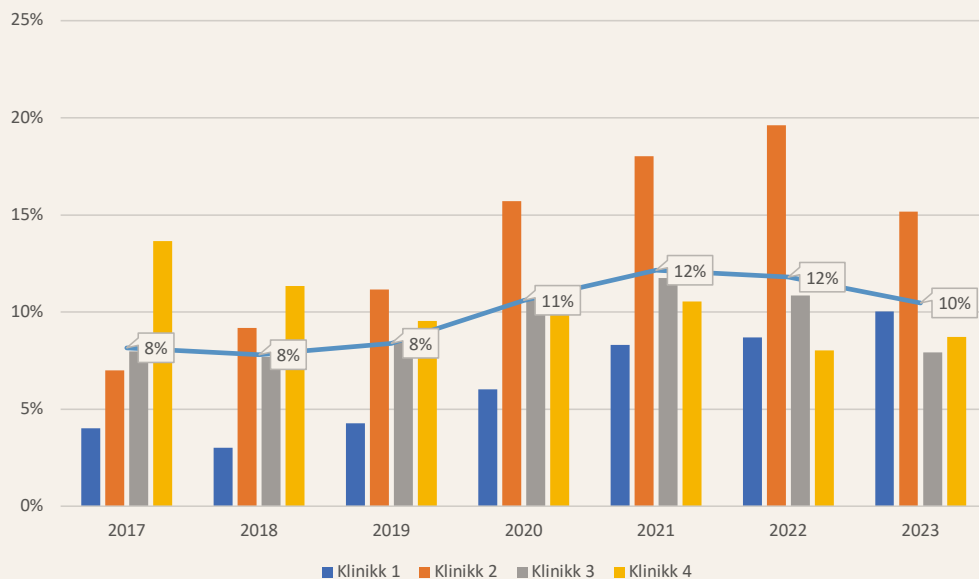
Lederne i HNT opplevde støtten fra NKVTS-veilederne underveis i implementeringsprosessen som avgjørende for å kunne endre praksisen med utredning og behandling av PTSD. De erfarte at implementering av kunnskapsbasert behandling var langt mer enn å sende ansatte på kurs i behandlingsmetoder. Å involvere alle ansatte og å legge til rette for opplæring, utøvelse og veiledning for å vedlikeholde behandlingsmetodene var noen av suksessfaktorene. Ved allmenpoliklinikkene med høyere utskiftning av personale ble det derimot en utfordring å sikre nok terapeuter med kompetanse i behandlingsmetodene.

Andel pasienter i Helse Nord-Trøndelag med PTSD-diagnose

Andel pasienter med hoveddiagnose PTSD var 8 % før implementeringen (i 2017–2019) versus 10 % etter implementeringen (i 2023) fordelt på de fire allmennpoliklinikkene i Helse Nord-Trøndelag. Underveis i implementeringen, i 2020 og 2021, var denne andelen på respektive 11 % og 12 % (figur 1).

FIGUR 1

Andel pasienter med PTSD som hoveddiagnose i allmennpoliklinikker i Helse Nord-Trøndelag



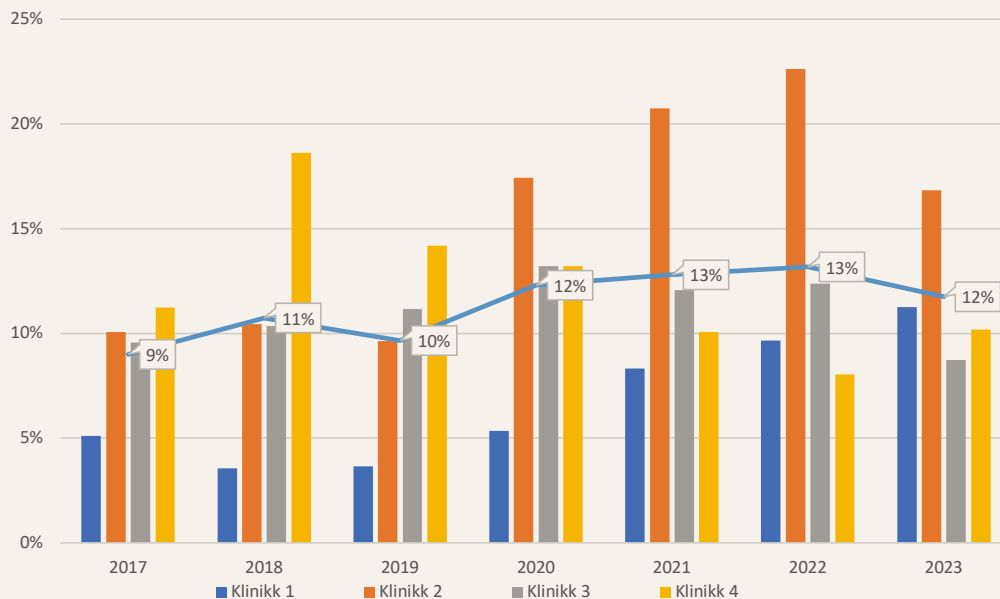
Merknad. Blå strek tilsvarer gjennomsnittet av alle fire poliklinikkene.

Andel og antall konsultasjoner for pasienter med PTSD-diagnose

Av det totale antall konsultasjoner ved de fire poliklinikkene var andelen som ble gitt til pasienter med hoveddiagnose PTSD i gjennomsnitt 10 % før implementeringen (i 2017–2019) versus 12 % etter implementeringen (i 2023). Underveis i implementeringen, i 2020 og 2021, var denne andelen på respektive 12 % og 13 % (figur 2).

FIGUR 2

Andel konsultasjoner for pasienter med PTSD som hoveddiagnose

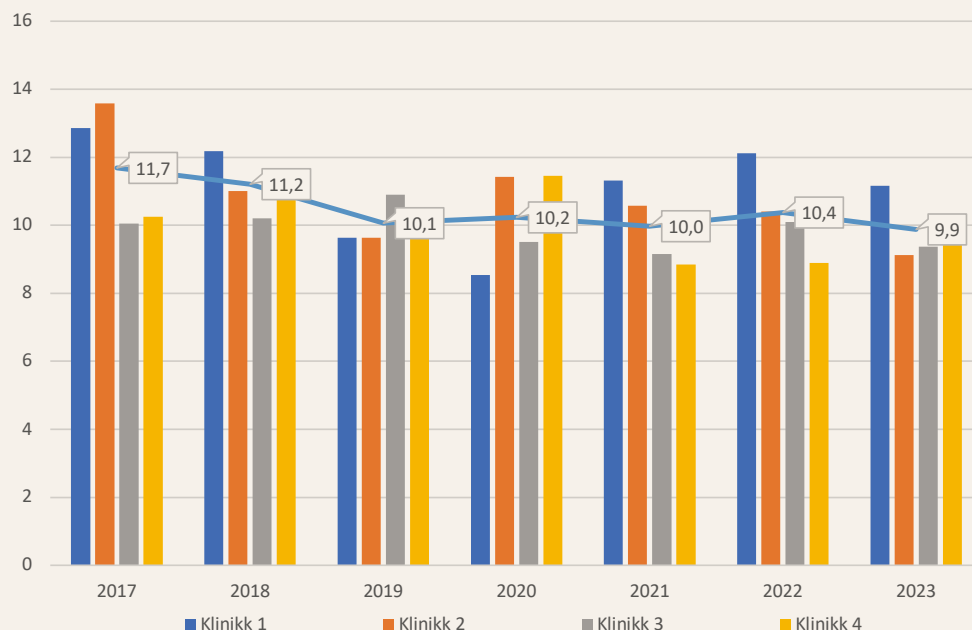


Merknad. Blå strek tilsvarer gjennomsnittet av alle fire poliklinikkene.

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient med PTSD som hoveddiagnose var omtrent tolv før implementeringen, i 2017. Etter implementeringen, i 2023, var antallet omtrent ti. I gjennomsnitt var det altså to færre konsultasjoner per pasient etter implementeringsperioden sammenlignet med før (figur 3).

FIGUR 3

Antall konsultasjoner per pasient med PTSD som hoveddiagnose



Merknad. Blå strek tilsvarende gjennomsnittet av alle fire poliklinikkene.

Diskusjon

Erfaringene med systematisk implementering i Helse Nord-Trøndelag (HNT) var samlet sett positive. HNT opprettet samhandlingsmøter for lederne på tvers av poliklinikkene, hvilket bidro til felles implementeringsmål og problemløsning. Veiledning fra NKVTS ble oppfattet som en god støtte i implementeringsprosessen. Erfaringene samsvarer med en tidligere studie (Borge et al., 2022). Den fant at samarbeid mellom ledere på tvers av klinikker samt støtte fra NKVTS, ble løftet frem som viktige suksessfaktorer. HNT organiserte også fagforum og kollegaveiledning på tvers av allmennseksjonene. Dette gjorde terapeutene mer engasjerte i behandlingsmetodene. Slike tilrettelegginger i terapeutenes arbeidshverdag bidrar til bedre læring og bruk av behandlingsmetodene (Egeland et al., 2022).

HNT innførte systematisk kartlegging med TRAPS på alle pasienter i basisutredningen. Dette kan ha bidratt til at andelen av pasienter med PTSD-diagnose var på 12–13 % under implementeringsperioden (2020–2021) sammenlignet med perioden før (8 %) og etter (10 %). Før implementeringen var basiskartleggingen av traumehendelser basert på anamnese og M.I.N.I. Disse verktøyene gir ikke en grundig nok kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser (Egeland & Bækkelund, 2021). Dermed ble trolig færre pasienter med PTSD fanget opp da som i perioden etter at TRAPS ble tatt i bruk. Det at andel pasienter med PTSD-diagnose gikk noe opp i den aktive implementeringsfasen, og deretter noe ned i etterkant, kan tolkes positivt, forutsatt at den systematiske kartleggingen med TRAPS fortsatte. Ved å ta i bruk TRAPS kan diagnostiseringen av PTSD ha blitt mer nøyaktig, for eksempel ved å bedre skille PTSD fra andre traumerelaterte vansker. Lederne erfarte også at den systematiske implementeringen av TRAPS hjalp dem å lage utredningsrutiner som resulterte i mer nøyaktig fordeling av pasienter. Når det er sagt, skal kartleggingsverktøy alltid brukes sammen med andre opplysninger i en større helhetsvurdering. Målet er mest mulig nøyaktig diagnostisering, slik

at pasientene får riktig behandling for vanskene sine. Selv om det ble innført systematisk kartlegging, kan hvor stor andel av pasientene som ble diagnostisert med PTSD også ha hatt sammenheng med andre faktorer. Aktivitetsdata fra Helsedirektoratet (2022) viser en økning på 5 % i polikliniske kontakter under covid-pandemien i Helse Midt-Norge, parallelt med implementeringen. Vi vet også at det var en økning av vold i nære relasjoner under covid (Nesset et al., 2021), noe som kan ha bidratt til en økning i PTSD.

Siden vi kun har virksomhetstall fra fire allmennpoliklinikker, er datamaterialet for lite til å undersøke om det har vært statistisk signifikant økning i diagnoser eller forskjeller mellom poliklinikkene. Ettersom det heller ikke finnes sammenlignbare tall på hvor mange pasienter i en klinisk populasjon som har PTSD, kan vi ikke konkludere med om det kan ha vært en over- eller underdiagnostisering i vår studie. Derfor kan vi verken bekrefte eller avkrefte ansattes bekymringer om hvorvidt PTSD ble en «trenddiagnose» ved innføring av TRAPS.

Datamaterialet kan likevel ha stor klinisk nytteverdi for helseforetaket og poliklinikkene når det gjelder å følge med på om andelen pasienter diagnostisert med PTSD endrer seg. Det er for eksempel interessant at andelen kan ha gått *ned* etter den aktive implementeringsperioden. Poliklinikker som gjennomfører lignende implementering, bør undersøke om det samme skjer hos dem. Det bør også vurderes om dette har sammenheng med endringer i rutiner for utredning (pasientene fanges ikke godt nok opp), utskiftning i ledelse og ansatte (færre terapeuter med spesifikk kompetanse) eller endringer i pasientpopulasjon (færre pasienter med PTSD-diagnose).

Andel konsultasjoner som ble gitt til pasienter diagnostisert med PTSD, var 12–13 % i implementeringsperioden og 12 % i etterkant. Til sammenligning var denne andelen på 10 % i forkant av implementeringen. Forskjellen i andel konsultasjoner kan ha sammenheng med at flere pasienter fikk en PTSD-diagnose i implementeringsfasen. I poliklinikkene som hadde høy utskiftning av terapeuter, ble det krevende å tilby EMDR og CT-PTSD til alle pasienter med PTSD-diagnose. Høy utskiftning i personalet kan påvirke både utredningsrutiner, bruk av kartleggingsverktøy og behandlingstilbudet. Utskifting trekkes frem som en av de store truslene for å kunne opprettholde behandlingstilbudet (Egeland et al., 2022).

Selv om det kan se ut som at flere ble diagnostisert med PTSD i implementeringsperioden, økte ikke antall konsultasjoner per pasient. Tallene er imidlertid for små til å konkludere med at bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder bidro til at antallet konsultasjoner per pasient ble statistisk signifikant redusert som følge av implementeringen. Det foreligger heller ikke et system for å registrere hvilke behandlingsmetoder som faktisk brukes i behandling. Innholdet i konsultasjonene er derfor ukjent. Hvor mange konsultasjoner et pasientforløp består av, bør også sees opp mot om pasientene opplever bedring

(bedringsutfall) for å vurdere om dette er en positiv utvikling i ressursbruk (Egeland et al., 2022; Riksrevisjonen, 2021). Samlet sett er det krevende for helseforetakene å følge med på om bruk av kunnskapsbaserte behandlingsmetoder økte på grunn av implementeringen, om disse metodene opprettholdes i tjenestene, og hvordan bruken eventuelt påvirker behandling utfall.

Svakheter med studien

Utvalget av allmennpoliklinikker i studien er lite og representerer kun ett helseforetak. Virksomhetsdata gir ikke godt nok grunnlag til å gjennomføre statistiske analyser for å undersøke endring over tid. Dermed kan vi heller ikke trekke slutninger om det var statistisk signifikante endringer i behandlingstilbudet før og etter implementeringen. Vi hentet ledernes erfaringer fra kun en av de fire allmennpoliklinikklederne som da representerte HNT. Erfaringene baserer seg på kontinuerlige samhandlingsmøter mellom de fire klinikklederne gjennom hele implementeringsperioden, samt dialog og erfaringsutveksling underveis i skriveprosessen. Det er likevel en risiko for at viktige perspektiver fra de andre klinikkene ikke ble belyst.

