

**Etisk ledelse i offentlig
helsevesen**

Udnæs & Stänicke

**Effektivisering og
fagetisk ubehag**

Lars Huneide Thorbjørnsen

**Styrkemodellen for
selvregulering**

Kristiansen & Martiny-Huenger



Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk
24.07.2026

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 tlf. 23 10 31 33
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Bestillingsfrist 17.08, 16.09, 16.10

Opplag 10 600

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
og Simen Bø

Markedsansvarlig Unni Sandland

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

Layout Christian von Schack

Bileredaktører Maria Astrup og Kristin Bø

Omslagsillustrasjon Bee Macclaskey

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-/
figurteksten. 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. Etikspanelet
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.
Etikspanelet og debattinnlegg uttrykker forfatterens meninger,
ikke Psykologtidsskriftets. 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.

F Fagpressen



INNHOOLD

NR 8 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

OMSLAG

Bee MacLaskey har tegnet forsiden til augustutgaven. Bee festet seg ved spenningen og følelsen av å være fanget i midten som kan oppstå når man forsøker seg på etisk ledelse i offentlig helsevesen.



NYHETER | Matt Oxman

Helse Vest tar ansvar 496

FRA PRAKSIS | Victoria Tao

Fallgruver ved kognitiv utredning av psykosepasienter 498

FAGARTIKKEL | Ingar Mikkola Kristiansen & Torsten Martiny-Huenger

Styrkemodellen for selvregulering
– svakheter og alternative perspektiver 502

FAGARTIKKEL | Jan Egil Stubberud

Å høre depresjon 508

FRA FORSKNINGEN | Kristine Bøen & Oda Vik Burmo

Unge deling av vold og overgrep 511

ORIGINALARTIKKEL | Arild Megard Udnæs & Erik Stänicke

Etiske spenninger i offentlig helsevesen
– psykologlederes refleksjoner 514

ORIGINALARTIKKEL | Sæstad et al.

Hva motiverer mellomledere til å bli i poliklinikker i psykisk
helsevern? 523

ETIKKPAELET | Lars Huneide Thorbjørnsen

Effektivisering og fagetisk ubehag 533

DOKTORGRADER 537

BOKSTOFF

Klassikeren av Jon Morgan Stokkeland
Cognitive Development 538

MINNEORD 543

TEKST Matt Oxman
Journalist

KONTAKT matt@psykologtidsskriftet.no

LISENSORDNINGEN

Helse Vest tar ansvar

Et nytt program skal skape forutsigbare rammer for lisenspsykologene.

Av 501 psykologer som fikk norsk autorisasjon i 2026, var 149 utdannet utenfor Norge – med andre ord litt under en tredjedel (Helsedirektoratet, 2026). Psykologutdanninger i utlandet har generelt mindre integrert praksis og gir ikke kunnskap om det norske helsevesenet, der psykologer har mer ansvar enn det som er vanlig i andre land (Oxman, 2025b). Før de kan få norsk autorisasjon, må nesten alle utenlandsutdannede psykologer få lisens fra Helsedirektoratet og fullføre en periode med veiledet praksis.

Yngre psykologers utvalg har varslet at psykologer med lisens – kjent som «lisenspsykologer» – får veiledning av varierende kvalitet (Hurlen, 2025). Også Psykologforeningens tillitsvalgte ved helseforetakene har signalisert om problemer med lisensordningen. I en undersøkelse utført av foreningen i 2024 svarte flertallet at det manglet konkrete tiltak for å oppnå målet om å utjevne forskjeller mellom utdanningene (Oxman, 2025a).

Nå tar Helse Vest regionale helseforetak grep.

FOTO JORUNN BUSK / HELSE VEST RHF & EIRIK DANKEL / HELSE FONNA



Lars Ravn Øhlckers, assisterende fagdirektør i Helse Vest.

Ingrid Camilla Heggland, psykologspesialist i Helse Fonna.

— Mye av programmets verdi vil ligge i refleksjonene og fellesskapet blant deltakerne

Rolle, rammeverk og moduler

Psykologtidsskriftet har intervjuet Lars Ravn Øhlckers og Ingrid Camilla Heggland for å lære mer om Helse Vest sitt nye tiltak for lisenspsykologene. Øhlckers er psykologspesialist og assisterende fagdirektør i Helse Vest.

Heggland er psykologspesialist i Helse Fonna og har bidratt til å utvikle tiltaket.

Det regionale helseforetaket startet prosjektet med å utvikle en ny rolle – utdanningsansvarlig psykolog – for så å rekruttere til rollen ved alle fem helseforetakene i regionen og

organisere de utdanningsansvarlige psykologene i et nettverk.

I prosjektets neste ledd utviklet nettverket et overordnet rammeverk med praksis- og veiledningskrav og et undervisningsprogram i tråd med rammeverket. Øhlckers og Heggland

forklarer at rammeverket bygger på læringsmålene for psykologer i Retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS), Helsedirektoratets retningslinjer for veiledet praksis for psykolog med lisens, og erfaringsmessige vurderinger av forskjeller mellom den norske og utenlandske psyko- logutdanninger.

Undervisningsprogrammet omfatter fire moduler med hver sin fysiske samling. Nettverket starter en pilot av programmet i august 2026.

Bakgrunnen for prosjektet er en rapport om bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i regionen (Helse Vest, 2023). Behovet for et fellesprogram for lisenspsykologene skilte seg ut, sier Øhlckers. Han fastslår at det er viktig å kvalitetssikre lisensordningen på lik linje med profesjonsutdanningen ved norske universiteter. Videre påpeker Øhlckers at lisenspsykologer jobber spredt rundt i regionen. Derfor er det hensiktsmessig å samle ressurser og koordinere tiltak regionalt, argumenterer han.

Nettverket av utdanningsansvarlige psykologer har utviklet programmet og gjennomfører piloten innenfor sine normale arbeidsrammer. Øhlckers sier prioriteringen faller godt innenfor føringene for helseforetakene. Han legger til at gjennomføringen av det nye programmet ikke vil påføre den kliniske virksomheten ved helseforetakene noe stort tap og vil lønne seg på lang sikt.

Samlingene skal tjene som en arena for å drøfte egne erfaringer, i tillegg til å motta undervisning, forteller Øhlckers.

– Mye av programmets verdi vil ligge i refleksjonene og fellesskapet blant deltakerne.