Implikasjoner

Erfaringene fra HNT gir et praktisk eksempel på implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD. De kan brukes som inspirasjon for fremtidige implementeringer, både i andre deler av helsevesenet og andre kunnskapsbaserte praksiser. Til tross for begrensninger i datamaterialet kan virksomhetsdata ha stor klinisk nytteverdi for helseforetaket og poliklinikkene i arbeid med kvalitetsforbedring. Studien bidrar videre til å gi et datagrunnlag for andel av pasienter med PTSD-diagnose i psykisk helsevern for voksne i et av Norges helseforetak. Fremtidige studier bør undersøke denne andelen på nasjonalt nivå, samt endringer over tid. Vi anbefaler også helseforetak å legge til rette for å undersøke hvilke og hvor mye ulike behandlingsmetoder blir brukt, om pasientens symptomer blir bedre som følge av behandlingsmetodene, samt behandlingens lengde. Slik informasjon kan være nyttig for å vurdere kostnadseffektivitet i tjenestene og for å sikre at tjenestene tilbyr god og effektiv behandling til pasientene. 🧠

REFERANSER

- Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Farahnak, L. R. & Sklar, M. (2014). Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. *Annual Review of Public Health*, 35, 255–274. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182447>
- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., Monson, C. M., Olff, M., Pilling, S., Riggs, D. S., Roberts, N. P. & Shapiro, F. (2019). The International Society for Traumatic Stress Studies New Guidelines for the Prevention and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Methodology and Development Process. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 475–483. <https://doi.org/10.1002/jts.22421>
- Borge, R. H., Egeland, K. M., Aarons, G. A., Ehrhart, M. G., Sklar, M. & Skar, A.-M. S. (2022). «Change Doesn't Happen by Itself»: A Thematic Analysis of First-Level Leaders' Experiences Participating in the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) Strategy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(5), 785–797. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01199-x>
- Bothe, T., Jacob, J., Kröger, C. & Walker, J. (2020). How expensive are post-traumatic stress disorders? Estimating incremental health care and economic costs on anonymised claims data. *The European Journal of Health Economics*, 21, 917–930. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01184-x>
- Bækkelund, H., Bergerud-Wichstrøm, M., Mørck, A., Endsjo, M. & Aareskjold, J. (2017). Implementering av kunnskapsbasert behandling av PTSD hos voksne i klinikk. Oppsummering av pilotprosjekt (Notat 1/2022). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/10/Notat_Implementering-av-kunnskapsbasert-behandling.pdf
- Bækkelund, H., Endsjo, M., Peters, N., Babaii, A. & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: Clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20088066.2022.2116827>
- Bækkelund, H., Karlstrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1859079. <https://doi.org/10.1080/20088198.2020.1859079>
- Egeland, K. & Bækkelund, H. (2021, 10. juni). Hvorfor bør alle pasienter i DPS kartlegges for traumer? Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/aktuelt/hvorfor-bor-alle-pasienter-i-dps-kartlegges-for-traumer/#:~:text=%C3%85%20sp%C3%B8rre%20direkte%20om%20traume-ne,men%20som%20ikke%20har%20PTSD.>
- Egeland, K., Endsjo, M., Lauvik, E. H., Peters, N., Babaii, A. & Bækkelund, H. (2019). Nytt kartleggingsverktøy for traumer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(7). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0161>
- Egeland, K., Skar, A. M. S., Babaii, A., Borge, R. H., Braathu, N., Bækkelund, H., Endsjo, M., Granly, L., Hansen, K. S., Husebø, G. K. & Peters, N. (2022). Implementering av traumebehandling i spesialisthelsetjenesten: En nasjonal implementering av behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) for barn og voksne (Rapport 1/2022). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2022/06/NKVTS_Rapport_1-22_LOCI_Implementering.pdf
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehrhart, M., Aarons, G. A. & Farahnak, L. R. (2014). Assessing the organizational context for EBP implementation: The development and validity testing of the Implementation Climate Scale (ICS). *Implementation Science*, 9, 157. <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0157-1>
- Finch, J., Ford, C., Grainger, L. & Meiser-Stedman, R. (2020). A systematic review of the clinician related barriers and facilitators to the use of evidence-informed interventions for post traumatic stress. *Journal of Affective Disorders*, 263, 175–186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.143>
- Gagnon-Sanschagrin, P., Schein, J., Urganus, A., Serra, E., Liang, Y., Musingarimi, P., Cloutier, M., Guérin, A. & Davis, L. L. (2022). Identifying individuals with undiagnosed post-traumatic stress disorder in a large United States civilian population – a machine learning approach. *BMC Psychiatry*, 22(1), 630. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04267-6>
- Helsedirektoratet. (2015). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helsedirektoratet. (2022). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021. <https://www.fhi.no/contentassets/17839cfed7ff4d899add-2bf4ad71442f/aktivitet-i-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-2021.pdf>
- Holbæk, I. (2014). *Tilbake til nåtid: En manual for håndtering av traumereaksjoner* (2. utg.). Modum Bad – Gordon Johnsens Stiftelse, Samlivssenteret.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.01609.606.x>
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F. & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Leiknes, K. A., Malt, U., Malt, E. A. & Leganger, S. (2005). Mini internasjonalt neuropsykiatriskintervju. Norsk versjon 5.0.o.DSM-IV. Universitetet i Oslo. <https://www.uio.no/studier/emner/sv/psykologi/PSYC4300/v19/pensumliste/mini-plussnor2005-1-1.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE guideline NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Neset, M. B., Gudde, C. B., Mentzoni, G. E. & Palmstierna, T. (2021). Intimate partner violence during COVID-19 lockdown in Norway: The increase of police reports. *BMC Public Health*, 21(1), 2292. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12408-x>
- Riksrevisjonen. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester* (Dokument 3:13). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>
- Rosen, C. S., Matthieu, M. M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J. M., Landes, S., Bernardy, N. C., Chard, K. M., Crowley, J., Eftekhari, A., Finley, E. P., Hamblen, J. L., Harik, J. M., Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Osei-Bonsu, P. E., Rodriguez, A. L., Ruggiero, K. J., Ruzek, J. I., Smith, B. N., Trent, L. & Watts, B. V. (2016). A Review of Studies on the System-Wide Implementation of Evidence-Based Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health Services Research*, 43(6), 957–977. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Shapiro, F. & Forrest, M. S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma* (Updated edition). Basic Books.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22–57.
- Skar, A.-M. S., Braathu, N., Peters, N., Bækkelund, H., Endsjo, M., Babaii, A., Borge, R. H., Wentzel-Larsen, T., Ehrhart, M., Sklar, M., Brown, C. H., Aarons, G. & Egeland, K. M. (2022). A stepped-wedge randomized trial investigating the effect of the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) intervention on implementation and transformational leadership, and implementation climate. *BMC Health Services Research*, 22(298), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07539-9>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Tully, J., Bhugra, D., Lewis, S. J., Drennan, G. & Markham, S. (2021). Is PTSD overdiagnosed? *BMJ*, 372, n787. <https://doi.org/10.1136/bmj.n787>
- Verdens helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (Blåboka). Direktoratet for e-helse. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>

ORIGINALARTIKKEL

Ragnhild Bjørknes

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest); Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

Merete Saus

Institutt for lærerutdanning og pedagogikk, UiT Norges arktiske universitet

Pål Wessel

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU NORD),
UiT Norges arktiske universitet

June T. Forsberg

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU NORD), UiT Norges arktiske universitet

Simon-Peter Neumer

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør

Lene-Mari Potulski Rasmussen

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU NORD),
UiT Norges arktiske universitet

Elfrid Krossbakken

Spisskompetansemiljø foreldrestøtte og forebygging, Bufetat region Sør

Marcela Douglas Aranibar

Senter for fredsstudier/ UiT Norges arktiske universitet

Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress – en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina

Sammendrag

Introduksjonsprogrammet er et obligatorisk opplæringsprogram som tilbys alle nyankomne flyktninger til Norge. Programmet inkluderer bl.a. samfunns- og språkopplæring og foreldreveiledning. I 2023 fikk kommunene tillatelse til å tilpasse og forkorte foreldreveiledningen for ukrainske flyktninger på grunn av kapasitetshensyn. For å gjennomføre velinformerte tilpasninger av foreldreveiledningen har kommunene behov for mer informasjon om de spesifikke behovene til foreldre fra Ukraina. Målet med studien var å fremskaffe kunnskap som kan hjelpe beslutningstagere i videre planlegging og tilpasning av sosial- og helsetjenesten, ved å se på levekår, emosjonelle plager, foreldrestress og resiliens hos ukrainske flyktningfamilier. Deltagere var familier med barn i alderen 6–12 år fra syv ulike kommuner som besvarte et elektronisk spørreskjema som inkluderte Hopkins Symptom Checklist (kortversjon), Resilience Scale for Adolescents og Parenting Stress Index (kortversjon). Vi fant at flyktninger fra Ukraina hadde betydelig lave økonomiske levekår, og at 26 % av utvalget rapporterte symptomer på angst og depresjon. Til tross for symptomnivået rapporterte foreldrene høye sosiale ressurser, familiesamhold og lave nivåer av foreldrestress. Det er imidlertid viktig å merke seg at psykiske vansker og økt foreldrestress kan dukke opp etter en viss periode etter flukt til og bosetting i Norge, og at dårlige økonomiske forhold kan forsterke disse bekymringene.

SITER ARTIKKELEN:

Bjørknes, R., Forsberg, J. T., Krossbakken, E., Saus, M., Neumer, S., Aranibar, M. D., Wessel, P. & Rasmussen, L. P. (2024). Levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress – en kartlegging av flyktningfamilier fra Ukraina. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11).
<https://doi.org/10.52734/DKGB4796>

KONTAKT ragnhild.bjorknes@nubu.no

MERKNAD Arbeidet med studien ble støttet av prosjektmidler fra Kavlifondet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

FAGFELLEVRURT

Etter Russland invaderte Ukraina i februar 2022, har over 8 millioner mennesker blitt drevet på flukt. I 2022 og 2023 ble det bosatt omtrent 65 000 flyktninger i Norge, og foreløpig estimat for 2024 er rundt 37 000 (IMDi, 2023a; Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2024). I Norge har alle flyktninger mellom 18–55 år rett og plikt til å gjennomføre introduksjonsprogrammet (Integreringsloven, 2020), og mens de gjennomfører programmet, mottar flyktningene økonomisk stønad. Innholdet i introduksjonsprogrammet legger til rette for at de nyankomne får norsk samfunns- og språkopplæring, evne til livsmestring og deltakelse i norsk arbeids- og samfunnsliv. Siden 2021 har det også vært obligatorisk å delta i foreldreveiledning (IMDI, 2023b). I juni 2023 ble det vedtatt at kommunene kan korte introduksjonsprogrammet for ukrainerne betydelig ned, som følge av kapasitetshensyn (Endring i integreringsforskriften, 2023, §3). For å kunne gjøre forsvarlige tilpasninger i tjenestene trengs det blant annet mer informasjon om behovene til de ukrainske foreldrene. Denne artikkelen tar sikte på å bidra med kunnskap som kan informere beslutningstakere i planleggingen de må gjøre for å tilpasse de kommunale tjenestene, når det gjelder endringer i tilbudet om foreldreveiledning.

Det overordnede formålet med foreldreveiledning i introduksjonsprogrammet er forebyggende. Begrunnelsen er ifølge IMDI (2023c) at veiledningen skal bidra til å skape trygge foreldre som kan gi barna en god oppvekst, fremme integrering i Norge, styrke relasjonen mellom foreldrene og deres relasjon til barna, samt bidra med kunnskap om hvordan det er å være foreldre i Norge, og hvilke tilbud de kan benytte seg av. Veiledningen skal legge vekt på barns oppvekstvilkår gjennom å gi informasjon og støtte til foreldrene for å styrke dem i foreldrerollen i en norsk kontekst. Et annet formål med foreldreveiledningen er å tilpasse tilbudet til familier som har behov for ytterligere støttende tiltak, eller trenger hjelp til å få kontakt med andre tjenester som for eksempel psykisk helsevern (IMDI, 2023c). Innholdet i foreldreveiledningen skal dekke temaer som barnets behov og positivt samspill mellom barn og foreldre, og gi informasjon om plikter og rettigheter man har som foreldre i Norge (IMDi, 2021). De foreldreveiledningsprogrammene som benyttes i dag, holdes innenfor rammen av 8–12 møter, programmene er kunnskapsbaserte og har vist seg nyttige (Bjørknes & Manger, 2013; Brekke et al., 2023; Hamari et al., 2022; Leijten, et al., 2017; Sigmarsdóttir et al., 2023). Forskning på innvandrersfamilier i Norge viser at de foreldrene som deltar på mer enn 9 av 18 foreldreveiledningsmøter, får mer utbytte av veiledningen (Bjørknes & Manger, 2013).

Begrunnelsen for å gi foreldreveiledningen bygger på ulike teoretiske modeller, blant annet familiestressmodellen (Masarik & Conger, 2017). Modellen viser hvordan

ulike stressfaktorer setter både foreldre og barn i fare for psykiske og relasjonelle problemer. Stressfaktorer kan være tidligere traumatiske og vanskelige opplevelser eller nåværende akkulturasjonsbelastninger, men også dårlige levekår og foreldrestress (Abidin, 2012; Bøe et al., 2014; Javanbakht et al., 2018; Masarik & Conger, 2017). Foreldrestress er opplevd diskrepans mellom kravene til foreldrerollen og tilgjengelige personlige ressurser, og kan påvirkes av dårlige levekår (Abidin, 2012; Deater-Deckard, 1998). Til sammen og over tid kan slike stressfaktorer ha negativ påvirkning på foreldre og barns samhandling og føre til dårligere omsorgskapasitet hos foreldrene (Deater-Deckard, 1998; Masarik & Conger, 2017). Familiestressmodellen synliggjør betydningen av å iverksette tiltak tidlig for å styrke foreldres omsorgsevne og ferdigheter, men også styrke beskyttende faktorer som resiliens. Resiliens omhandler både personlige evner og kompetanse, sosiale ressurser og familiesamhörighet, og kan bidra til å moderere negative konsekvenser av stressfaktorene (Hjemdal et al., 2006; Masarik & Conger, 2017).

Med dette som teoretisk forståelse har vi søkt etter forskning på flyktninger fra Ukraina. Det har i liten grad vært tid til å gjennomføre studier av flyktninger fra Ukraina sine behov for foreldrestøttende tiltak eller psykisk helsehjelp. En undersøkelse fra Norge som det er verdt å merke seg, ble gjennomført med 731 respondenter i alderen 18–70 år (Labberton et al., 2023). I undersøkelsen rapporterte 31,7 % av respondentene psykiske plager som angst og depresjon (gjennomsnittsskår på HSCL-5 score > 2). Til sammenligning rapporterte 11,2 % av den norske respondentgruppen i undersøkelsen det samme symptomtrykket for angst og depresjon. I tillegg oppga 58 % av ukrainske flyktninger å ha langvarige sykdommer eller helseproblemer. Undersøkelsen viste også at det var et behov for mer informasjon om helsetjenester blant flyktningene.

En annen undersøkelse fra Tyskland viser at voksne flyktninger rapporterer høy forekomst av psykiske helseproblemer, der 46 % av de kvinnelige flyktningene hadde psykiske plager, mens 20 % av de mannlige deltakerne rapporterte det samme (Buchcik, Kovach & Adedeji, 2023). En samlet oversikt fra 12 europeiske land rapporterer at 95 % av ukrainske flyktninger (gj.alder = 43 år, 88 % kvinner) har følt seg engstelige, og nesten halvparten beskrev at de hadde opplevd angst hver dag de siste to ukene (Head et al., 2022). I en undersøkelse fra Polen beskrev voksne flyktninger fra Ukraina (81 % kvinner) at stress og negative følelser forårsaket vanskeligheter med deres daglige funksjon, og mer enn halvparten rapporterte at de ville ha nytte av psykisk helsestøtte (Chudzicka-Czupala et al., 2023). Flere land rapporterer om høy forekomst av emosjonelle plager, og flere peker på at det er et gap mellom behovene og tjenestene (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Kaufman, et al., 2022; Head et al., 2022).

Vi har ikke funnet studier som har sett spesielt på levekår, foreldrestress, resiliens eller andre sider ved omsorgsrollen for familier fra Ukraina. Det er med andre ord et kunnskapshull som bør dekkes slik at tjenestene kan utarbeide hensiktsmessige tilpasninger i foreldreveiledningstilbudet.