Heggland sier de regionale helseforetakene har for vane å dele det



FOTO PRIVAT

Peter Hurlen, leder av Yngre psykologers utvalg.

meste, og at lærdommene fra piloten kan ha nasjonal nytteverdi. Nettverket planlegger å hente inn erfaringer blant deltakere og undervisere for å evaluere modulene individuelt og undervisningsprogrammet som helhet, opplyser hun.

utenlandsutdannede psykologer, og der veilederen tilpasset opplæringen, forteller han. Andre psykologer med lisens har opplevd mindre forståelse, struktur og oppfølging, registrerer Hurlen, noe han sier kan føre til utfordringer med for eksempel

— *Psykologer med lisens kan være spesielt sårbare*

Takknemlig

– Det er først og fremst kjærkomment med et ordentlig tilbud til lisenspsykologene, sier Peter Hurlen, leder av Yngre psykologers utvalg. Han snakker av egen erfaring når han sier det er viktig at gruppen får muligheten til å møte praksissjokket sammen, i tillegg til å få en innføring i hva rollen som norsk psykolog innebærer.

Hurlen tok selv psykologutdanningen i København. Han var heldig med egen lisensperiode, ettersom han fikk jobb ved en klinikk som hadde mye erfaring med å veilede

journalføring, prioritering og mer overordnet lovverk. Psykologer utdannet i utlandet kan ikke uten videre kjenne igjen hva de ikke vet om den norske utdanningen og det norske systemet, påpeker han.

– Psykologer med lisens kan være spesielt sårbare og trenger derfor tettere oppfølging i starten. Arbeidet kan veldig fort bli veldig uoversiktlig.

Yngre psykologers utvalg håper lisenspsykologer i alle regioner snart får et tilbud tilsvarende tiltaket Helse Vest skal pilotere, avslutter utvalgets leder.

REFERANSER

- Helse Vest RHF. (2023). *Bærekraftig utvikling av kompetanse og kapasitet i psykisk helsevern og TSB*. Helse Vest RHF. <https://www.helse-vest.no/48ea3/siteassets/rapporter/berekrftsrapportar/barekraftig-utvikling-av-kompetanse-og-kapasitet-i-phv-og-tsb---rapport.pdf>
- Helsedirektoratet. (2026, 25. juni). Statistikk autorisert helsepersonell. *Helsedirektoratet*.

- <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-autorisert-helsepersonell>
- Hurlen, P. (2025). Lisenspsykologene ut av skyggen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-Lisenspsykologene-ut-av-skyggen>
- Oxman, M. (2025a). Fem saker vi følger i 2025. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(1),

- 4–6. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Fem-saker-vi-folger-i-2025>
- Oxman, M. (2025). Vil ha test for å autorisere psykologer utdannet i utlandet: – Farlig for pasienter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as01ae-Vil-ha-test-for-a-autorisere-psykologer-utdannet-i-utlandet-Farlig-for-pasienter

TEKST Victoria Tao
Seksjon for psykose døgn,
Sykehuset Telemark HF

Fallgruver ved kognitiv utredning av psykosepasienter

Psykologen må sikre at testresultatene også blir brukt til å forstå pasientens potensial for mestring.

Evneutredning har vært et sentralt kartleggingsverktøy på samtlige arbeidsplasser jeg har vært: allmennpoliklinikken, PPT, fengsel, og nå på lukket døgnavdeling for psykosepasienter. Utredningen har blant annet vært nyttig for å kartlegge forutsetninger for læring, kognitiv fungering og eventuelt behov for tilrettelegging. For pasienter med psykoselidelse kan en slik utredning være spesielt hensiktsmessig, ettersom de ofte har kognitive utfordringer (Ueland & Øie, 2010). Vanligvis har kognitivt funksjonsnivå også betydning for behandlingsforløp og rehabilitering.

Som psykolog i arbeid med psykosepasienter på døgnpost har jeg erfart stor etterspørsel for gjennomføring av Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) for å utrede kognitive evner. Sammenlignet med arbeidsplasser jeg har vært på tidligere, erfarer jeg at både gjennomføringen av evneutredningen og tolkningen av testresultatene er mer komplisert med psykosepasienter. Blant annet kan

utredningen påvirkes av psykosesyntomer, både positive og negative, og det kan være utfordrende å skille mellom stabile kognitive vansker og kognitive vansker relatert til psykoselidelsen. Samtidig må man tilstrekkelig hensynta konsekvenser for pasienten etter endt utredning.

Jeg ønsker her å belyse og reflektere over kliniske utfordringer man kan møte i utredning av kognitive vansker hos pasienter i schizofrenispekteret, med utgangspunkt i egne erfaringer fra arbeid på lukket langtidspost. Selv om kognitive vansker ved psykose kan kartlegges med flere ulike verktøy, fokuserer jeg her spesifikt på bruken av WAIS-IV i møte med denne pasientgruppen.

Kognitive vansker ved psykose

60–85 % av pasienter med psykoselidelser har kognitive vansker på ett eller flere områder (Ueland & Øie, 2010). Vanskene omfatter blant annet redusert oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, innlæring, prosesseringshastighet og eksekutive funksjoner (Cullberg, 2009; Ueland, 2008). Normalt evner vi å filtrere ut stimuli som ikke er vesentlige, og kan dermed ha selektiv oppmerksomhet. Ved psykose er filtreringsevnen ofte redusert (Cullberg, 2009). I tillegg kan lyd- og lysinntrykk være enten forsterket eller svekket sammenlignet med gjennomsnittsbefolkningen, og evnen til å skifte oppmerksomhet ved behov kan også være forstyrret. Noen ser for eksempel ikke helheten i like stor grad som de kunne tidligere, men blir i stedet mer opphengt i enkelt detaljer (Cullberg, 2009). Slike vansker kan være svært funksjonsnedsettende på skole, jobb og i sosiale aktiviteter, og til hinder for å leve selvstendig. Av den grunn er det viktig at kognitiv svikt blir oppdaget og tatt hensyn til ved behandling og rehabilitering.

Man kan bruke en rekke utredningsverktøy for å kartlegge kognitive funksjoner. Utredningen kan være del av en diagnostisk vurdering, brukes for å lage en passende behandlingsplan, eller for å vurdere behov for tilrettelegging i arbeid eller i andre aktiviteter. På døgnavdelingen har utredning av kognitivt funksjonsnivå vært spesielt hensiktsmessig for å vurdere behov for videre oppfølging etter utskrivelse, for eksempel fra kommunale tjenester, fordi det sier noe om forventninger til funksjon. En av de mest brukte er WAIS, som måler kognitivt evnenivå (Michel et al., 2013). WAIS består av ti kjernedeltester som skal reflektere fire spesifikke kognitive funksjonsområder: verbal forståelse, perseptuell resonnering, arbeidsminne og prosesseringshastighet.