PIRM-studien

Supported Parenting Interventions for Families with Refugee Background (PIRM-studien) er et nasjonalt prosjekt som undersøker effekten av foreldreveiledning med De Utrolige Årene (DUÅ) og International Child Development Program (ICDP) for familier med flyktningbakgrunn i Norge (Patras et al., 2021). PIRM-studien var allerede igangsatt da Russland invaderte Ukraina, og inkluderte for det meste flyktninger fra Syria, Eritrea, DR Kongo og Sudan. Da tilflukten fra Ukraina ble en realitet, ble flyktningene fra disse landområdene invitert inn i studien. Nå er flyktninger fra Ukraina majoriteten av deltakerne i prosjektet. Denne artikkelen er basert kun på inntaksdata på familier fra Ukraina som flyktet til Norge i perioden fra august 2022 til mars 2023. Vi ønsker her å bidra med kunnskap som kan informere beslutningstakere i planlegging og gjennomføring av videre tilpasninger i tjenestene. Problemstillinger som involverer hele utvalget i PIRM-studien og inkluderer flere flyktninggrupper, behandles i artikler som er under arbeid.

Her undersøkes familier med barn i alderen 6 til 12 år som har flyktet fra Ukraina til Norge. Vi har undersøkt:

- Hva er familienes levekår?
- Hva er omfanget av emosjonelle plager hos foreldrene, definert som symptomer på depresjon og angst?
- Hva er omfanget av resiliens hos foreldrene, definert som personlig kompetanse, sosial kompetanse, sosiale ressurser, familiesamhørighet og personlig struktur?
- Hva er omfanget av foreldrestress, definert som opplevd diskrepans mellom kravene til foreldrerollen og tilgjengelige personlige ressurser?
- Hva er korrelasjonen mellom levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress?

Metode

Rekruttering og prosedyre

Deltakerne er nyankomme flyktninger fra Ukraina. De ble rekruttert til å delta i forskning på foreldreveiled-

ning gjennom flyktningtjenester og andre velferdstjenester i kommunen de bor i. Foreldreveiledningsprogrammene hadde som målgruppe at familiene hadde med barn i alderen 6–12 år. Rekrutteringen av deltakere og innsamlingen av data foregikk i tidsrommet august 2022 til mars 2023 i syv forskjellige kommuner spredt over ulike deler av landet. Ansatte i kommunen gav informasjon om studien, enten alene eller sammen med representanter fra studien, sammen med en tolk eller annen språkstøtte. Kommunene registrerte i en rekrutteringsprotokoll hvor mange familier de hadde spurt om å delta. Ut ifra rekrutteringsprotokollene kan vi se at ca. 52 % av alle de forespurte familiene valgte å delta i studien. Etter informert samtykke var innhentet, mottok deltakerne et elektronisk spørreskjema. Dersom noen hadde behov for hjelp til å lese informasjonsbrevet, åpne det elektroniske spørreskjemaet eller trengte mer informasjon om studien, kunne de få hjelp av kommunen eller en forskningskoordinator fra hovedstudien. De som hadde behov for tolk/språkassistanse for utfylling av spørreskjema, fikk tilbud om det.

Etikk

Studien er godkjent av Regional etisk komité Nord (2019/1116) og Norsk senter for forskningsdata (prosjektnummer: 358896).

Måleinstrumenter

Demografi og levekårsspørsmål. Vi innhentet ulike bakgrunnsvariabler, blant annet alder, kjønn og utdanning. Vi stilte også noen spørsmål knyttet til levekår, eksempelvis «Hvor ofte hender det at du ikke har råd til mat?», «Hvor ofte hender det at du ikke har råd til helsetjenester og medisin?», «Hvor ofte hender det at du ikke har råd til klær?», og «Hvor ofte hender det at du/dere ikke har råd til fritidsutstyr og fornøyerse?». Levekårsspørsmålene ble besvart på følgende firedelte skala: 1 (*Aldri*), 2 (*Av og til*), 3 (*Ofte, men ikke hver måned*) og 4 (*Hver måned*). Når det gjaldt spørsmål knyttet til barna, besvarte deltakerne for det eldste barnet mellom 6 og 12 år.

Symptomer på emosjonelle plager. En kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (HSCL; (Strand et al., 2003) ble brukt til å måle symptomer på angst (ledd 1–4) og depresjon (ledd 5–10). Måleinstrumentet består av 10 spørsmål som besvares på en firedelt skala fra 1 (*Ikke plaget*) til 4 (*Veldig mye*). Eksempler på spørsmål er «Plutselig frykt uten grunn», «Følelse at alt er et slit». Vi kalkulerte en gjennomsnittsskår, hvor høy skår indikerer høyere grad av psykisk uhelse og skårer over en terskelverdi på 1.85 indikerer symptomer på emosjonelle plager (Strand et al., 2003). Omega for de to underskalaene var henholdsvis $\omega = .59$ for angst og $\omega = .75$ for depresjon. Indre konsistens for hele skalaen, $\omega = .82$.

Resiliens. Måleinstrumentet som ble brukt, var Resilience Scale for Adolescents (READ) (Hjemdal et al., 2006). READ kan benyttes på tvers av ungdom og voksne da den måler de samme begrepene og har lik faktorstruktur som skalaen utviklet for voksne (Hjemdal et al., 2006). READ består av 28 påstander, fordelt på fem underskalaer: personlig kompetanse, sosial kompetanse, sosiale ressurser, familiesamhørighet og personlig struktur, som alle besvares på en femdelt skala fra 1 (Helt uenig) til 5 (Helt enig). Eksempler på påstander innenfor hver underskala er «Jeg kommer i mål dersom jeg står på» og «Jeg er fornøyd med livet mitt til nå» (personlig kompetanse), «Jeg får lett andre til å trives sammen med meg» og «Jeg har lett for å finne nye venner» (sosial kompetanse), «Jeg har venner/familiemedlemmer som pleier å oppmuntre meg» og «Jeg har noen nære venner/familiemedlemmer som virkelig bryr seg om meg» (sosiale ressurser), «I min familie er vi enige om hva som er viktig i livet» og «Jeg trives godt i familien min» (familiesamhørighet), «Jeg fungerer best når jeg lager meg klare mål» og «Jeg legger alltid en plan før jeg begynner med noe nytt» (personlig struktur). Omega = 0.89 for hele skalaen. (Omega for delskalene var henholdsvis: «personlig kompetanse» $\omega = .66$, «sosial kompetanse» $\omega = .73$, «sosiale ressurser» $\omega = .81$, «familiesamhørighet» $\omega = .72$, og «personlig struktur» $\omega = .46$).

Foreldrestress. Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF; Abidin, 2012) ble brukt for å måle selvrapportert foreldrestress. PSI-SF er et verktøy som måler nivået av stress foreldre opplever i deres rolle som omsorgspersoner. Den gir en metode for å kvantifisere og evaluere den følte belastningen foreldre opplever i oppdragelsen av sine barn. Instrumentet består av 36 spørsmål, og besvares på en femdelt skala fra 1 (Helt enig) til 5 (Helt uenig). Eksempel på påstander er «Iblant gjør barnet mitt ting som plager meg, bare for å være slem», «Jeg føler meg fanget av mitt ansvar som forelder», «Jeg hadde forventet å ha sterkere, varmere følelser for barnet mitt enn jeg har, og dette bekymrer meg».

Foreldrene vurderer både seg selv og barnet, og skalaen er delt i tre underskalaer: Foreldrebelastninger, Foreldre-barns dysfunksjonelle samhandling, Temperament og atferds- karakteristikk hos barnet. Alle testleddene (unntatt testledd 22 og 33) ble reversert, og svarene oppsummeres i en total skår for stress, hvor en høy skår betyr høyere grad av foreldrestress. Basert på amerikanske normer vil en total skår over 110 anses som en høy skår, og skårer over 114 indikerer en høy grad av foreldrestress (Abidin, 2012). Omega for skalaen Foreldrebelastning var $\omega = 0.86$, Foreldre-barns dysfunksjonelle samhandling $\omega = .99$, og Temperament og atferdskarakteristikk hos barnet $\omega = .98$.

Oversettelse av instrumenter

Da de første ukrainske flyktningene kom til Norge i februar 2022, ble det bestemt at de kunne inkluderes i PIRM-studien. Dette var en språkgruppe som ikke var inkludert tidligere. Det viste seg at to av instrumentene som benyttes i hovedstudien, var oversatt til russisk, og de to tilgjengelige russiskoversatte instrumentene (bl.a. PSI), som var kvalitetssikret av rettighetsinnehaver (PAR), ble brukt. For de resterende instrumentene (HSCL-10 og READ) ble det valgt å følge prosedyrer for frem- og tilbake-oversettelser (World Health Organization, 2009; Wild et al., 2005). Det innebærer at originalversjonen av instrumentene ble oversatt separat av to personer, som deretter møttes for å gjennomgå eventuelle uenigheter, og jobbet frem en samlet oversatt versjon. Denne versjonen ble oversatt tilbake av en tredje person, og eventuelle forskjeller mellom de to versjonene ble deretter gjennomgått av forskningsteamet.

Analyser

Statistiske analyser ble utført i SPSS Version 29. McDonalds Omega ble benyttet som mål på indre konsistens basert på dens robusthet, hvor akseptabel verdi regnes for å være 0.70 eller høyere (Stensen & Lydersen, 2022). Vi gjennomførte deskriptive analyser og beregnet gjennomsnitt, standardavvik og frekvens for hele utvalget på de ulike skalaene. Vi undersøkte også om det var forskjell mellom kvinner og menn ved bruk av T-test. Sammenhengen mellom foreldrestress, emosjonelle plager, levekårsutfordringer og resiliens ble undersøkt gjennom å bruke Pearsons r .

Resultater

Av de ukrainske foreldrene ($N = 98$, 76,5 % mødre) er det 18 familier med svar fra både mor og far. De fleste respondenter var gift (66,3 %), hvorav halvparten (50,0 %) bor sammen med sin partner. Omtrent en femtedel oppgir at de er skilt. Blant respondentene som var skilt/singel/ugift, var det kun kvinner. Seks av deltakerne ønsket ikke å oppgi sin sivile status. Alle unntatt to oppgir at de har utdanning, hvor 72,0 % rapporterer å ha en utdanning tilsvarende bachelornivå eller høyere. Majoriteten av deltakerne (81,6 %) oppgir at de er fulltidsdeltakere i introduksjonsprogrammet. Av de som har svart ($N = 97$), oppgir 94,9 % at de har vært i Norge i underkant av 1 år. De har en gjennomsnittlig alder på 39,8 år ($SA = 6.4$), og de aller fleste (90 %) oppgir at de har mellom 1 til 3 barn. Når det gjelder barna foreldrene har rapportert på i tilknytning til studien, er det en liten overvekt av gutter (60,2 %). Barna i dette utvalget er mellom 9 og 12 år, med en gjennomsnittsalder på 9,3 år ($SA = 1.9$). Dette barnet er det eldste barnet i hver familie. Se Tabell 1.

TABELL 1

Karakteristikk ved utvalget

	N (%)	G (SA)
Kjønn		
Kvinner	75 (76.5)	
Menn	23 (23.5)	
Alder		39.8 (6.4)
Sivil status		
Gift og bor sammen	49 (50.0)	
Gift, men bor ikke sammen	16 (16.3)	
Skilt	16 (16.3)	
Singel/ugift	11 (11.9)	
Utdanning		
Grunnskole (9 år eller mindre)	2 (2.0)	
Videregående (10 - 12 år)	23 (23.5)	
Høyere utdanning inntil 3 år (bachelorgrad e.l.)	45 (45.5)	
Høyere utdanning mer enn 3 år (mastergrad, ph.d. e.l.)	26 (26.5)	
Jobbstatus		
Fulltid introduksjonsprogrammet	80 (81.6)	
Heltids-/deltidsansatt/jobbsøker	4 (4.1)	
Sykemeldt/permisjon	1 (1.0)	
Pensjonert/ufør	4 (4.1)	
Hjemmeværende	4 (4.1)	
Student	2 (2.0)	
Annet	2 (2.0)	
Barnets kjønn		
Jente	39 (39.8)	
Gutt	59 (60.2)	
Barnets alder		9.3 (1.9)
Antall søsken		2.2 (1.4)

Merknad. N = antall deltagere. G = gjennomsnitt og SA= standardavvik

Levekår

I utvalget rapporterer 25,5 % at de ofte eller hver måned ikke har råd til mat, hvor 16,3 % av foreldrene hver måned ikke har råd til mat. Når det gjelder råd til helsetjenester og medisiner, oppgir 41,8 % at de aldri har økonomiske vansker med å skaffe dette. På den andre siden rapporterer 18,4 % av foreldrene at de ofte eller hver måned ikke har råd til helsetjenester og medisiner. Over halvparten av foreldrene (54,1 %) oppgir at de noen ganger ikke har råd til nye klær, hvor 22,5 % rapporterer at dette inntreffer ofte eller hver måned. Se Tabell 2.

TABELL 2

Levekår

	Aldri	Av og til	Ofte, men ikke hver md.	Hver md.
Ikke råd til mat	52 (53.1 %)	20 (20.4 %)	9 (9.2 %)	16 (16.3 %)
Ikke har råd til helsetjenester/medisiner?	41 (41.8 %)	37 (37.8 %)	13 (13.3 %)	5 (5.1 %)
Ikke har råd til klær?	21 (21.4 %)	53 (54.1 %)	14 (14.3 %)	8 (8.2 %)
Ikke har råd til fritidsutstyr og fornøyerse?	17 (17.3 %)	46 (46.9 %)	17 (17.3 %)	15 (15.3 %)

Symptomer på emosjonelle plager

I gjennomsnitt skårer de ukrainske foreldrene 1.59 ($SA = 0.41$) på totalskalaen til HSCL-10, hvor 26 % av foreldrene rapporterer over terskelverdien på 1.85, som indikerer symptomer på emosjonelle helseplager. Kvinner rapporterer noe høyere skårer ($G = 1.67$, $SA = 0.40$) enn menn ($G = 1.31$, $SA = 0.29$). Resultatene viste også at denne forskjellen var statistisk signifikant $t(94) = 3.9$, $p < .001$. Hvis vi ser nærmere på underskalaene, skårer foreldrene $G = 1.48$ ($SA = 0.40$) på angstsymptomer og $G = 1.66$ ($SA = 0.46$) på symptomer på depresjon. Vi finner også en tilsvarende statistisk signifikant forskjell mellom kjønn på angstsymptomer $t(47) = 4.3$, $p < .001$, og depresjonssymptomer $t(94) = 3.6$, $p < .001$.

Kartlegging av resiliens

Grad av resiliens skåres gjennomgående høyt på alle underskalaene, med følgende gjennomsnittsskårer: Personlig kompetanse ($G = 4.0$, $SA = 0.48$), Sosial kompetanse ($G = 4.1$, $SA = 0.58$), Sosiale ressurser ($G = 4.3$, $SA = 0.62$), Familiesamhörighet ($G = 4.3$, $SA = 0.55$) og Personlig struktur ($G = 3.9$, $SA = 0.53$). Vi fant ingen kjønnsforskjeller på disse skalaene.

Kartlegging av foreldrestress

Foreldrene rapporterer i gjennomsnitt ($G = 72.7$, $SA = 17.3$) på totalskalaen til PSI-SF, hvor fedrene i dette utvalget skårer noe lavere ($G = 65.5$, $SA = 13.8$) enn mødrene ($G = 74.9$, $SA = 17.8$). Forskjellen mellom mødre og fedre er statistisk signifikant $t(93) = 2.3$, $p < .001$. Et fåtall av deltagerne (4 %) skårer over grenseverdien på 110. Se Tabell 3 for mer informasjon om de ulike måleinstrumentene.

TABELL 3

Gjennomsnitt og standardavvik for måleinstrumentene

	Totalt ($N = 98$)	Mødre ($n = 75$)	Fedre ($n = 23$)
	G (SA)	G (SA)	G (SA)
SCL-10 total	1.59 (.41)	1.67 (.40)	1.31 (.29)
Angst	1.48 (.40)	1.56 (.40)	1.23 (.29)
Depresjon	1.66 (.46)	1.75 (.46)	1.37 (.34)
READ			
Personlig kompetanse	4.0 (.48)	3.9 (.45)	4.1 (.52)
Sosial kompetanse	4.1 (.58)	4.1 (.55)	4.1 (.71)
Sosiale ressurser	4.3 (.62)	4.3 (.67)	4.4 (.38)
Familiesamhörighet	4.3 (.55)	4.3 (.54)	4.5 (.57)
Personlig struktur	3.9 (.53)	3.8 (.53)	4.1 (.50)
PSI-SF total	72.7 (17.3)	74.9 (17.8)	65.5 (13.8)

Merknad. Total $N = 98$. SCL-10 = Hopkins Symptom Checklist (SCL; Strand et al., 2003); READ = Resilience Scale for Adolescents (Hjemdal et al., 2006); PSI-SF = Parenting Stress Index-Short Form (Abidin, 2012). N = antall deltagere. G = gjennomsnitt og SA = standardavvik

Korrelasjon mellom levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress

Tabell 4 viser korrelasjoner mellom ulike variabler i studien. For foreldrestress og emosjonelle plager ble underskalaer summert opp og utgjør dermed en totalskår. Resultatene viste en statistisk signifikant sammenheng mellom foreldrestress og levekårsvariabelen «ikke råd til helsetjenester/medisiner» ($r = 0.25$, $p < .05$). Levekårsvariabelene «ikke råd til helsetjenester/medisiner», «ikke råd til nye klær» og «ikke råd til sportsutstyr/fritidsaktiviteter» viste alle statistisk signifikant moderat til sterk korrelasjon med hverandre. Videre fant vi at det var negativ sammenheng mellom foreldrestress og underskalaer på resiliens (hvilket betyr at når beskyttende faktorer øker, reduseres grad av foreldrestress eller motsatt), og tilsvarende statistisk signifikant negativ sammenheng mellom emosjonelle plager og «sosiale ressurser» ($r = -0.29$, $p < .05$). Analysene viste også en moderat positiv statistisk signifikant sammenheng mellom foreldrestress og emosjonelle plager ($r = 0.33$, $p < .01$).

TABELL 4

Korrelasjon mellom levekår emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ikke råd til mat	—									
2. Ikke råd til helsetjenester/medisiner	.38**	—								
3. Ikke råd til nye klær	.50**	.33**	—							
4. Ikke råd til sportsutstyr/fritidsaktiviteter	.33**	.67**	.62**	—						
5. SCL-10 Emosjonelle plager	-.14	.10	.06	.11	—					
6. READ personlig kompetanse	-.05	-.19	-.17	-.19	-.15	—				
7. READ Sosial kompetanse	-.16	-.10	-.06	0	-.05	.65**	—			
8. READ Personlig struktur	-.16	-.24*	-.25*	-.32**	-.20	.53**	.46**	—		
9. READ Familiesamhørighet	-.07	-.20	-.13	-.15	-.20	.44**	.54**	.41**	—	
10. READ Sosiale ressurser	-.01	-.15	-.12	-.12	-.29**	.42**	.53**	.38**	.68**	—
11. PSI-SF Foreldrestress	.10	.25*	.14	.1	.33**	-.41**	-.44**	-.48**	-.49**	-.48**

Merknad. *p < .05, **p < .01

Diskusjon

Dårlige levekår

Studien gir samlet sett et inntrykk av at mange familier lever i fattigdom. Nesten 50 % av foreldrene oppgir at de ikke har råd til mat (av og til/ofte/hver md.), og 16 % oppgir at dette skjer hver måned. Videre rapporterte 79 % at de ikke har hatt råd til helsetjenester og medisiner (av og til/ofte/hver md.). Det var videre en statistisk signifikant moderat til sterk korrelasjon mellom de fire levekårsindikatorene, altså henger indikatorene sammen med hverandre. Til kontrast er det anslått at 11,4 % av barn i Norge lever i familier med vedvarende lavinntekt (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2023).

De dårlige levekårene kan ha sammenheng med at om lag halvparten av foreldrene er eneforsørgere og har mellom ett–tre barn. Til sammenligning bor 14,2 % av barn i Norge i en husholdning med enslig forsørger (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2023). De aller fleste respondentene i studien svarer at de har inntekt kun gjennom deltagelse på introduksjonsprogrammet. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet oppgir at personer som deltar på introduksjonsprogrammet, får utbetalt omtrent 220 000 kroner i året (2024). Resten av utvalget i studien oppgir at de er sykemeldt, mottar en annen trygdeordning eller er jobbsøkende. Da omfanget av introduksjonsprogrammet er innskrenket til 6–12 måneder for ukrainske flyktninger, vil de fleste stå uten den inntektskilden i løpet av kort tid, og den trange økonomiske situasjonen kan bli enda dårligere. Disse dataene ble innhentet i august 2022 til mars 2023 rett før den nasjonale oppgangen av priser på mat og forbruksartikler. Vi mener at det er bekymringsfullt at introduksjonsprogrammet er kortet ned. Det kan bety at foreldrene må ut i lavt lønnede yrker før de er godt integrert i Norge, noe som ifølge Tyldum og Kjeøy (2023) kan være en fattigdomsfelle. Dette kan påvirke barna uheldig. Ifølge

familiestressmodellen skaper økonomiske vansker stressfaktorer som setter foreldre i fare for psykiske uhelse, som igjen kan påvirke deres foreldrestil (Cassells & Evans, 2017; Masarik & Conger, 2017).

Mer angst og depresjon

Til sammen 26 % av foreldrene rapporterer om symptomer på angst og depresjon innenfor klinisk område, noe som indikerer at foreldrene har utfordringer med emosjonelle plager i hverdagen og har behov for støtte eller behandling fra hjelpeapparatet. En annen undersøkelse fra Norge, gjennomført i samme tidsperiode, estimerer at om lag 37 % av ukrainske flyktninger i Norge har emosjonelle plager innenfor klinisk område (Labberton et al., 2023). Normdata på den norske befolkningen, samlet inn av Folkehelseinstituttet (FHI), viser at ca. 12 % har emosjonelle plager innenfor klinisk område (FHI, 2023a). Flyktninger er en heterogen gruppe som har ulike opplevelser og erfaring med krig og flukt, som påvirker sårbarhet for emosjonelle plager og behov for psykisk helsehjelp i etterkant (Hodes, 2023). Basert på kildene sitert over og andre kjente rapporter fra Norge mener vi det likevel er rimelig å anta at hjelpebehovet er større hos flyktninger fra Ukraina enn i den norske befolkningen ellers (Labberton et al., 2023; NKVTS, 2022). Antagelsen støttes i internasjonale studier som peker på et stort behov for psykisk helsehjelp for flyktninger fra Ukraina (Head et al., 2022; Kaufman et al., 2022).

Resiliens og lavt nivå av foreldrestress

Deltagerne i denne studien viser en sårbarhet for psykiske plager, samtidig viser mange at de er svært ressurssterke. Det illustreres gjennom høye skårer på resiliens (personlig struktur, familiesamhørighet, sosiale ressurser, personlig og sosial kompetanse) og et høyt utdanningsnivå. En systematisk kunnskapsoppsummering peker på at slike

beskyttende faktorer forebygger utvikling av psykisk uhelse på tvers av kulturer (Terrana & Al-Delaimy, 2023). Flere krysskulturelle studier fremhever sosioøkologiske forhold som relasjoner, sosial støtte og meningsfull deltakelse i samfunnet som sentralt for god integrering (Posselt et al., 2019; Raghavan & Sandanapitchai, 2020). Det er derfor viktig å støtte opp under gode relasjoner innad i flyktningfamiliene. De kunnskapsbaserte foreldreveiledningsprogrammene som frem til nå har blitt brukt i introduksjonsprogrammet, legger stor vekt på resiliensfaktorer hos foreldrene, som sosial støtte og familietilhørighet (eks. ICDP).

Foreldrestress er belastning relatert til forelderollen. I utvalget var det kun et fåtall av deltagerne (4 %) som skåret over grenseverdien på det som kan kategoriseres som høyt foreldrestress. Det var også en moderat negativ korrelasjon mellom foreldrestress og resiliensfaktorene, noe som kan indikere at når graden av resiliens øker, reduseres graden av foreldrestress. Videre viser resultatene en moderat korrelasjon mellom emosjonelle plager og foreldrestress, der foreldrestress øker når emosjonelle plager øker. Funnet har betydning, fordi det kan markere at det er et behov for hjelp til å behandle emosjonelle plager og til å bli støttet i forelderollen. Det er også en korrelasjon mellom foreldrestress og ikke råd til helsetjenester/medisiner, som kan tyde på at økonomiske utfordringer kan påvirke stressnivået hos foreldre, som igjen kan begrense muligheter for å utøve godt foreldreskap.

PIRM-studien er, etter det vi kjenner til, en av de første undersøkelsene med flyktninger bosatt i Norge som har samlet inn data om foreldrestress med spørreskjemaet PSI-SF (Abidin, 2012). Derfor har vi ikke andre utvalg i Norge å sammenlikne våre resultater med. Foreldrestress oppstår som følge av en opplevd diskrepans mellom kravene til forelderollen og tilgjengelige personlige ressurser, og påvirker foreldreferdigheter (Deater-Deckard, 1998; Abidin, 2012). Forhøyet stress kan skyldes ulike faktorer, for eksempel økonomiske bekymringer, uro for framtiden eller utfordringer med å tilpasse seg et annet land med fremmed språk og ukjent kultur (Abidin, 2012; Javanbakht et al., 2018; Masarik & Conger, 2017). Flere internasjonale studier anslår at det å ha erfart flukt og tilpasningen til en hverdag i et nytt land gir økt foreldrestress og påvirker foreldreferdigheter etter noe tid (Eltanamy et al., 2021). De internasjonale funnene var en del av argumentasjonen for å inkludere foreldreveiledning som obligatorisk element i introduksjonsprogrammet da dette ble vedtatt i 2021, med ønske om å gi tidlig og forebyggende hjelp til familier med flyktningbakgrunn. Årsaken til at få foreldre rapporterer om høy grad av foreldrestress i denne studien, er usikkert og på mange måter overraskende. En mulig spekulasjon kan være at de fleste hadde oppholdt seg i Norge i mindre enn et år og viste høy grad av resiliens. Det er mulig at dette tidsvinduet er litt for kort til å oppleve diskrepansen som gir foreldrestress (Abidin, 2012; Javanbakht et al., 2018;

Masarik & Conger, 2017), i tillegg til at graden av resiliens og personlige ressurser kan være beskyttende faktorer. Det at de fleste deltagerne i vårt utvalg rapporterer liten grad av foreldrestress, kan også ha sammenheng med nettopp at de blir ivaretatt gjennom introduksjonsprogrammet, og deltar på foreldreveiledning. Familiene som deltar, blir ivaretatt av et system som også er opptatt av dem som foreldre og deres omsorgsrolle. En annen mulig forklaring kan være at foreldrene i denne studien, som flyktet ved oppstarten av konflikten, og hvor halvparten kom med sin partner til Norge, ikke er representativ for mer belastete foreldregrupper. En annen mulig sentral forklaring kan være at (PSI-SF) (Abidin, 2012) tapper en annen form for foreldrestress enn det en vil forvente at en flyktningfamilie står i. Det er kanskje ikke noen grunn til å tro at flyktninger vil ha vansker med å kjenne varme følelser for barnet sitt, eller at de føler seg mer fanget av sitt ansvar som foreldre. Kanskje det heller er å forvente at foreldre som etter flukt blir bosatt i et nytt land, vil streve med andre mer praktiske sider ved forelderollen, som å følge opp barna på skolen, bistå barnet i sosiale aktiviteter og veilede barnet inn i et samfunn som er ukjent.

Kjønnsforskjell

Det var en statistisk signifikant kjønnsforskjell i omfanget av emosjonelle plager og foreldrestress. Mødrene i utvalget skåret høyere enn fedrene. Studier har tidligere vist høyere forekomst av emosjonelle plager og foreldrestress hos kvinner enn menn (Berg et al., 2022), også blant foreldre med flyktningbakgrunn (Kara & Stuart, 2021). I dette utvalget kan kjønnsforskjellen ha sammenheng med at flere av kvinnene er aleneforsorgere og har blitt tvunget på flukt uten barnas far, mens fedrene har flyktet sammen med partneren sin. I tillegg hindrer ukrainsk krigsrett menn mellom 18–60 år å forlate landet det kan også føre til store bekymringer hos kvinner som da flykter alene.

Begrensninger ved studien

Denne studien, i tillegg til undersøkelsen til Labberton et al. (2023), er så vidt vi kjenner til, blant de første i Norge som har kartlagt levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress blant flyktninger fra Ukraina. Det er en begrensning ved studien at bare halvparten av foreldrene som ble spurt om å delta, samtykket til deltakelse, og at utvalget er lite ($N=98$ foreldre). Til sammen påvirker dette studiens representativitet, og resultatene må tolkes med forsiktighet. Utvalgsstørrelsen gir svak grad av statistisk styrke, og dermed øker sannsynligheten for at statistisk signifikante forskjeller ikke blir funnet, selv om de var til stede. Dataene som er benyttet, representerer ett måletidspunkt, og vi kan derfor ikke si noe om årsaksforhold mellom variablene som ble undersøkt. Videre, utvalget besto av 98 familier, der 18 av familiene både inkluderte svar fra mor og far, men vi kontrollerte ikke for dette i analysene.

Andre forhold som bør nevnes, er at skam og stigma om psykisk helse og familiesituasjon kan føre til underreportering av emosjonelle plager og foreldrestress (Ursano et al., 2011). Levekårvariablene ble rapportert ut fra deltakernes subjektive opplevelse av hva de ikke har råd til av mat, helsetjenester, klær eller fritidsutstyr. Andre faktorer som kan være relevant for en utvidet forståelse av levekår, slik som bosituasjon, er ikke kartlagt. Instrumentene som var oversatt til russisk, ble kvalitetssikret, men vi vet ikke om de er godt nok kulturelt tilpasset for utvalget i denne studien. Vi vet heller ikke om gjennomføringen på russisk har gjort det vanskelig for respondentene å svare på spørsmålene. Vi fikk ingen tilbakemeldinger på dette i løpet av datainnsamlingen. Lav Omega ($\omega = .59$) for delskalaen angst, personlig kompetanse ($\omega = .66$) og personlig struktur ($\omega = .46$) kan også anses som en begrensning, og samlet sett bør funnene tolkes med varsomhet.