Kliniske utfordringer

Få kontrollerte omgivelser

Tradisjonelt benytter man evnetester for å måle relativt stabil kognitiv fungering (Ueland & Øie, 2010). En utfordring med evneutredning på langtidspost med psykosepasienter er at pasientene ofte har vedvarende psykotiske symptomer og mer langvarig funksjonssvikt. Flere studier indikerer at kognitive vansker er relativt

stabile og vedvarer i perioder med sykdomsremisjon (Ueland, 2008). I tillegg er det stor enighet om at vanskene ofte er til stede også før psykosesyntomene utvikles. Dermed kan symptomene og funksjonssvikten gjøre det vanskelig å vurdere når pasientene kan anses som stabile «nok» til testing.

Positive psykosesyntomer som hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger kan også påvirke resultatene i testingen. Dersom man hører stemmer samtidig som man skal løse en matematisk oppgave, vil dette naturligvis være forstyrrende. Mange psykosepasienter opplever også tankeblokk, som vil si at man plutselig mister tankerekken sin eller tankene forsvinner, mens andre kan kjenne på det motsatte, at man sitter fast i en evig strøm av tanker (Cullberg, 2009). Negative symptomer som redusert motivasjon og følelsesmessig avflatning, samt kognitive vansker, kan forstyrre resultatene. Spesielt sistnevnte kan gjøre det vanskelig å skille stabile kognitive vansker fra kognitive vansker som er relatert til psykoselidelsen.

— det stilles høyere krav til klinisk skjønn

De fleste pasientene på langtidsposten har også begrenset utholdenhet og oppmerksomhetsspenn. Begrensningene gjør strukturerte og prestasjonsorienterte situasjoner, som en evneutredning er, svært krevende å gjennomføre. Motivasjonen for å gjøre sitt beste kan også være fraværende. For meg som psykolog innebærer begrensningene at jeg må vurdere hvor mye jeg kan tilrettelegge for å gjennomføre evneutredningen, samtidig som jeg ivaretar de standardiserte rammene til testen.

Sammenlignet med de andre arbeidsplassene jeg har vært på, opplever jeg at det stilles høyere krav til klinisk skjønn, både i vurderingen av om evneutredning er hensiktsmessig å gjennomføre på aktuelt tidspunkt, og ved tolkning av testresultatene. Til tross for at en innleggelse gir mulighet for å observere pasienten over tid, i tillegg til å ta hensyn til pasientens dagsform og dele opp testingen over flere dager, opplever jeg likevel at administreringen av en slik standardisert test er utfordrende.

Forskjell på testresultater og faktisk fungering

På en langtidspost hvor pasientenes fungering har blitt observert over lang tid og i ulike kontekster, opplever jeg at det kan oppstå en diskrepans mellom observert

funksjon og testresultatene. Det kan gjøre det komplisert å tolke og forstå resultatene, og vurdere på hvilken måte de kan eller ikke kan tillegges klinisk betydning. Eksempelvis kan man risikere at testresultatene enten blir en over- eller undervurdering av pasientenes faktiske fungering.

Eksempelvis har jeg observert pasienter som ikke evner å gjennomføre enkle dagligdagse aktiviteter uten veiledning, slik som å pusse tenner, dusje eller kle på seg. De kan da trenge omfattende veiledning, slik som å bli fortalt at de må ta av lokket på tannkremtuben, trykke på tuben så tannkremen kommer ut, holde tannbørsten under tuben, og så videre. Samtidig kan en slik pasient oppnå testresultater som indikerer kognitive evner over gjennomsnittet. Med andre ord kan testresultatene være gode, samtidig som de ikke samsvarer med pasientens observerte fungering i hverdagen. I slike tilfeller blir det ofte konkludert med at testresultatene ikke gir et dekkende bilde av pasientens funksjonsevne i dagliglivet. Samtidig blir det ofte utelukket at utfordringene kan handle om kognitive evner, men heller kan skyldes symptomtrykket.

Evneutredning kan altså ikke alltid gi informasjon om funksjonsnivå, men kan heller si noe om kapasitet og evner under spesifikke betingelser. WAIS-IV blir gjennomført under svært strukturerte rammer, og gir dermed generelt også begrenset informasjon om pasientenes funksjonsnivå i relasjonelle og ustrukturerte situasjoner. Å integrere testresultatene med den observerte hverdagsfungeringen er svært klinisk utfordrende. I den forbindelse har det også vært utfordrende å skille mellom premorbid fungering og aktuell fungering eller prestasjon. For å få et nøyaktig bilde av pasientens faktiske fungering har det vært helt avgjørende å gjennomføre en grundig journalgjennomgang, innhente anamnesticke opplysninger når det kommer til skolegang, fungering på arbeid og i sosial aktivitet, og innhente informasjon fra ulike miljøterapeuter i ulike kontekster.

— Pasientene er sårbare i konteksten de er i

Ikke som en blodprøve

Jeg opplever at testresultatene etter en evneutredning også kan få betydelige konsekvenser for pasientene utover den umiddelbare kliniske forståelsen. Evneutredningen påvirker også forventninger til fungering, når pasienter kan være utskrivelsesklare med tanke på habitualtilstand,

samt tilrettelegging og videre oppfølging. Som helsepersonell risikerer man med en evneutredning å begrense forståelsen av pasientene og deres muligheter og ressurser. Særlig problematisk er det å forstå kognitivt evnenivå som noe statisk og isolert, når funksjonsnivået ved langvarig psykose varierer avhengig av symptomtrykk og situasjon. For å sette det på spissen er det en fallgrube å tolke testresultatene nærmest som en blodprøve.

I tillegg opplever jeg at testresultatene kan få en nærmest autoritær status, og tillegges altfor stor betydning for beslutning på tvers av kontekster. I denne sammenhengen blir det ekstra viktig med presis dokumentering og kommunisering av kliniske utfordringer, begrensninger og implikasjoner for gjennomføring og tolkning av testresultatene.

Samlet sett har jeg tenkt mye på at evneutredning ved psykose ikke bare omfatter en faglig vurdering, men også en ivaretagelse av pasientenes livssituasjon. Som psykolog mener jeg man også har et etisk ansvar for hvordan testresultatene blir anvendt og formidlet i klinisk sammenheng. Med andre ord er det viktig at man som psykolog ivaretar testresultatene etter en evneutredning på en slik måte at de ikke risikerer å bli under- eller overtolket.

Kan pasientene gi et informert samtykke?