Implikasjoner

Studien viser at flyktningfamilier fra Ukraina kan være en utsatt gruppe i samfunnet. Dette samsvarer med annen forskning (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Labberton et al., 2023; Head et al., 2022). Familiene i studien har lave økonomiske levekår, og 26 % av foreldrene rapporterte om forekomst av emosjonelle plager. Mødrene rapporterte noe høyere skårer både på angst, depresjon og foreldrestress sammenlignet med fedrene. Samtidig viste foreldrene evnen til resiliens, slik som høy grad av sosial kompetanse og familiesamhörighet, og samlet sett hadde de en lav grad av foreldrestress. Det tyder på at mange klarer seg relativt bra på tross av krig, flukt og ny etablering. Likevel vil vi vektlegge at psykiske helseplager og forhøyet foreldrestress kan blusse opp noe tid etter en krise inntreffer, og bli aktivert av dårlige økonomiske levekår (Masarik & Conger, 2017). I tråd med familiestressmodellen kan svake økonomiske kår påvirke foreldres omsorg og foreldreferdigheter negativt (Masarik & Conger, 2017; Eltanamly et al., 2021).

Det er på kort tid vedtatt flere lovendringer for at kommunene skal kunne bosette og ivareta ukrainernes behov for arbeid, opplæring, integreringstiltak og velferdstjenester (Midlertidig endringslov som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina, 2022). Et resultat er at introduksjonsprogrammet er kortet ned, og antall foreldreveiledningsmøter er redusert fra 8–12 til et minimum

av fire møter med gruppeveiledning (Endring i integreringsforskriften, 2023, §3). Reduksjonen i foreldreveiledningstilbudet skjer kun to år etter at tilbudet ble vedtatt som en obligatorisk del av introduksjonsprogrammet, og reduksjonen er begrunnet med kapasitetshensyn fremfor en vurdering av behovene hos de nyankomne flyktningene. Ved å nedskalere beveger feltet seg bort fra de kunnskapsbaserte foreldreveiledningsprogrammene, som tidligere har vist positive effekter for ulike grupper innvandrere (Bjørknes & Manger, 2013; Leijten et al., 2017; Hamari et al., 2022; Sigmarðóttir et al., 2023).

Ved å redusere tjenestetilbudet til de nyankomne flyktningene innskrenkes også muligheten til å fange opp sårbare familier som kan ha behov for ytterligere støtte, eller hjelpetiltak, uavhengig av opprinnelsesland. Denne studien viser at blant ukrainske flyktningeforeldre er mange eneforsørgere, som har en sårbarhet grunnet dårlige levekår, og det er en vesentlig forekomst av emosjonelle plager. Vi mener at sammenhengene mellom dårlige levekår, emosjonelle plager, resiliens og foreldrestress viser at det er behov for å styrke foreldrene i prosessen med å etablere seg som familie i et nytt land. I tillegg rapporterer flyktninger fra Ukraina et behov for mer informasjon om hvordan de kommer i kontakt med helse- og sosialtjenester (Labberton et al., 2023). Situasjonen er bekymringsfull og underbygger behovet for at foreldrene får støtte i foreldrerollen i Norge, og kjennskap til hvilke tilbud de kan benytte seg av. Tidligere studier har vist at det blant flyktninger i Norge er flere barrierer for å søke og nyttiggjøre seg av hjelp i velferdstjenestene, det inkluderer mangel på tilrettelagt informasjon om tjenestetilbudet, stigma knyttet til mental helse, mangel på sosial støtte (Kour et al., 2021; Mbanya et al., 2019) og frykt for barnevern (Fylkesnes et al., 2015). Med disse forholdene som et bakteppe ser vi det som alvorlig at et forebyggende program, slik som introduksjonsprogrammet, reduseres for familier fra Ukraina. Introduksjonsprogrammet er et viktig kontaktpunkt mellom flyktningene og kommunale tjenester, og reduksjonen av tilbudet innskrenker den forebyggende innsatsen til denne gruppen. Beslutningstakere i kommune og stat bør i tilpasningen i tjenestetilbudet ta hensyn til at flyktningfamilier kan ha flere hjelpebehov, og sikre at de mottar tilstrekkelig tilrettelagt informasjon om helse- og velferdstjenestene, skaper tillit til hjelpeapparatet, samt ivaretar muligheten for å identifisere familier som trenger ytterligere oppfølging, så tidlig som mulig. 📢

REFERANSER

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2024). *Rekordmange flyktninger bosatt i 2023*. Regjeringen.no.
- Abidin, R. R. (2012). Parenting Stress Index. Fourth ed. USA: PAR.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2023, 15. juni). *Barnefattigdom kommunemonitor*.
- Berg, L., de Montgomery, E., Brendler-Lindquist, M., Mittendorfer-Rutz, E. & Hjern, A. (2022). Parental post-traumatic stress and psychiatric care utilisation among refugee adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 31(12), 1953–1962.
- Bjørknes, R. & Manger, T. (2013). Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 14(1), 52–63.
- Brekke, I., Smith, O. R., Skjønberg, E. E., Holt, T., Helland, M. S., Aarø, L. E., . . . Skar, A. M. S. (2023). Effectiveness of the International



- Child Development Programme: Results from a randomized controlled trial. *Child & Family Social Work*, 28(2), 417–431.
- Buchcik, J., Kovach, V. & Adedeji, A. (2023). Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health and quality of life outcomes*, 21(1), 23.
- Bøe, T., Sivertsen, B., Heiervang, E., Goodman, R., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2014). Socioeconomic Status and Child Mental Health: The Role of Parental Emotional Well-Being and Parenting Practices. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 705–715.
- Cassells, R. C. & Evans, G. W. (2017). Ethnic variation in poverty and parenting stress. I *Parental stress and early child development* (s. 15 - 45). Springer.
- Chudzicka-Czupala, A., Hapon, N., Chiang, S.-K., Żywiłek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C. T., . . . Chen, Y.-L. (2023). Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, 13(1), 3602.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332.
- Endring i Integreringsforskriften (2023). *Midlertidig forskrift om endring i integreringsforskriften som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina* (FOR-2023 - 06 - 09 - 831). Lovdata.
- Folkhelseinstituttet (2023a). Fylkesheleundersøkelser.
- Fylkesnes, M. K., Iversen, A. C., Bjørknes, R. & Nygren, L. (2015). Frykten for barnevernet. En undersøkelse av etniske minoritetsforeldres oppfatninger. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 92(2), 81–96.
- IMDi. (2021). *Fagressurs for introduksjonsprogrammet: Foreldreveiledning*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- IMDi. (2023a). *Om bosetting av ukrainske flyktninger i kommunene*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- IMDi. (2023b). *Innhold i introduksjonsprogrammet for personer med kollektiv beskyttelse*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.
- IMDi. (2023c, 11. oktober). *Foreldreveiledning. Formål*. Fagressurser for introduksjonsprogrammet.
- Integreringsloven. (2020). *Lov om integrering gjennom opplæring, utdanning og arbeid* (LOV-2020 - 11 - 06 - 127). Lovdata.
- Eltanamly, H., Leijten, P., Jak, S. & Overbeek, G. (2021). Parenting in Times of War: A Meta-Analysis and Qualitative Synthesis of War Exposure, Parenting, and Child Adjustment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(1), 147–160.
- Hamari, L., Konttila, J., Merikukka, M., Tuomikoski, A. M., Kouvonen, P. & Kurki, M. (2022). Parent support programs for families who are immigrant families: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(2), 506–525.
- Head, M. G., Brackstone, K., Crane, K., Walker, I. V. & Perelli-Harris, B. (2022). *Understanding health needs of Ukrainian refugees and displaced populations*. University of Southampton.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M. & Rosenvinge, J. H. (2006). A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources Behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39(2), 84–96.
- Hodes, M. (2023). Thinking about young refugees' mental health following the Russian invasion of Ukraine in 2022. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 28(1), 3–14.
- Javanbakht, A., Rosenberg, D., Haddad, L. & Arfken, C. L. (2018). Mental Health in syrian refugee children resettling in the United States: war trauma, migration, and the role of parental stress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(3), 209–211.
- Kara, B. H. & Stuart, J. (2021). The direct and indirect effects of parental trauma on child adjustment for resettled refugees in Australia. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17(4), 474–486.
- Kaufman, K. R., Bhui, K. & Katona, C. (2022). Mental health responses in countries hosting refugees from Ukraine. *BJPsych Open*, 8(3), e87.
- Kour, P., Lien, L., Kumar, B., Nordaunet, O. M., Biong, S. & Pettersen, H. (2021). Health professionals' experiences with treatment engagement among immigrants with co-occurring substance use and mental health disorders in Norway. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15, 11782218211028667.
- Labberton, A. S., Hansen, T. M., Skogheim, T. S. & Helland, Y. (2023). Healthcare needs among refugees from Ukraine arriving in Norway during 2022.
- Leijten, P., Raaijmakers, M. A. J., Orobio de Castro, B., van den Ban, E. & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(1), 59–73.
- Masarik, A. S. & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: a review of the Family Stress Model. *Curr Opin Psychol*, 13, 85–90.
- Mbanya, V. N., Terragni, L., Gele, A. A., Diaz, E. & Kumar, B. N. (2019). Access to Norwegian healthcare system—challenges for sub-Saharan African immigrants. *International journal for equity in health*, 18, 1–13.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2022). Flyktninger fra krigen i Ukraina: Psykososiale konsekvenser, behov og tiltak den første tiden i Norge.
- Midlertidig endringslov som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina. (2022). *Lov om midlertidige endringer i lovverket som følge av ankomst av fordrevne fra Ukraina*. (LOV-2022 - 06 - 10 - 35). Lovdata.
- Patras, J., Saus, M., Douglas, M., Bjørknes, R., Gammelsæter, S., Rasmussen, L.-M. P., . . . Øktedal, T. (2021). Parenting interventions for families with refugee backgrounds: a randomized factorial, mixed-methods design study protocol. *Trials*, 22, 1–13.
- Posselt, M., Eaton, H., Ferguson, M., Keegan, D. & Procter, N. (2019). Enablers of psychological well-being for refugees and asylum seekers living in transitional countries: A systematic review. *Health Soc Care Community*, 27(4), 808–823.
- Raghavan, S. S. & Sandanapitchai, P. (2020). The relationship between cultural variables and resilience to psychological trauma: A systematic review of the literature. *Traumatology*.
- Sigmarsdóttir, M., Arnesen, A. & Forgatch, M. S. (2024). Strengthening parenting among refugees in Europe (Spare): Initial feasibility in Iceland and Norway. *Nordic Psychology*, 76(2), 186–209.
- Stensen, K. & Lydersen, S. (2022). Indre konsistens: fra alfa til omega? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118.
- Terrana, A. & Al-Delaimy, W. A. (2023). Systematic review of cross-cultural measures of resilience and its promotive and protective factors. *Transcultural Psychiatry*, 60(4), 733–750.
- Tyldum, G. & Keoy, I. (2023). Ikke se til Sverige. *Aftenposten*.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Brown, M. C. & Uniformed Services University of the Health Sciences. Center for the Study of Traumatic Stress. (2011). *Stigma and barriers to care: caring for those exposed to war, disaster and terrorism* (1. utg.). Center for the Study of Traumatic Stress: Dept. of Psychiatry, Uniformed Services University of the Health Sciences, Defense Centers of Excellence.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in health*, 8(2), 94–104.
- World Health Organization. (2009). Process of translation and adaptation of instruments.



Når mediene bygger opp fageksperter til å bli medieyndlinger og offentlige «talspersoner», synes det nærmest uunngåelig at de senere skal rives hardt ned fra pidestallen.

Helter og syndebukker i media



FOTO KRISTIN SVORTE

TEKST Pål Grøndahl
Privatpraksis

Synnøve Fosse
Frilansjournalist



FOTO AGDERPOSTEN

Finn Skårderud, Peder Kjøs, Esben Esther P. Benestad, Gerd-Liv Valla, Bjørnar Moxnes og Jørn Eggum gjorde alle feil. Til dels graverende feil. Spørsmålet er om fordømmelsen og de sosiale konsekvensene står i rimelig forhold til ugjerningene. Vi mener det oppstår en egen dynamikk rundt enkelte profilerte personer. En person bygges opp som opprører, kjendis og helt, for så å rives ned. Hva ligger under denne gjentakende prosessen?

I 2015 skrev journalist Hilde Sandvik en kronikk i BT der hun kalte Skårderud for «forførelsen». I Dagbladet 5. mai 2023 uttalte hun at den kjente psykiateren «romantiserte spiseforstyrrelser». 18. mai 2025 meldte Aftenposten at psykolog Kjøs kunne bli ilagt sanksjoner, etter at Statsforvalteren hadde oversendt en tilsynssak mot ham til Statens helsetilsyn. Moxnes var stjerneskuddet i Rødt – og i mediene. Helt til de første dagene av juli 2023, da videoen av «solbrille-tyven» på Gardermoen dominerte de fleste medier. Våren 2007, bare måneder etter at hun var kåret til Norges mektigste kvinne, opplevde Valla, den daværende sjefen for LO (Landsorganisasjonen i Norge), nærmest en orkan av kritikk. Tusenvis av artikler i løpet av en tomånedersperiode inneholdt stort sett negativ omtale av henne. Først i NRK-dokumentaren *Overeksponert* fikk vi hennes nyanser. Jørn Eggum står fortsatt i malstrømmen. «En gullgutt er på vei inn i LO-toppen», skrev VG om Eggum i 2011. Bare den første uken etter at Eggum-saken sprakk i TV 2 28. april 2025, registrerte medieanalysebyrået Retriever over 700 treff på søkeordet «Jørn Eggum». I starten var dekningen riktignok preget av usikkerhet og sporadisk støtte til Eggum. Men utover i mai–juni i år, etter som flere kvinner med mobilen full av nattlige Eggum-meldinger kontaktet mediene, hardnet den. Dekningen kulminerte 13. juni, da Eggums ekskone sto fram i Aftenposten og proklamerte: «Mentalt var jeg forberedt på meldinger fra tre kvinner, og det var ille nok. Men det var så voldsomt mange kvinner. Bildene var verre enn ordene.» Artikkelen er virkningsfullt nok illustrert med bryllupsbilde av paret. Det er lite, om noe, en sykemeldt Eggum kan gjøre for å redde en siste rest av omdømme. Fullt fortjent, vil mange mene. Men likevel – de færreste av oss (utroskap eller ikke) vil oppleve å få intime detaljer fra den ekteskapelige sfæren publisert i Norges nest største avis.

KONTAKT pagron50@gmail.com

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

Mobbere og tyver

De ovennevnte sakene er eksempler på fagpersoner som er eksponert som uforsvarlige utøvere av sitt yrke: mobbere, bedragerer og tyver. Ingen av dem er dømt til fengselsstraff, men alle er fratatt det meste av heder og ære. Og enkelte til og med jobben.

Sakene er vidt forskjellige, men vi mener de likevel har fellestrekk: De angjeldende er alle bygget opp over tid som helter, opprørere og forkjempere for den gode sak. Ikke bare i kraft av sine fremskutte stillinger i sin fagprofesjon, men også av medier som elsker frittalende, tilgjengelige og kraftfulle «eksperter». De var foregangspersoner innenfor hvert sitt område, og ble av mange elsket for det.

Skårderud folkeligjorde og fjernet skammen fra spiseforstyrrelser. Kjos tok psykoterapien ut fra de lukkede rom og inn i tv-ruten. Benestad har gjort mer for folkeopplysning om kjønnsinkongruens enn de fleste andre. Valla var den første kvinnelige LO-lederen. Moxnes ble ikke bare partiet Rødts første stortingsrepresentant, men tok partiet til rekordoppslutning på meningsmålingene. Eggum var mektig fagforeningsleder, på vei til å bli leder i LO.