I tillegg til at testresultatene kan påvirke behandlingsforløpet, rehabiliteringsprosessen og kanskje selvforståelsen, er det flere andre faktorer som kompliserer testingen. Pasientene på en lukket psykosepost er som oftest underlagt tvungent psykisk helsevern, der opprettholdelse forutsetter manglende samtykkekompetanse. Et informert samtykke om gjennomføring av evneutredning kan være vanskelig å vurdere, fordi pasientene kan streve med å forstå formålet med testingen som følge av symptomtrykket. I tillegg erfarer jeg på langtidspost for psykosepasienter at flere opplever begrenset selvbestemmelse: Behandlere kan vurdere varighet av utgang, antall permisjoner, behov for kontinuerlig observasjon eller observasjon i intervaller, hyppighet av besøk, og lignende. Under langvarige innleggelser kan det dermed tenkes at pasientene blir institusjonalisert og glemmer hvilke rettigheter de har, og heller ikke tør å ytre sine meninger. Pasientene er sårbare i konteksten de er i, noe som stiller krav til psykologen om grundig informasjon på forhånd om både testen og selvbestemmelsesretten. En klinisk utfordring blir dermed å vurdere behovet for informasjon som en evneutredning gir, opp mot risikoen for både unødvendig belastning av pasienten og eventuelt feilaktige testresultater.

En stor fallgrube er at testresultatene av en WAIS-IV i større grad blir benyttet til å forstå pasientenes begrensninger, heller enn deres potensial for mestrings. Som psykolog stilles det dermed et stort ansvar ikke bare til å faglig vurdere tallene, men også betydningen evneutredningen har for pasientenes hverdag, styrker og potensial. Med andre ord mener jeg det ligger et ansvar i å formidle spesielt til andre instanser, men også til pasientene selv, hvordan en slik evneutredning eventuelt kan støtte pasientene, heller enn å begrense dem.

Telle epler eller redde galaksen?

Å bruke WAIS-IV i møte med psykosepasienter har vist seg å by på mange kliniske utfordringer. Sammenlignet med andre pasientgrupper opplever jeg det mer utfordrende både å gjennomføre testingen og å tolke testresultatene på grunn av faktorer som symptomtrykk, medikamentelle bivirkninger og konsekvenser etter testing. I tillegg kan det være utfordrende å vurdere pasientenes samtykke til testing. Noen ganger er det også en diskrepans mellom testresultatene og observert fungering på avdeling. Diskrepansen belyser viktigheten av å benytte testresultatene og rapporten kun som én del av en helhetlig forståelse.

Innleggelse på langtidspost gir en unik mulighet for å observere pasientene på tvers av situasjoner over lang tid. Slike observasjoner, for eksempel av evne til innlæring og gjennomføring av aktiviteter i hverdagen, kan gi informasjon som ikke blir fanget opp ved en evneutredning. Dermed er det i integreringen av kliniske observasjoner, anamnesticke opplysninger og testresultatene at nytteverdien av evneutredningen ligger. For å formulere utfordringene med et tunnelsyn på evneutredning på en annen måte: Hvis jeg hadde hatt som mål å redde hele galaksen, ville jeg heller ikke hatt interesse av å svare på hvor mange epler Ola har igjen. 

REFERANSER

Cullberg, J. (2009). *Psykoser. Et integrert perspektiv* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Hageberg, A. O. L. (2013). Personar med schizofreni har mindre kapasitet til nære relasjonar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(11), 1126–1127. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as10ae-Personar-med-schizofreni-har-mindre-kapasitet-til-naere-relasjonar>

Michel, N. M., Goldberg, J. O., Heinrichs R. W., Miles, A. A., Anmari, N. & Vaz, S. M. (2013). WAIS-IV profile of cognition in schizophrenia. *Assessment*, 20(4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/1073191113478153>

Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(9), 1164–1168. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008aso8ae-Kognitiv-funksjon-og-rehabilitering-ved-schizofreni>

Ueland, T. & Øie, M. (2010). *Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser: Et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner*. Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

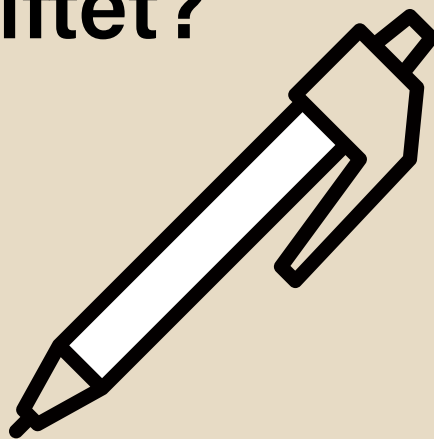
Øie, M. & Hugdahl, K. (2008). A 10–13 year follow-up of changes in perception and executive attention in patients with early-onset schizophrenia: A dichotic listening study. *Schizophrenia Research*, 106(1), 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.036>

Rettelse

I Fra praksis-artikkelen «Innføring av EMDR i tverrfaglig spesialisert rusbehandling» i julinummeret (s. 439) var etternavnet til en av forfatterne dessverre feilstavet. Riktig navn skal være **Espen Ajo Arnevik**.

Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

I Psykologtidsskriftet kan du dele erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkolleger.



TEKST Ingar Mikkola Kristiansen
Institutt for psykologi,
UiT Norges arktiske universitet

Torsten Martiny-Huenger
Institutt for psykologi,
UiT Norges arktiske universitet

Styrkemodellen for selvregulering – svakheter og alternative perspektiver

Vaner og verdier har mer betydning for atferdsendring enn selvkontroll.

En viktig del av arbeidet til psykologer er å hjelpe klienter med selvregulering. Selvregulering kan defineres som å regulere tanker, følelser og atferd for å oppnå personlige, langsiktige mål (Freund & Hennecke, 2015). Vellykket selvregulering kan beskrives som å handle på en måte som gjør at man kommer nærmere sitt mål, altså mål-kongruent atferd.

Et sentralt perspektiv på prosessen som leder til vellykket selvregulering, er Baumeister og kollegers styrkemodell (*strength model of self-control*) (Baumeister et al., 2007). Vellykket selvregulering oppfattes her som resultatet av en styrke som individer har mer eller mindre av (Tangney et al., 2004), og styrken forstås som en begrenset ressurs som krevende situasjoner kan tappe (Hagger et al., 2010).

Styrkemodellen har vært dominerende de siste tiårene, som vises i et svært høyt antall siteringer av Baumeister et al., 2007, utviklingen av relaterte begreper som *ego depletion* (Giboin & Wolff, 2019; Hagger et al., 2010) og forskning som har brukt spørreskjema som er ment å måle denne styrken (Tangney et al., 2004). I tillegg til bruken av perspektivet i psykologisk forskning, er styrkemodellen også kjent iblant allmennheten (Gennara et al., 2023).

Mer nylig har andre (f.eks. Koi, 2024) trukket fram at styrkemodellen kan få uheldige konsekvenser i psykolog-faglig arbeid rettet mot dem som sliter med selvregulering. Det akkumuleres også stadig mer evidens som bryter med sentrale aspekter ved styrkemodellen (f.eks. de Ridder et al., 2012). I vår artikkel ønsker vi å belyse hvordan styrkemodellens antakelser har utilstrekkelig evidens og snarere kan bidra til å hindre vellykket selvregulering. Vi går inn på perspektiver som knytter mål-kongruent atferd til verdiberegninger og vaner, og vi konkluderer med at styrkemodellen ikke er nødvendig for å forklare svikt i eller vellykket selvregulering. Til slutt beskriver vi hvordan vektlegging av verdiberegninger og vaner kan hjelpe personer som sliter med selvregulering til å få gjennomført mål-kongruent atferd.

Myten om viljemuskelen

En sentral antakelse i styrkemodellen er at anstrengelse, på samme måte som vi anstrenger oss for å løfte noe tungt, ligger til grunn for vellykket selvregulering (Baumeister et al., 2007). Ut ifra et slikt perspektiv er selvregulering en prosess som innebærer å aktivt motstå kortsiktige fristelser og anstrenge seg for å iverksette mål-kongruent atferd. Evnen til selvregulering antas å være basert på en begrenset ressurs, som har gitt opphav til metaforen om en viljemuskel som kan slites ut. Personer som oftere lykkes med selvregulering, oppfattes å ha mer av ressursen enn andre (Tangney et al., 2004), og det antas at vi kan få mer ressurser hvis vi trener opp viljemuskelen ved å bruke den aktivt (Baumeister & Vohs, 2016).

Vi anser at styrkemodellens antakelser bør problematiseres av flere grunner. For det første er det manglende evidensgrunnlag for modellens prediksjoner. For eksempel predikerer styrkemodellen at anstrengelse er en sentral del av vellykket selvregulering, men studier viser at de som lykkes med selvregulering, i snitt rapporterer å anstrenge seg *mindre* enn dem som mislykkes (de Ridder et al., 2012). Det er også manglende evidens for styrkemodellens prediksjon om at trening av viljemuskelen i en bestemt situasjon vil lede til en generelt sterkere viljemuskel, som igjen vil hjelpe oss å lykkes med selvregulering i situasjoner vi ikke har trent på (Frieze et al., 2017). Samtidig er det mulig at slik trening faktisk kan *svække* evnen til selvregulering, hvis treningen innebærer å utsette seg for flere fristelser. Studier antyder nemlig at det er en sammenheng mellom antall fristelser man opplever, og svikt i selvregulering (Baldwin et al., 2019; Hofmann et al., 2012). Det kan tyde på at personer som har god selvregulering, ikke er bedre på å aktivt motstå fristelser,

men heller å unngå dem i første omgang.

For det andre er det studier som viser at styrkemodellens forståelse av selvregulering kan være til hinder for mål-kongruent atferd. For eksempel, oppfatningen av selvregulering som avhengig av en begrenset ressurs kan lede til at en gir opp mål-kongruent atferd raskere enn personer som ikke har denne oppfatningen (Job et al., 2015; Job et al., 2010; Mlynski et al., 2026). Det kan også tenkes at styrkemodellen kan oppmuntre til risikofylt atferd hos personer som mener de selv har en sterk viljestyrke. I tråd med dette fant en studie på tidligere røykere at de som hadde sterk tro på egen viljestyrke, utsatte seg for flere situasjoner hvor de kunne bli fristet til å røyke (Nordgren et al., 2009). De hadde da også høyere forekomst av tilbakefall, som indikerer at de overvurderte sin egen evne til å motstå fristelsen til å røyke. Videre kan styrkemodellens forståelse av at svikt i selvregulering er forårsaket av en svak viljemuskel, virke stigmatiserende for dem som sliter med selvregulering (Goldkorn et al., 2025). Opplevelsen av stigma i seg selv har vist seg å gjøre selvregulering vanskeligere (Inzlicht et al., 2006; Razeghian Jahromi et al., 2024).

Samlet sett vurderer vi at styrkemodellens prediksjoner ikke støttes av nyere studier, og at den i ytterste konsekvens kan lede til uhensiktsmessig atferd og stigmatisering. Det finnes andre perspektiver på selvregulering som i større grad samsvarer med forskningsfunn og som kan informere praktiske løsninger for utfordringer med selvregulering.

— eksistensen av en viljemuskel er ikke nødvendig for å forklare svikt i selvregulering

Verdiberegninger og vaner

Styrkemodellens sentrale antakelser, som eksistensen av en viljemuskel, er ikke nødvendig for å forklare svikt i selvregulering. For eksempel, å gi etter for en fristelse kan være en konsekvens av at insentivene ble oppfattet som større enn kostnadene. Med andre ord, fristelsen var mer verdt for oss enn den mål-kongruente atferden i det øyeblikket. Det er altså ikke behov for å involvere en viljemuskel. I stedet kan selvregulering ses som en mental prosess som sammenligner nåværende atferdsvalg og iverksetter atferden som kommer best ut i en



verdiberegning som i *the identity-value model* (Berkman et al., 2017a). Verdiberegningen inkluderer hvor godt vi liker å utføre atferden, og andre insentiver knyttet til for eksempel behovet for integritet, positivt selvbilde og gruppetilhørighet (Berkman et al., 2017b). Verdiberegningen påvirkes også av atferdens forventede kostnad, som da reduserer atferdens opplevde verdi. Å forbedre selvregulering handler da om å finne måter å tippe verdiberegningen over i den mål-kongruente atferdens favør, slik at vi i større grad får lyst til å iverksette den fremfor

annen, fristende atferd. Vi illustrerer hvordan dette kan gjøres, med et eksempel senere.

Et annet perspektiv på selvregulering vektlegger vaner, som kan forklare svikt i selvregulering ved at uønsket atferd, eller atferd som da ikke er mål-kongruent, utløses av visse situasjoner (Wood et al., 2023). Vaner er lærte assosiasjoner mellom situasjon og handling, slik at når vi møter på situasjonen, trigges atferden automatisk (Wood & Rünger, 2016). På samme måte som dårlige vaner kan utløse uønsket atferd, så kan gode vaner hjelpe med å



gjennomføre ønsket, mål-kongruent atferd. Et slikt syn støttes av en metaanalyse på 102 studier, som konkluderte med at vaner er en sentral faktor for vellykket selvregulering (de Ridder et al., 2012).