Falt de for eget grep?

Så falt de. Noen vil si for eget grep. Vi vil påstå at det også var med god hjelp av mediene, som gjennom en lett gjenkjennbar dramaturgi bidro til fallet. Blir du for kraftfull i helterollen, sitter du utrygt, det blåser gjerne temmelig hardt på toppen. Under pressens forstørrelsesglass blir mindre synder store, større synder blir enorme. Og med det følger kravet om at «noe» må skje.

Med uendelige publiseringsflater maler pressen med bred pensel. Ofte med livaktige skildringer. En profilert person har foretatt «noe» som i det minste er uheldig, noen ganger umoralsk – i sjeldne tilfeller ulovlig. Sjelden fordi slike saker oftest får sin løsning i pressen, ikke i domstolene. Noe må skje for å rettfærdiggjøre mediekjøret som mediene selv har satt i gang. Med andre ord – noen må gå.

Makten i offerrollen

De omtalte sakene viser også hvor mye makt det ligger i offerrollen. Valla versus Yssen, der Ingunn Yssen var tidligere internasjonal sekretær i LO, som utspilte seg i 2007, var strengt tatt en personalsak som kom ut av kontroll. Benestad ble tatt på dårlig journalskriving, faglig uforsvarlig helsehjelp i to tilfeller og uforsvarlig foreskriving av vanedannende medikamenter. Skårderud ble av politimesteren i Oslo bøtelagt for å ha «tusket til seg» for mye penger fra Helfo og ble av Helsetilsynet fratatt autorisasjonen på grunn av faglig svikt, manglende rolleforståelse og mangelfull journalføring. Ikke – som det er lett å tro – for å ha hatt sex med en kvinne som strengt tatt ikke var pasienten hans. Skårderud vedtok forelegget fra påtalemyndigheten, men har siden kjempet for å få tilbake legeautorisasjonen.

Vi mener vi ser det samme i metoo-saker: at det er offeret, ved å være først på banen, som definerer narrative, hva som er uønsket seksuell kontakt, eller hva som er mobbing.

Syndebukken

Filosofen René Girard har utviklet en syndebukkteori (Girard, 1977). Tenk deg at det oppstår en krise i et gitt nabolag. Folk blir urolige og begynner å finne årsaken til krisen. Plutselig retter alle oppmerksomheten mot én person eller gruppe – kanskje den nye og populære naboen som både er blitt leder i vellet, og som har den fineste hagen. Hen har vært helten, men nå får denne «syndebukken» skylden for alt som går galt, selv om hen kanskje ikke er ansvarlig for krisen. Det gode har blitt det onde og må ofres. Eller: Egen suksess er vel og bra, men andres ulykke er heller ikke å forakte.

Ifølge Girard er dette en urgammel mekanisme i menneskesamfunn og som er nevnt som fenomen i Bibelen. Vi kopierer hverandres ønsker (om å være populær) og blir misunnelige (på populariteten), hvilket skaper konflikter. For å løse disse konfliktene velger vi ofte en syndebukk å samles mot. Det føles godt å ha noen å skyld på, og det skaper en falsk følelse av samhold.

Konsekvenser

Vi mener altså at yrkene med autoritet ikke sitter like trygt på pidestallen som tidligere. Det er en delikat balansegang å være ekspert, men likevel folkelig nok. Å mene noe uten å fremstå som usympatisk skråsikker.

Konsekvensene av dynamikken der fagpersoner bygges opp og deretter rives ned fra pidestallen, rammer i første omgang syndebukken. Men i det lange løp kan det føre til at fagpersoner ikke orker å ta telefonen fra journalistene. De vil unngå å bli «medieeksperter» med den risikoen det medfører. Dermed kan viktige stemmer forsvinne fra det offentlige ordskiftet. I ytterste konsekvens er det et demokratisk problem som utfordrer, om ikke ytringsfriheten som sådan, men ytringsrommet.

Den moderne medieverden er komplisert. Mye mer komplisert enn tidligere fordi vi må forholde oss til så mye mer enn de redaktørstyrte mediene. Publisering i medier som ikke er redaktørstyrte, vil innebære en risiko for at feilinformasjon og sladder blir stående som vedtatte sannheter. Ulike sosiale medier blir ofte fulle av ekkokamre og *trolling* for de minste påståtte feiltrinn. Særlig i debatter som tar av, det være seg om ME (myalgisk encefalomyelitt), trans, pride, skjermbruk hos barn og sakkyndiges rolle i retten.

En annen risiko er at tilliten til institusjonene synker. Det er målbart. Selv om vi ligger helt i toppen i OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling), kun slått av Sveits, er tilliten til helse/politikk og rettsvesen den laveste siden målingene startet for 15 år siden.

Feil begått av profilerte personer skal selvsagt omtales og undersøkes. Men deknningen må ikke skremme folk fra å uttale seg – eller bidra til å utpeke syndebukker før fakta er på bordet.

Hvis tilliten til fagpersoner, myndigheter og institusjoner svekkes, åpner det rom for konspirasjonsteorier, influensere – og påvirkningskampanjer fra fremmede makter. Det er ikke bare et problem for den enkelte «ekspert», men et demokratisk problem.

REFERANSER

Girard, R. (1977). *Violence and the Sacred*. Johns Hopkins University Press.

Siri Næs har understreket viktigheten av at medlemmene får tilgang til korrekte og tilstrekkelige opplysninger. Hennes innlegg om begrenset forskrivningsrett for psykologer krever utdyping.

Hvor er de lukkede rommene?



FOTO: FARTEN RUDJORD / PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Håkon Kongsrud Skard
Norsk psykologforening

KONTAKT hakon@psykologforeningen.no

MERKNAD Håkon Kongsrud Skard er president i Norsk psykologforening. Omtalte dokumenter er tilgjengelig for medlemmer via «Min side» på psykologforeningen.no i PDF-ene «20241205 Sakliste med alle saker til SST 6-24», «20241205 Vedlegg til referat møte 6 Protokolltilførsel sak 79-24» og «20241205 Referat SST 6-24».

La meg begynne med at jeg ønsker alle meninger om saker vi jobber med i Psykologforeningen, velkommen. Siri Næs skriver om arbeidet med foreskrivingssaken i juniutgaven i Psykologtidsskriftet. Jeg forstår at Næs vil bidra til å opplyse en vanskelig sak med mange aktører og ulike interesser. Det er mye å lære av arbeidet med den saken Næs her løfter frem, men det krever et mer helhetlig bilde enn det hun maler.

Her er min oppfatning av sakens kjerne, hva den ikke handler om og hvorfor jeg mener det var riktig av Psykologforeningen å innta den posisjonen vi gjorde, selv om andre aktører ønsket noe annet.

Sakens kjerne

Jeg valgte å støtte vår foretakstillitsvalgte ved Sykehuset i Østfold, i å gi medlemmene mulighet til frivillig deltakelse i et prøveprosjekt med begrenset forskrivningsrett. Dette for å høste erfaringer og kunnskap om muligheter og utfordringer ved en slik rolleutvikling for profesjonen. Denne støtten ble gitt under forutsetning av at det forelå nødvendige faglige rammer, og i tråd med de diskusjonene som hadde vært ført i Sentralstyret.

Hva saken ikke handler om

Næs påpeker med rette at spørsmålet om psykologers forskrivningsrett er en prinsipiell sak som må behandles i demokratiske organer. Dette er også

bakgrunnen for at temaet ble løftet på Lederkonferansen i 2024, og for at foreningen i 2025 skal drøfte erfaringer med aktører som har gjennomført lignende ordninger. Samlet kan dette gi grunnlag for å utarbeide politikk.

Det er derfor viktig å presisere at jeg ikke har forsøkt å etablere ny politikk på egen hånd. Foreningen har i dag ingen vedtatt politikk på området, og mine handlinger har vært rettet mot å støtte medlemmenes frivillige deltakelse i et prøveprosjekt og å holde mulighetene for profesjonsutvikling og kunnskapsinnhenting åpne – ikke å innføre en permanent ordning.

Demokratisk behandling og dokumentasjon

Prosjektet ble diskutert i Sentralstyret i april, november og desember 2024. Saksdokumenter og protokoller ligger tilgjengelig på Min Side. Det er verdt å merke seg at Næs ikke deltok på møtet 11. april 2024, hvor foreningens posisjon ble diskutert. I april valgte Sentralstyret å innta en avventende, men positiv holdning, og lot dermed foretakstillitsvalgt i Østfold videreføre dialog om prosjektet. Videre ble det prinsipielle temaet begrenset forskrivning besluttet løftet til Lederkonferansen for å få et bredere bilde av medlemmenes synspunkter.

Begrunnelsen for å ikke fatte et prinsipielt «for eller mot»-vedtak var blant annet at vi mangler viktig kunnskap om de faktiske mulighetene og risikoene ved en slik ordning. Foruten «prescribing psychologists»-ordningen i enkelte amerikanske delstater, mangler det erfaringer fra andre land å trekke på. Siden dette på ingen måte var Psykologforeningens prosjekt, men en lokal pilot, var det også fullt mulig for foreningen å innta en avventende posisjon og bidra til å holde oppe behovet for nødvendige faglige rammer og evaluering ved spørsmål. Jeg mener dette var en klok tilnærming, særlig med tanke på at det her ikke var snakk om en permanent ordning, men en pilot som kunne bidra til å styrke kunnskapsgrunnlaget for en senere politikkutvikling. Det var på dette tidspunktet heller ingen andre i Sentralstyret som uttrykte et ønske om noe vedtak på dette området.

I vår videre kommunikasjon utad om prosjektet sto vi fast ved vår åpne posisjon. Vi påpekte mangler ved de faglige rammene i det konkrete prosjektet, samtidig som vi løftet profesjonens kompetanse og utviklingsmuligheter.

Behov for å handle

Bruddet med Psykologforeningens avventende linje kom i september 2024, da konserntillitsvalgt Birgit Aanderaa sendte en drøftingsprotokoll til Helse Sør-Øst der det ble uttrykt at psykologer ikke burde delta i prosjektet. Dette ble gjort uten forankring i Sentralstyret og uten dialog med den foretakstillitsvalgte hun representerer. Dette innebar i praksis at det ble kommunisert et synspunkt på vegne av profesjonen uten støtte fra foreningens vedtatte organer.

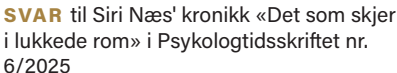
Da Helse Sør-Øst i november ga uttrykk for at de oppfattet foreningens posisjon som tydelig negativ til prosjektet, basert på Aanderaas drøftingsprotokoll, tok jeg kontakt og klargjorde at den lokale tillitsvalgte fortsatt hadde foreningens mandat til å støtte prosjektet. Vurderingen i situasjonen var at Sentralstyret hadde uttrykt et ønske om at prøveprosjektet skulle innhente kunnskap, samt at foretakstillitsvalgt uttaler seg på vegne av sine medlemmer på områder hvor det ikke er overordnet politikk. Henvendelsen, som senere har blitt referert til som en «snuoperasjon», ble altså gjort i en kontekst der vi måtte korrigere en uttalelse som brøt med vår posisjon, og i tillegg under et tidspress som gjorde det umulig med en ny prosess i styret. At dette sammenfalt i tid med diskusjonene på Lederkonferansen, var en tilfældighet.

Selv om de konkrete formuleringene i henvendelsen til Helse Sør-Øst ikke var perfekte, mener jeg fremdeles det var en viktig og riktig korrigering, i tråd med styrets diskusjoner.

Hvem har beslutningsmyndighet?

I etterkant ble saken løftet inn i Sentralstyret av Siri Næs. Vi la frem dokumentasjon for styret på at vår kommunikasjon har vært konsekvent i saken, også overfor andre aktører. Disse to brevene kan gjenfinnes i saken og kontekst er referert i tidslinjen i sakspapirene. Sentralstyrets flertall konkluderte med at saken var håndtert i tråd med styrets intensjoner, og at den foretakstillitsvalgte fortsatt hadde mandat til å representere medlemmene i Østfold. To styremedlemmer stemte på et alternativt vedtaksforslag og leverte en protokolltilførsel.

*— viktig å presisere at jeg ikke har forsøkt
å etablere ny politikk på egen hånd*



Næs, S. (2025). Det som skjer i lukkede rom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(6), 347-349. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a06ae-Det-som-skjer-i-lukkede-rom>

psykologtidsskriftet.no

Jeg ønsker å korrigere framstillingen som er gitt i saken om forskrivningsrett for psykologer ved Sykehuset Østfold (SØ) i innlegget til Håkon Skard 30. mai.

Feilaktig framstilling i saken om forskrivningsrett for psykologer



FOTO: LEGEFORENINGEN

TEKST Christian Grimsgaard

KONTAKT christiangrimsgaard@gmail.com

MERKNAD Christian Grimsgaard er konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst og sitter i styret i Norsk overlegeforening. Konserntillitsvalgte representerer ikke en enkeltforening, men samtlige foreninger i Akademikerne (inkludert Legeforeningen og Psykologforeningen).

Jeg er lege og fullt frikjøpt konserntillitsvalgt for Akademikerne i Helse Sør-Øst. Jeg jobber sammen med Birgit Aanderaa, som er frikjøpt halv tid. Denne kombinasjonen legger til rette for at begge de største Akademikerforeningene er representert i regionen. Vi fordeler ulike oppgaver mellom alle som representerer de ulike hovedsammenslutningene, men forsøker å holde oss gjensidig oppdatert så langt det lar seg gjøre.

Begrenset forskrivningsrett for psykologer

Jeg har håndtert forslaget om begrenset forskrivningsrett for psykologer ved SØ for Akademikerne. Saken er blitt omtalt som et lokalt prosjekt initiert av lokal tillitsvalgt, men det er en overforenkling etter mitt syn. En ordning med begrenset forskrivningsrett for psykologer ved SØ er en sak som krever behandling i Helse Sør-Øst. Prosjektet vil videre kreve endring av Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler, som innebærer at Helse Sør-Øst oversender saken til behandling på nasjonalt nivå.

Initiativtakerne ved SØ ønsket å igangsette prosjektet i samarbeid med andre sykehus. Min vurdering var derfor at dette var et regionalt prosjekt.

Da jeg ble kjent med initiativet via vår foretakstillitsvalgte i SØ, ba jeg om at saken ble lagt fram på regionalt nivå for drøfting i tråd med hovedavtalens bestemmelser. Etter at drøftingsmøtet ble avholdt, utferdiget jeg et drøftingsinnspill. Dette fikk tilslutning fra konserntillitsvalgte fra alle hovedsammenslutningene i regionen.



SVAR til Håkon Skards debattinnlegg «Hvor er de lukkede rommene?», først publisert på psykologtidsskriftet.no 30. mai 2025.

— Det var en samlet gruppe av konserntillitsvalgte som leverte drøftingsinnspill i saken

Uriktig framstilling

Håkon Skards formulering «konserntillitsvalgt Birgit Aanderaa sendte en drøftingsprotokoll til Helse Sør-Øst der det ble uttrykt at psykologer ikke burde delta i prosjektet» gir ikke en riktig framstilling av behandlingen i regionen. Det var en samlet gruppe av konserntillitsvalgte som leverte drøftingsinnspill i saken, basert på mitt utkast. I mitt innspill ble det ikke uttrykt at psykologer ikke burde delta i prosjektet. Vi pekte på svakheter i det konkrete forslaget og anbefalte at dette ikke ble gitt tilslutning av Helse Sør-Øst. Mitt inntrykk er at Helse Sør-Øst delte vår vurdering i saken.