Vanenes rolle for vellykket selvregulering henger trolig sammen med at vaner hjelper med å opprettholde mål-kongruent atferd over tid, ved at atferden repeteres i assosierte situasjoner (Kwasnicka et al., 2016). Å repetere mål-kongruent atferd er ofte nødvendig for de utfallsmålene vi forbinder med vellykket selvregulering, som god helse

eller gode eksamensresultater (Tangney et al., 2004). På den andre siden er det utfordrende å opprettholde atferd uten vaner. Uten vaner må atferden aktivt holdes i arbeidsminnet, hvilket kan være veldig utfordrende i en hverdag hvor mange ting kjemper for vår oppmerksomhet. Vanenes rolle for vellykket selvregulering er støttet av flere studier på ulike mål-kongruent atferd, blant annet når det gjelder trening (Gillebaart & Adriaanse, 2017), kosthold (Lin et al., 2016) og hjemmelekser (Galla & Duckworth, 2015).

Oppsummert gir verdiberegninger og vaner to perspektiver på selvregulering som forklarer både svikt og suksess uten å involvere viljestyrke som en avgjørende faktor. Med utgangspunkt i denne forståelsen ønsker vi i det videre å vise hvordan vi kan konkret hjelpe dem som sliter med selvregulering.

— dårlige vaner kan utløse uønsket atferd

Et eksempel og seks strategier

Å forbedre selvregulering handler i bunn og grunn om å øke sannsynligheten for å gjennomføre mål-kongruent atferd over tid. For å få dette til er det nyttig å bruke proaktive strategier for å adressere typiske utfordringer for selvregulering (de Ridder & Fennis, 2025). Med utgangspunkt i at verdiberegninger og vaner er viktige for selvreguleringsutfall, illustrerer vi nå seks strategier som kan anvendes for å adressere tre typiske utfordringer for selvregulering og dermed øke sannsynligheten for å lykkes.

Vi kan bruke trening som eksempel på en mål-kongruent atferd. Den første utfordringen er at en annen atferd, for eksempel TV-titting, kan ende opp med høyere opplevd verdi enn treningsøkten, og derfor bli prioritert (Jung & Brawley, 2010). Vi kan adressere utfordringen med å finne måter å tippe verdiberegningen over i treningsens favør på.

Det første vi kan gjøre, er å finne atferden som har høyest opplevd verdi for oss og samtidig er i tråd med målet vårt om å være fysisk aktivt (strategi nummer en). Det bør være en aktivitet vi får en viss glede av å gjennomføre, og som passer med hvordan vi ser på oss

selv. Det kan for eksempel være å gå turer i skogen, hvis vi opplever positive følelser av det og oppfatter oss selv som et friluftsmenneske, eller løfte vekt på et treningssenter, hvis det passer bedre med våre interesser og selvoppfatning. I neste steg kan vi øke treningens opplevde verdi ved å kombinere den med *andre* fordeler (strategi nummer to), som sosiale interaksjoner. I tillegg kan vi legge til kostnader til fristende aktiviteter (strategi nummer tre), for å redusere sannsynligheten for at vi gjør en fristende atferd i stedet for å trene. For eksempel, om vi er fristet til å se på TV, kan vi øke kostnadene til TV-titting ved å logge ut av våre streamingtjenester, sette på en tidsbestemt skjermssperre eller lage en avtale om å trene med en venn. Tiltakene vil øke kostnaden ved at det kreves flere steg for å komme i gang med tittingen, og at det får sosiale kostnader ved å bryte et løfte. Da har vi lagt til rette for at treningsformen har høy opplevd verdi for oss, og at den opplevde verdien til andre atferdsvalg er lavere.

Den andre utfordringen er at etablerte vaner, for eksempel å se på TV, blir utløst av assosierte situasjoner og avsporer oss fra treningsøkten. For å forebygge at slikt skjer, kan vi fjerne problematiske stimuli som er assosiert med TV-titting (strategi nummer fire), for å forhindre at det utløser atferden (Verplanken & Roy, 2016). Eksempel på en slik stimuli kan være fjernkontrollen. Et forebyggende tiltak kan være å gjemme den ute av syne, eller unngå rommet som vi assosierer med TV-titting, til vi har gjennomført treningsøkten.

Den tredje utfordringen er at det kan være vanskelig å huske på vår intensjon om å trene, fordi det er så mange andre ting som kjemper om vår oppmerksomhet. Da kan vi strategisk plassere stimuli som minner oss om treningen (strategi nummer fem). For eksempel kan vi plassere joggeskoene synlig i inngangspartiet, som en påminner om treningsøkten. Det vil øke sannsynligheten for at vi trener, på samme måte som det å fjerne stimuli assosiert med uønsket atferd bidrar til å redusere sannsynligheten for å utføre den uønskede atferden (jamfør strategi nummer fire).

Til slutt, hvis det er aspekter ved omgivelsene våre vi ikke kan kontrollere, kan vi lage konkrete planer for når vi skal starte treningsøkten (strategi nummer seks). En måte å planlegge på som bygger på de samme assosiative prinsippene som vaner, er hvis-så-planer som knytter

en passende situasjon til en mål-kongruent handling (Gollwitzer, 1999). Det kan være en plan som utløser atferden direkte, som «Etter at jeg kommer hjem fra jobb, tar jeg på meg treningstøyet». Alternativt kan det være en plan som støtter den mål-kongruente atferden på en annen måte, for eksempel «Etter å ha pusset tennene om kvelden pakker jeg treningsbagen min slik at jeg har den klar til i morgen». En stor mengde forskning indikerer at slike hvis-så-planer danner en assosiasjon mellom situasjon og handling, som gir nesten de samme fordelene som gode vaner (Gollwitzer, 1999; Sheeran et al., 2025). I tråd med dette har flere studier funnet at situasjonsplanlegging er noe som karakteriserer personer som lykkes med selvregulering (Kristiansen et al., 2023; Martiny-Huenger et al., 2022).

Samlet sett bygger forslagene på perspektivet om at vellykket selvregulering ikke er et resultat av viljestyrke, men i stedet smart bruk av proaktive strategier. Det kan være barrierer for å benytte seg av slike strategier, ettersom det er vanlig å misforstå at det å måtte bruke såkalte triks for å lykkes er et tegn på svakhet (Gennara et al., 2023). Vi håper vår artikkel kan bidra til å informere om misoppfatninger om selvregulering, og fremheve at manglende selvregulering eller bruk av strategier ikke er tegn på svakhet.

Oppsummering

Både i psykologifaget og blant folk flest har styrkemodellen vært et sentralt perspektiv på selvregulering. Imidlertid tenker vi at styrkemodellen er lite beskrivende for hva selvregulering faktisk handler om, og modellen er trolig lite til hjelp for dem som sliter med selvregulering. I stedet anser vi at det kan være mer hensiktsmessig å fokusere på å velge mål-kongruent atferd som har høy opplevd verdi for oss, og samtidig gjøre at annen, ikke-mål-kongruent atferd har høyere kostnader. Videre kan man endre på situasjoner og omgivelser for å forebygge at gamle vaner trigger uønsket atferd, og bruke hvis-så-planer for å huske målet vårt. Med andre ord handler ikke vellykket selvregulering om å kjempe hardere med impulsene, men heller å tenke på smarte strategier som vi kan bruke for å øke sannsynligheten for at vi får gjennomført mål-kongruent atferd over tid.

REFERANSER

- Baldwin, C. L., Finley, A. J., Garrison, K. E., Crowell, A. L. & Schmeichel, B. J. (2019). Higher trait self-control is associated with less intense visceral states. *Self and Identity*, 18(5), 576–588. <https://doi.org/10.1080/15298868.2018.1495666>
- Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (2016). Strength model of self-regulation as limited resource: Assessment, controversies, update. *Advances in Experimental Social Psychology*, 54, 67–127. <https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2016.04.001>
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D. & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
- Berkman, E. T., Hutcherson, C. A., Livingston, J. L., Kahn, L. E. & Inzlicht, M. (2017a). Self-control as value-based choice. *Current Directions in Psychological Science*, 26(5), 422–428. <https://doi.org/10.1177/0963721417704394>
- Berkman, E. T., Livingston, J. L. & Kahn, L. E. (2017b). Finding the «self» in self-regulation: The identity-value model. *Psychological Inquiry*, 28(2–3), 77–98. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2017.1323463>
- de Ridder, D. T. D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M. & Baumeister, R. F. (2012). Taking stock of self-control: A meta-analysis of how trait self-control relates to a wide range of behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76–99. <https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- de Ridder, D. & Fennis, B. M. (2025). Editorial overview: Mapping the current state of affairs and future outlook of self-control and self-regulation research: From effortful inhibition to motivated and situated strategies. *Current Opinion in Psychology*, 61, 101940. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2024.101940>
- Freund, A. M. & Hennecke, M. (2015). Self-regulation in adulthood. I J. D. Wright (Red.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2. utg., s. 557–562). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.26061-3>
- Frieze, M., Frankenbach, J., Job, V. & Loschelder, D. D. (2017). Does self-control

- training improve self-control? A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 1077–1099. <https://doi.org/10.1177/1745691617697076>
- Galla, B. M. & Duckworth, A. L. (2015). More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(3), 508–525. <https://doi.org/10.1037/pspp0000026>
- Gennara, A., Peetz, J. & Milyavskaya, M. (2023). When more is less: Self-control strategies are seen as less indicative of self-control than just willpower. *Journal of Experimental Social Psychology*, 106, 104–157. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2023.104457>
- Giboin, L.-S. & Wolff, W. (2019). The effect of ego depletion or mental fatigue on subsequent physical endurance performance: A meta-analysis. *Performance Enhancement & Health*, 7(1), 100–150. <https://doi.org/10.1016/j.peh.2019.100150>
- Gillebaart, M. & Adriaanse, M. A. (2017). Self-control predicts exercise behavior by force of habit, a conceptual replication of Adriaanse et al. (2014). *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00190>
- Goldkorn, M., Schwartz, B. & Monterosso, J. (2025). Views among the general public on new anti-obesity medications and on the perception of obesity as a failure of willpower. *Obesity Science & Practice*, 11(2), e70–e41. <https://doi.org/10.1002/osp4.70041>
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Hagger, M. S., Wood, C., Stiff, C. & Chatzisarantis, N. L. D. (2010). Ego depletion and the strength model of self-control: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 495–525. <https://doi.org/10.1037/a0019486>
- Hofmann, W., Baumeister, R. F., Förster, G. & Vohs, K. D. (2012). Everyday temptations: An experience sampling study of desire, conflict, and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1318–1335. <https://doi.org/10.1037/a0026545>
- Inzlicht, M., McKay, L. & Aronson, J. (2006). Stigma as ego depletion: How being the target of prejudice affects self-control. *Psychological Science*, 17(3), 262–269. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01695.x>
- Job, V., Bernecker, K., Miketta, S. & Friese, M. (2015). Implicit theories about willpower predict the activation of a rest goal following self-control exertion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(4), 694–706. <https://doi.org/10.1037/pspp0000042>
- Job, V., Dweck, C. S. & Walton, G. M. (2010). Ego depletion—is it all in your head?: Implicit theories about willpower affect self-regulation. *Psychological Science*, 21(11), 1686–1693. <https://doi.org/10.1177/0956797610384745>
- Jung, M. E. & Brawley, L. R. (2010). Concurrent management of exercise with other valued life goals: Comparison of frequent and less frequent exercisers. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(5), 372–377. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2010.04.006>
- Koi, P. (2024). Willpower as a metaphor. I D. Shoemaker, S. Amaya & M. Vargas (Eds.), *Oxford Studies in Agency and Responsibility Volume 8: Non-Ideal Agency and Responsibility* (s. 34–57). Oxford University Press.
- Kristiansen, I. M., Martiny-Huenger, T. & Parks-Stamm, E. J. (2023). Situational cues in thoughts about the future: Relationships with self-reported and actual self-regulation success. *Social Psychology*, 54(3), 151–167. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000511>
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M. & Sniehotka, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review*, 10(3), 277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Lin, P.-Y., Wood, W. & Monterosso, J. (2016). Healthy eating habits protect against temptations. *Appetite*, 103, 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.011>
- Martiny-Huenger, T., Damanskyy, Y. & Parks-Stamm, E. J. (2022). From thought to action: On the relevance of including situational cues in thought about intended actions. *PLOS ONE*, 17(2), e0264342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264342>
- Mlynski, C., Clay, G., Jankowski, J. & Job, V. (2026). Lay beliefs of willpower shape individuals' propensity to approach or avoid effortful tasks. *Journal of Experimental Psychology: General*, 155(4), 939–950. <https://doi.org/10.1037/xge0001885>
- Nordgren, L. F., Harreveld, F. van & Pligt, J. van der. (2009). The restraint bias: How the illusion of self-restraint promotes impulsive behavior. *Psychological Science*, 20(12), 1523–1528. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02468.x>
- Razeghian Jahromi, L., Sadeghi Mazidi, S., Javid, M. & Moradi Bavi, A. (2024). Relationship between substance use-associated stigma and executive dysfunction. *Journal of Substance Use*, 29(5), 881–885. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2261055>
- Riet, J. van't, Sijtsma, S. J., Dagevos, H. & De Bruijn, G.-J. (2011). The importance of habits in eating behaviour. An overview and recommendations for future research. *Appetite, Feeding Infants and Young Children: Guidelines, Research and Practice*, 57(3), 585–596. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.010>
- Sheeran, P., Listrom, O. & Gollwitzer, P. M. (2025). The when and how of planning: Meta-analysis of the scope and components of implementation intentions in 642 tests. *European Review of Social Psychology*, 36(1), 1–33. <https://doi.org/10.1080/10463283.2024.2334563>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Verplanken, B. & Roy, D. (2016). Empowering interventions to promote sustainable lifestyles: Testing the habit discontinuity hypothesis in a field experiment. *Journal of Environmental Psychology*, 45, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2015.11.008>
- Wood, K. M. J., Seabrooke, T. & Mitchell, C. J. (2023). Action slips in food choices: A measure of habits and goal-directed control. *Learning & Behavior*, 51(3), 295–307. <https://doi.org/10.3758/s13420-023-00573-5>
- Wood, W. & Rünger, D. (2016). Psychology of habit. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 289–314. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>