Å skulle representere et fellesskap av Akademikernes underforeninger kan medføre interessenkonflikter. Å åpne for forskrivning for andre yrkesgrupper er et eksempel på sak hvor underforeningene (her: Legeforeningen og Psykologforeningen) kan ha motsatte standpunkt. I denne konkrete saken oppfattet jeg at det var så mange svakheter i forslaget at det uansett burde avvises. At psykologer skulle bemyndiges til forskrivning etter kurs med en ukes varighet, er ett eksempel. Jeg har derfor vært særdeles kritisk til dette initiativet fra første stund.

Saksprosess

Som konserntillitsvalgt ble jeg innkalt av Legeforeningen og Psykologforeningen ved presidentene til et møte i august 2024, i forkant av at vi leverte drøftingsinnspill. Aanderaa hadde ikke vært tett koplet på saken, og deltok ikke i dette møtet. Mitt etterlatte inntrykk fra møtet var at både Legeforeningen og Psykologforeningen stilte seg avvissende til forslaget fra SØ. I etterkant har jeg forstått at så ikke er tilfellet.

Jeg mener at vi som konserntillitsvalgte for Akademikerne står på trygg grunn i denne saken. Vi representerer grupper med høy kompetanse som er tilegnet gjennom lengre utdanningsløp og senere veiledet spesialisering. Min vurdering er at det ikke vil være hensiktsmessig at vi skulle støtte et prosjekt hvor denne typen kompetanse kan overføres etter kort kursing, som foreslått i den aktuelle saken. Hvis det fremmes et annet og bedre gjennomarbeidet og seriøst forslag, kan saken stille seg annerledes. Basert på dialogen i denne saken holder jeg det da som sannsynlig at våre foreninger vil kunne innta motstridende synspunkter.

Saken om begrenset forskrivningsrett for psykologer i SØ illustrerer betydningen av god dialog mellom konserntillitsvalgte og berørte underforeninger. Regionene har stor innvirkning i helsepolitiske spørsmål, og konserntillitsvalgte innspill blir lyttet til og vektlagt i betydelig grad. 🧠

REFERANSER

Skard, H. (2025, 30. mai). Hvor er de lukkede rommene? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025a-s06ae-Hvor-er-de-lukkede-rommene->

Håkon Skards utdyping av prosessen med begrenset forskrivningsrett for psykologer er en tåkelegging av en svært uheldig situasjon for Psykologforeningen. Å oppgi samme informasjon flere ganger gjør ikke informasjonen sannere.

Tåkelegging av de lukkede rom



FOTO NORSK PSYKOLOGFORENING

TEKST Siri Næs

Lokal sikkerhetspsykiatri, avdeling for sykehuspsykiatri, Helse Møre og Romsdal

KONTAKT Siri.Nes@helse-mr.no

MERKNAD Siri Næs er medlem i Sentralstyret og er foretakstillitsvalgt ved Helse Møre og Romsdal. Siterte tekst og sakshenvisning finnes i styresakene fra Sentralstyrets desembermøte i 2024, og er tilgjengelig som PDF for alle medlemmer via «Min side» på psykologforeningen.no: «forskrivningsrett 20 241 205 Saksliste med alle saker til SST 6–24.pdf»

Forskrivningssaken skulle vært håndtert langt bedre. I stedet for å ta ansvar for prosessen, og gjennomgå og lære av den, slik at fremtidige prosesser kan behandles bedre, opplever jeg at Håkon Skard i tilsvaret til mitt innlegg presenterer feilaktig og misvisende informasjon for å dekke over eget ansvar. Derfor er det nødvendig for meg å komme med noen korrigeringer.

Snuoperasjonen

For dem som ikke kjenner til prosessen, gir jeg en kort oppsummering her.

Et initiativ kom fra Sykehuset Østfold (SØ). De ønsket å starte et prøveprosjekt med begrenset forskrivningsrett til psykologer for enkelte medikamenter. Konserntillitsvalgte fra alle i hovedsammenslutningen i Helse Sør-Øst oversender en drøftingsprotokoll om saken til det regionale helseforetaket. I dokumentet ble det pekt på svakheter i forslaget om prøveprosjektet fra SØ. I møter mellom Psykologforeningen og Legeforeningen var man samstemte om at prosjektet hadde så dårlige faglige rammer at begge foreningene var skeptiske til prosjektet. Under Psykologforeningens lederkonferanse i november 2024 stod en prinsipiell diskusjon om forskrivningsrett til psykologer generelt på dagsordenen. Under konferansen skulle ikke det konkrete forslaget i Østfold diskuteres, og det skulle ikke fattes vedtak. Dagen etter lederkonferansen skriver Håkon Skard i en e-post til Helse Sør-Øst og oppgir at Psykologforeningen støtter forskrivningsprosjek-



SVAR til Håkon Skards debattinnlegg «Hvor er de lukkede rommene?», først publisert på psykologtidsskriftet.no 30. mai 2025.

— *I dette konkrete tilfellet mener jeg ikke styret hadde gitt presidenten mandat til å agere*

REFERANSER

Skard, H. (2025, 30. mai). Hvor er de lukkede rommene? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso6ae-Hvor-er-de-lukkede-rommene->

tet i Østfold, uten at konserntillitsvalgt, sentralstyret eller andre ble orientert. Både Legeforeningen og involverte parter som meg selv ble overrasket. Hva skjedde her?

Problemet, slik jeg ser det, er den plutselige *endringen* fra å forholde seg avventende til saken til å endre kurs og støtte den, rett etter lederkonferansen i november. Det er *det* jeg har reagert på.

Det er riktig at sentralstyret har diskutert og blitt orientert om prøveprosjektet om forskrivningsrett til psykologer i Østfold. På det tidspunktet, og i junimøtet og helt fram til sentralstyrets novembermøte 2024, dagen før lederkonferansen, var alle involverte parter enige om å avvente situasjonen. Så, uten å forankre det verken med sentralstyret eller øvrige i presidentskapet går Skard 8. november ut med støtte til prosjektet i Østfold.

Legeforeningen skriver i brevet til sentralstyret at de oppfatter Skards plutselige støtte til prosjektet i Østfold rett etter lederkonferansen i november som en «snuoperasjon». Psykologforeningen hadde frem til dette sagt til Legeforeningen at de var tilfredse med «status quo». Det kan leses ut fra brevet fra Legeforeningen datert 18. november at de ikke oppfatter samarbeidet rundt denne saken som godt. «[...] det er svært viktig med en tillitsfull og forutsigbar dialog og samarbeid. Det mener vi dessverre ikke er situasjonen i denne saken slik den har utviklet seg.» (forskrivningsrett 20 241 205 Saksliste med alle saker til SST 6–24.pdf, vedlegg 11, s. 25).

Det verdifulle samarbeidet

Psykologforeningen er en liten organisasjon. Vi er avhengige av å jobbe sammen med andre for gjennomslag for våre saker. Brevet fra Legeforeningens sentralstyre til vårt sentralstyre er et ganske tydelig budskap. Vi vil ikke alltid være enige med legene eller andre organisasjoner og samarbeidspartnere om alt, men å forvente en tillitsfull og forutsigbar dialog og samarbeid, som Legeforeningen påpeker i sitt brev, mener jeg er rimelig.

Aldri en vedtakssak

At Skard viser til at temaet har blitt diskutert i møter i april og juni, fungerer som tåkelegging. Snuoperasjonen skjedde ikke før i november.

Sentralstyret har fortsatt ikke vedtatt annet enn at saken tas til orientering, og hvilket brev som skulle gå som svar til Legeforeningen.

Både internt i sentralstyret og eksternt til Legeforeningen har det blitt kommunisert en avventende holdning til prosjektet. Snuoperasjonen satte tillitsforholdet mellom oss og Legeforeningen på prøve. Derfor mente jeg det var grunn for å beklage til Legeforeningen. Og derfor leverte jeg protokolltilførsel som var en begrunnelse for dette ((se appendiks i nettversjonen av teksten).

Inn i fremtiden

Det blir lett slik at den som er enig i at forskrivningsrett for psykologer er en god sak, tenker at det er greit at Skard gjorde som han gjorde denne gangen, men hva om man er uenig neste gang? For å sette det på spissen, hva om saken hadde vært at Psykologforeningen støtter aktiv dødshjelp, eller at psykoterapi-spesialiteten, nevrospesialiteten eller samfunnsspesialiteten tas bort fordi dagens myndigheter ikke opplever dem som nyttige lenger?

Psykologforeningens lover sier at det er sentralstyret som er den øverste myndigheten mellom landsmøtene. Det vil si at skal det jobbes ut ny politikk mellom landsmøtene, må det være vedtak i sentralstyret. I tråd med god foreningsskikk bør ekstraordinære saker behandles på landsmøtet.

Øverste ledelse må selvsagt ha hensiktsmessige mandater til å foreta beslutninger i enkelte saker. I dette konkrete tilfellet mener jeg ikke styret hadde gitt presidenten mandat til å agere. Det gjorde han likevel, og etterpå bagatelliserer han det som en støtte for én tillitsvalgt.

Mitt kandidatur ble aktuelt for sent for valgkomiteen. Her presenterer jeg hvorfor jeg stiller som visepresidentkandidat til landsmøtet.

En tydeligere forskningsprofil for Psykologforeningen



FOTO NTNU, FRODE FOSSVOLD-JØRUM

TEKST Chris Margaret Aanonsen
Regionfunksjon for hørsel og psykisk helse, Midt-Norge
BUP poliklinikk Tiller
St. Olavs hospital

KONTAKT
Chris.Margaret.Aanonsen@stolav.no

MERKNAD Chris Margaret Aanonsen er kandidat til visepresidentvervet for fag og profesjon i Psykologforeningen. Hun er sittende medlem i det nåværende sentralstyret.

Det ligger allerede an til et av de mest spennende landsmøtene på mange år når det gjelder valg av president, visepresidenter og sentralstyremedlemmer. Inntil nylig var det to kandidater til alle topposisjonene.

Jeg har tidligere blitt spurt av enkeltmedlemmer og tillitsvalgte om å stille som visepresident for fag og profesjon, men vurdert det som lite aktuelt. En ting er at jeg bor i Trondheim og er langt fra Psykologforeningens hovedsete i Oslo, i tillegg var det allerede to kompetente kandidater til dette vervet. Dessverre trakk Ole André Solbakken sitt kandidatur for kun kort tid siden. Som Solbakken er jeg opptatt av tydeligere føringer på faglig utvikling og profesjonens utfordringer og mener det er viktig at medlemmene våre har et valg knyttet til alle topposisjoner. Inspirert av distriktskandidaturet til Bjarte Bruntveit fra Hordaland velger jeg nå å stille til valg som visepresident for fag og profesjon.

Kandidatpresentasjon

Jeg er spesialist i barne- og ungdomspsykologi og har hovedsakelig jobbet med døve og hørselshemmede barn og unge i over 20 år, både som kliniker og forsker på fagfeltet, i både stat og spesialisthelsetjenesten. Fagfeltet krever både spisskompetanse på hørsel, kultur og tegnspråk samt en stor bredde når det gjelder sammensatte tilstander, utredning, behandling, somatisk komorbiditet og samarbeid på tvers av ulike nivå og instanser. Et relativt lite norsk fagmiljø kompenseres med tett internasjonalt samarbeid. Dermed har

jeg fått erfaring med å både forelese og lede fagmøter på internasjonale konferanser. Det har gitt meg viktige erfaringer med å lede høyt kompetente fagfolk med ulikt utgangspunkt og sørge for møtearenaer der man har stor takhøyde for utveksling av fag og faglig uenighet preget av respekt.

Som hoved- og foretakstillitsvalgt ved St. Olavs hospital de siste 12 årene har jeg fått erfaring med å representere våre medlemmer både innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne, rus og avhengighet og i somatikken. For å klare å ivareta bredden i faget vårt er og har jeg vært avhengig av et tett og godt samarbeid med mine lokale tillitsvalgte og mine tillitsvalgtkollegaer fra andre foreninger. Jeg har kunnet støtte meg på deres kunnskap på fagfelt jeg har lite erfaring med. Dette har gitt meg svært verdifull erfaring i samarbeid med mange ulike fagfelt og en ydmykhet for bredden av faget vårt.

Fagpolitisk engasjement

Et av områdene jeg brenner spesielt for, er forskning og forskningspolitikk. Jeg mener det er et stort behov for å bedre ivareta interessene til medlemmene (både psykologer, spesialister og forskere) ved universitetene, i tillegg til forskningen innenfor både kommune- og spesialisthelsetjenesten og andre sektorer. Dette inntrykket ble særlig forsterka da jeg tok min doktorgrad ved Institutt for psykisk helse ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU. I denne perioden kom jeg tettere på et stort antall ansatte, mange i langvarige midlertidige stillinger, som jobbet under stort tids- og økonomisk press knyttet til begrensninger i prosjektmidler.

Jeg opplever at mye av dagens helsebudsjetter og helsepolitikk baseres for mye på økonomi og byråkrati og på et manglende kunnskapsgrunnlag. Mer aktiv bruk av forskningsbaserte prinsipper vil kunne føre til både bedre kvalitet i utredning og behandling i tillegg til å øke effektiviteten og begrense turnover. En tydeligere forskningsprofil for Psykologforeningen vil også styrke oss som en faglig forening. Mye tyder på at det vil være en viktig tyngde for oss å ha den kommende tiden når man skal inn i diskusjoner om hvilke faglige betingelser som skal gjelde for tjenestene, og hvorfor. Et tett samarbeid med den kommende visepresident for lønn og arbeidsliv vil være nødvendig for å sikre en lønnspolitikk som gjør det mer attraktivt å ta en doktorgrad og fortsette med forskning, samtidig som vi trenger et tett samarbeid med sykehusene.

Tettere kontakt med utdanningsstedene er også noe jeg ønsker å følge opp. Studentpolitisk utvalg (SPU) fremmer en sak til landsmøtet om opprettelsen av en utdanningskomité for profesjonsutdanningen i psykologi. SPU foreslår at utdanningskomitéens mandat bl.a. kan være å utvikle utdanningspolitikk for profesjonsstudiet, arrangere regelmessige dialogmøter med universitetene og studentdemokratiene og samarbeide med relevante studentorganer og institutter for å styrke den norske grunnutdanningen. Den foreslåtte utdanningskomitéen vil kunne ivareta nettopp dette. I tillegg ønsker jeg å sikre god dialog mellom både foreningen, utdanningsstedene og hovedarbeidsgiverne for å kunne gjøre gode faglige tilpasninger i utdanningen i tråd med behov og endringer i samfunnet. Med min bakgrunn som kliniker med forskerkompetanse mener jeg at jeg har gode forutsetninger for en slik innsats.

— vil også styrke oss som en faglig forening

I 2022 fikk jeg landsmøtets tillit som sentralstyremedlem, og nå håper jeg på å få landsmøtets tillit som visepresident for fag og profesjon. En stor takk går til lokalavdelingen min i Sør-Trøndelag for både nominasjonen til vervet som visepresident og ikke minst tilliten deres. Jeg gleder meg til å utdype punktene fra dette innlegget og kommer tilbake til flere av mine tanker for veien videre for foreningen i fremtidige debatter, innlegg og samtaler. 🍷

REFERANSER

- Bruntveit, B. (2025, 25. april). Derfor er jeg den beste kandidaten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso4ae-Derfor-er-jeg-den-beste-kandidaten>
- Solbakken, O. A. (2025, 10. juni). Trekker mitt kandidatur. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025aso6ae-Trekker-mitt-kandidatur>

Styrken i fellesskapet

De tillitsvalgte forvalter et ansvar på vegne av fellesskapet, og noen ganger kan det nok kjennes som en tungrodd jobb med dagens betingelser og økonomiske forutsetninger, men en dimensjon vi må ha med oss, er at tillitsvalgtarbeidet er viktig, verdibevarende vedlikeholdsarbeid.

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



**Hanne
Indregard
Lind**

Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitik

Lønnsforhandlingene er et viktig uttrykk for hvordan vi som organisert arbeidsliv tar ansvar, og det viser oss styrken og verdien i felles løsninger og samarbeid. Den norske modellen bygger på et organisert arbeidsliv, med tydelige roller for arbeidstakere, arbeidsgivere og myndigheter. I dette systemet er samarbeid og gjensidig respekt viktige faktorer.

Lønnsoppgjøret gir gjennom kollektive, lokale forhandlinger resultater ikke bare for enkeltgrupper, men for arbeidslivet som helhet. Oppgjørene handler om lønn og kjøpekraft for den enkelte, men det handler også om retning, langsiktighet og ansvarlighet.

Mange psykologer opplever høyt arbeidspress, begrensede ressurser og støttefunksjoner, og arbeidsplassene opplever utfordringer med å rekruttere og beholde ansatte. Da er det avgjørende å utvikle et arbeidsliv med gode betingelser, og som er sunt. Arbeidslivet må være bærekraftig over tid, og arbeidsplassene må være attraktive, slik at vi klarer å rekruttere og beholde psykologer i de ulike sektorene hvor vår kompetanse er tiltrengt.

Gjennom forhandlinger om økonomiske rammer, arbeidsvilkår og utviklingsmuligheter, legger vi grunnlaget for tjenester som kan holde høy kvalitet i årene som kommer. Vi oppnår en del sammen, men vi ser også at frontfagsanslaget stadig brukes som en stram fasit heller enn som en norm over tid. Dette gjør at arbeidsplasser

og sektorer som sårt trenger et løft, heller enn å få det ut fra fleksible vurderinger av behov, blir sårbare for kompetanseflukt og gjennomtrekk.

Årets sentrale lønnsforhandlinger er i havn, og i sykehusene er de lokale forhandlingene også slutført. I stat og kommune gjenstår lokale forhandlinger der de tillitsvalgte forhandler kollektivt på sine arbeidsplasser, på vegne av medlemmene.

Oppgjøret i år var et mellomoppgjør, med forhandling om økonomi, og ikke øvrige

betingelser. Resultatene for psykologene er på linje med øvrig offentlig sektor. Etter noen år hvor inflasjonen har spist opp lønnsveksten, vil årets oppgjør innebære reallønnsvekst for andre år på rad. For avtalespesialistenes del har vi også fått gjennomslag for en ny takst for bruk av tilbakemeldingsverktøy i behandlingen. Forhandlingsutvalg, sekretariat og de tillitsvalgte gjør hvert år en betydelig innsats for fellesskapet.

Når vi oppnår reallønnsvekst, bedre faglige betingelser og arbeidsforhold i dialog med arbeidsgiver, er det noe som ikke bare positivt for den enkelte psykolog. Det bidrar til kvalitet og stabilitet i tjenestene vi leverer, og dermed også bedre tilbud til pasientene.

De tillitsvalgte spiller en helt sentral rolle i dette arbeidet. De jobber med dialog gjennom hele året, forberedelser til og gjennomføring av forhandlinger, samt oppfølging av resultatene. De tillitsvalgte forvalter et ansvar på vegne av fellesskapet, og noen ganger kan det nok kjennes som et tungrodd arbeid med dagens betingelser og økonomiske forutsetninger.

En viktig dimensjon vi imidlertid må ha med oss, er at lønnsforhandlinger og øvrig tillitsvalgtarbeid er verdibevarende vedlikeholdsarbeid. Det er en viktig og helt nødvendig investering i vårt eget arbeidsliv, både her og nå, men også for tiden som kommer.

Vi trenger ikke å se langt utover landegrensene for å se at det rundt oss i verden er mange eksempler som kontrasterer samarbeid, sunne arbeidsliv, tillit og fellesskap. Dette viser at vi har mye å ta vare på sammen her i landet. Lønnsoppgjøret er en påminnelse om at et sunt arbeidsliv og gode tilbud til befolkningen ikke skapes kun gjennom våre individuelle prestasjoner, men at vi er sammen om det.

Tusen takk for innsatsen til alle de som har bidratt i lønnsoppgjøret, og tusen takk for fellesskapet og styrken dere alle bidrar til gjennom å være medlemmer i Psykologforeningen.

Riktig god sommer! ■

– Det er avgjørende å utvikle et arbeidsliv med gode betingelser, og som er sunt

Hva skjer hvis du blir syk i ferien?



Foto: Privat

**Katja
Margaret
Boye**

Rådgiver i jus-
og arbeidslivs-
avdelingen

Noen er uheldige og blir syke i eller rett før en planlagt ferie, og opplever at den etterlengtede ferien blir ødelagt. Mange er ikke klar over at man da har rett til å utsette ferien.

For å ha rett til utsatt ferie må du være helt arbeidsufør, altså 100 % sykemeldt i minst én dag. Du får ikke rett til utsatt ferie dersom du er delvis sykemeldt. Dersom du blir syk, må du oppsøke lege og få legeerklæring uten ugrunnet opphold.

Hvis sykdommen inntreffer rett før ferien, betyr det at du må gå til legen så snart du har mulighet, og du må levere legeerklæringen senest siste arbeidsdag før ferien skulle startet. Da vil du ha rett til å utsette hele den planlagte ferien til senere samme år.

Hvis sykdommen inntreffer mens du er på ferie, kan du vente med å levere legeerklæringen til du er tilbake fra ferien. Vi i jus- og arbeidslivsavdelingen anbefaler imidlertid at våre medlemmer er forsiktige med å få en tilbakedatert sykemelding da vi ser at Nav foretar en streng vurdering før de godkjenner tilbakedaterte sykemeldinger.

Om det er mulig, kan det derfor være lurt å oppsøke lege der du er på ferie eller via digitale videoløsninger. Dersom vilkårene nevnt over er oppfylt, vil du kunne ha rett til å få ta ut nye feriedager senere samme år, tilsvarende de dagene du var syk.

Merk at retten til sykepenger kun gjelder innenfor EØS-området. Er du på reise utenfor EØS og

blir syk, har du i utgangspunktet ikke rett på sykepenger, men du har likevel rett til utsatt ferie de dagene man er syk. Disse feriedagene blir da ubetalte.

Det er viktig å merke seg at du ikke har rett til å utsette avtalt avspasering på grunn av sykdom. Dersom du har tatt ut avspasering i stedet for ferie eller kombinert avspaseringsdager og feriedager i en periode, og blir syk på en avspaseringsdag, så har du ikke rett til å få avspaseringsdagene utsatt på samme måte som feriedager.

Dersom du på grunn av kortvarig sykdom ikke rekker å ta ut all ferien din dette året, kan du overføre inntil to uker til neste år. Dette må du i så tilfelle avtale skriftlig med din arbeidsgiver.

Du kan lese mer om alt du trenger å vite om ferie på psykologforeningens nettsider.

Jus- og arbeidslivsavdelingen er tilgjengelig via Min side på Psykologforeningen.no eller via ja@psykologforeningen.no. Vi har daglig telefonvakt mellom kl. 12:15 og 15:00. Du når oss på 23 10 31 30. Telefonen er stengt i sommer mellom 14. juli og 4. august. ■

– Mange er ikke klar
over at man har rett
til å utsette ferien
dersom man blir syk



Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. august, frist for å bestille annonse er 17. juli

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
August	17. juli	1. aug
September	18. aug	1. sept
Oktober	16. sept	1. okt

Kontakt HSmedia for mer informasjon:
E-post psykologi@hsmedia.no
Frida Robertsen Mostad tlf. 416 91 872
Ragnhild Vangerud tlf. 990 14 423

Ψ Psykologtidsskriftet

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger

HELSE  SØR-ØST

 RBUP

rbup.no

Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

Spesialistutdanning for psykologer

Lær mer om utviklingsmulighetene i den terapeutiske relasjonen, og hvordan du kan bruke deg selv som terapeut for å oppnå endring. Programmene tar sikte på å favne kompleksiteten i en klinisk hverdag, med utviklingspsykologisk tenkning og forskning i sentrum.

Obligatorisk program i spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi: Åpent for søknad, oppstart januar 2026.

Valgfritt program i utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn og ungdom: Åpent for søknad, oppstart 25. september.

Ved spørsmål kontakt:

renate.stendal@r-bup.no (obligatorisk program),

monica.werner@r-bup.no (valgfri og intersubjektiv terapiutdanning)

- Undervisningen skjer i stabile grupper, med ro til langsgående prosesser og terapeututvikling.
- Integrasjon av teoretisk/empirisk kunnskap og klinisk praksis gjennom øvelser og refleksjon.
- Alle gruppelærere er erfarne terapeuter.



Psykologforeningens veilederutdanning for psykologer

Norsk psykologforening planlegger oppstart av nytt veilederutdanningsprogram høsten 2025. Målgruppen er psykologspesialister som gir psykoterapiveiledning og annen praksisorientert veiledning til psykologer. Hensikten med programmet er å styrke og fordype deltakernes veilederkompetanse, og derigjennom også bidra til en styrking av spesialistutdanningen. Psykologer som veileder andre yrkesgrupper kan også ha stort utbytte av veilederutdanningen. Bjarte Kyte og Hilde Pentzen leder programmet og er ansvarlige for det faglige innholdet.

Veilederutdanningen består av fire todagers fellessamlinger og ni gruppesamlinger. Underviserne på fellessamlingene bidrar med relevant forskning, teori og systematisering av erfaringer fra veiledningsarbeid. Fellessamlingene inneholder også gruppearbeid og faglige diskusjoner.

Deltakerne vil bli delt inn i veiledningsgrupper med gruppeleder og 5–6 deltakere som møtes ni ganger à én dag mellom fellessamlingene. I veiledningsgruppene vil deltakerne få veiledning på sitt eget veiledningsarbeid. Arbeidet i veiledningsgruppene er en sentral del av utdanningen, og det er viktig at alle deltakerne er til stede på og bidrar aktivt til hver gruppesamling. **Alle deltakerne må gi veiledning til andre under hele utdanningsforløpet, minst en av disse må være psykolog i spesialistutdanning. Deltakerne må også være villige til å filme eget veiledningsarbeid.**

Deltakeravgift

Prisen for deltakelse i programmet er kr 30 000 per semester (fire semestre). I prisen er det inkludert ni gruppesamlinger med gruppeleder, fire fellessamlinger og en overnatting per fellessamling og måltider. Alle gruppesamlingene vil finne sted i Oslo. Prisen forutsetter minimum 20 deltakere.

Påmeldingen er bindende til hele programmet, og en må delta på alle felles- og gruppesamlingene for å få utdanningen godkjent.

Spørsmål om praktiske forhold kan rettes til Norsk psykologforening ved kurskonsulent **Liv K. Håkonsen**, tlf. 23 10 31 61. Spørsmål om faglige forhold kan rettes til spesialrådgiver **Eva Danielsen**, tlf. 23 10 31 30.

Datoer for fellessamlingene

23.–24. oktober 2025, 23.–24. april 2026,
22.–23. oktober 2026 og 15.–16. april 2027.

Påmeldingsfrist: 11. september 2025

**Les mer om kurset
og meld deg på her:**



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Arnild Lauveng
913 17 162
arnild@psykologforeningen.no

Medlemmer

Eva Therese Næss
971 01 119
eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

Ann Birgithe Solheim Eikholm
971 29 052
abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris.m.aanonsen@gmail.com

Eldrid Robberstad
475 00 308
eldrid.robberstad@sola.kommune.no

Iver Nathaniel Sletten
studentrepresentant
479 62 110
iverns@uio.no

Varamedlemmer

Alf Martin Eriksen (1. vara)
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen (2. vara)
926 93 702
sebastian.gulbrandsen@gmail.com

Kristin Haugholt (3. vara)
951 72 032
kristinhaugholt@hotmail.com

Jørgen Edvin Westgren (4. vara)
911 16 616
joergenwestgren@gmail.com

Mina Karine Ekeberg Husflid (1. vara student)
458 11 820
marinakarine@yahoo.no

Ingunn Aasen (2. vara student)
950 79 853
ingunnaasen@hotmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus**

Andrea Wister
andrea_wister@alumni.brown.edu
994 35 493

Aust-Agder

Silje Andreassen
silje.andreassen@sshf.no
908 38 407

Buskerud

Henriette Alsaker
henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan
@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark

Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland

Asiyah Michelle Farooqui
michelle.farooqui@gmail.com
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
bjorn.olav.henden@helse-mr.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

Miriam Ryssdal
miriam.ryssdal@gmail.com
926 53 473

Oppland

Eline Sørensen
eline.sorensen@hotmail.com
902 96 361

Oslo

Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland

Marie Tonette Solhaug Hansen
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Idunn Aker
idunnaker@outlook.com
478 83 867

Telemark

Birgitte Lindøe
libi@siv.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
ida.atalie@gmail.com
916 99 270

Vest-Agder

Anne Martine Rafoss Dunsæd
Martine.rafoss@gmail.com
416 23 898

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
simen_ml@hotmail.com
906 53 556

Østfold

Fredrik Henanger Blom
fhblom@hotmail.com
975 61 945

Fagetisk råd

Mette Ekenes Garmanlund, leder
Rådgivningstelefon 480 58 723,
onsdager kl 15.30–17.30

Ankeutvalg for fagets klagesaker

Mariann Stadler, leder
mariannstadler@gmail.com
918 03 110

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Hanne Indregard Lind, leder/KTV
Helse sør-øst
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Forhandlingsutvalg for privat praksis

Hanne Indregard Lind, leder
h.indregard@hotmail.com
948 05 153

Spesialitetsrådet

Arnild Lauveng, leder
arnild@psykologforeningen.no
913 17 162

Fag- og profesjonsrådet

Arnild Lauveng, leder
arnild@psykologforeningen.no
913 17 162

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 7 2025

**Skandinaviske retningslinjer for behandling
av psykisk lidelse hos barn og unge:
En kvalitetsvurdering**

Dahlgren et al.

**Experiences of municipal psychologists
on their role in local public health work**

Granly et al.

**Psykomotorisk fysioterapi ved akutt mani
- en pilotstudie om reduksjon av stressaktivering**

Raugstad et al.

**Kartlegging av foreldrestil:
et spørreskjema for empatibasert,
følelsesbevisst foreldrekompetanse**

Fallmyr et al.

**Test Usage and Quality Awareness
among Norwegian Psychologists:
The EFPA Test Use Survey 2020**

Grønnerød et al.

**Erfaringer fra implementering av
kunnskapsbaserte behandlingsmetoder for
posttraumatisk stresslidelse**

Peters et al.

**Levekår, emosjonelle plager, resiliens
og foreldrestress – en kartlegging av
flyktningfamilier fra Ukraina**

Bjørknes et al.

Helter og syndebukker i media

Pål Grøndahl og Synnøve Fosse

Hvor er de lukkede rommene?

Håkon Skard

**Feilaktig framstilling i saken om
forskrivningsrett for psykologer**

Christian Grimsgaard

Tåkelegging av de lukkede rom

Siri Næs

**En tydeligere forskningsprofil for
Psykologforeningen**

Chris Margaret Aanonsen