TEKST

Jan Egil Stubberud

The Depression Research
Initiative (DRIVE), Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo
Lovisenberg Diakonale Sykehus

Å høre depresjon

Stemmeanalyse kan supplere vanlig klinisk praksis i utredning og løpende vurderinger av depresjon.

Kan depresjon høres i stemmen? Spørsmålet kan virke både fjernt og intuitivt. Fjernt fordi vi er vant til å forstå psykisk lidelse gjennom ord, symptombeskrivelser, skåringsskjemaer og kliniske samtaler. Intuitivt fordi vi i hverdagen lytter etter mer enn det som sies. Vi hører om noen er slitne, urolige, tilbakeholdne eller ikke helt seg selv. Et «hei» kan være nok. Ikke fordi ordet avslører noe, men fordi stemmen gjør det, i tempo, pust, pauser og kraft, eller fraværet av den.

Stemmen er aldri bare språk. Den bærer rytme, nøling og anstrengelse. Stemmen er også kroppslig, formet av pust, strupe, ansiktsmuskulatur og motorikk, men også av følelser, oppmerksomhet og relasjon. Når et menneske snakker, hører vi ikke bare mening. Vi hører også hvordan språket bæres frem. Nettopp det undersøker man mer systematisk med stemmeanalyse.

Fra innhold til uttrykk

Psykologien har tradisjonelt vært mest opptatt av hva mennesker sier, hva de forteller om tristhet, håpløshet, søvn, energi, uro, selvbilde og funksjon. Samtidig har klinikere alltid lyttet til mer enn innholdet. I samtale merker vi tempo, følelser, stemmestyrke, nøling, kontakt og pauser. Vi merker om ordene kommer lett eller tungt, om stemmen er levende eller flat, om personen virker presset, resignert eller fjern.

Interessen for stemmen som mulig markør for psykisk lidelse har økt betydelig de siste årene (se blant annet Lu et al., 2025; Maran et al., 2025). Internasjonalt undersøker forskere om depresjon og andre psykiske tilstander setter målbare spor i tonehøyde, taletempo, pauser, variasjon, flyt, stemmekvalitet og språkbruk. Analyser av stemmen kan ikke erstatte klinisk vurdering, men kan gi supplerende informasjon fordi stemmen bærer spor av hvordan et menneske har det. Stemmeanalyse handler om nettopp dette skiftet i oppmerksomhet fra innhold til uttrykk.

Når forskere analyserer stemmen, undersøker de blant annet trykk, tonefall og rytme, i tillegg til temporale trekk som taletempo og pauser, og stemmekvalitet, altså om stemmen er stabil, presset eller anstrengt (Menne et al., 2024). Noen studier inkluderer også språklige mål, som ordrikdom, gjentakelser, emosjonell valør og opplevd handlekraft i det som sies. Endringer i stemmen kan gjenspeile psykiske symptomer, som også kan ha ulike talemessige uttrykk: Apati er særlig forbundet med temporale aspekter ved talen, mens angst i større grad henger sammen med stemmekvalitet (Konig et al., 2021).

Supplement i diagnostisering av depresjon

Stemmeanalyse åpner for en litt annen måte å forstå psykiske lidelser på. For eksempel er depresjon ikke bare tristhet som innhold. Ved depresjon kan pausene bli lengre og stemmen miste spennvidde. Det som høres, er ikke bare ordene, men tempoet, pausene og bevegelsen gjennom språket (Menne et al., 2024; Wiseman et al., 2025).

Forskningen på gjenkjenning av depresjon med stemmeanalyse er lovende, men viser foreløpig blandede resultater. En metaanalyse fra 2025 undersøkte hvor godt automatisk stemmeanalyse kunne skille mellom personer med og uten depresjon. Klassifiseringen ble sammenholdt med studienes ulike mål på depresjon, blant annet selvrapporteringsskjemaer og kliniske vurderinger (Maran et al., 2025). På tvers av 105 inkluderte studier var treffsikkerheten ofte god, men den varierte samtidig betydelig mellom studiene.

I en annen metaanalyse viste både tradisjonelle maskinlæringsmodeller og dype læringsmodeller god evne til å skille mellom deprimerte og ikke-deprimerte deltakere på bakgrunn av stemmene deres, der dypere læringsmodeller gjorde det marginalt bedre (Lu et al., 2025). Samtidig var resultatene påvirket av forhold som språk, utvalgsstørrelse, valideringsstrategi og diagnosekriterier. Samlet sett fremstår stemmeanalyse dermed ikke modent for klinisk bruk som et selvstendig verktøy, men kan ha verdi som en komplementær metode, særlig fordi den også kan fange opp andre uttrykk for depresjon.

Stemmen kan uttrykke kognitiv endring

Det er lett å bli fanget av det diagnostiske spørsmålet: Kan stemmen avsløre depresjon? Spørsmålet er spektakulært, men ikke nødvendigvis det mest klinisk interessante.

Et særlig interessant spor i nyere forskning er koblingen mellom stemme og kognitiv fungering. I tillegg til nedstemthet og anhedoni kjennetegnes depresjon av strev med konsentrasjon, tempo, oppmerksomhet og eksekutiv funksjon (Semkovska et al., 2019). Slike vansker kan være tett knyttet til funksjon i hverdagen, men fanges ikke alltid godt opp av tradisjonelle depresjonsskalaer og adresseres i begrenset grad klinisk.

I en studie av Wiseman og kolleger (2025) undersøkte forskerne nettopp om taletrekk kunne si noe om både depresjon og kognitiv fungering. Deltakerne gjennomførte en kort taleoppgave, der både språklige og akustiske

trekk ble analysert. Personer med depresjon brukte mer negativt og emosjonelt intens språk med mindre språklig agens, og hadde lavere tonehøyde, langsommere taletempo og mer tid i pauser enn ikke-deprimerte kontrollpersoner. Langsommere taletempo og økt tid i pause kan henge sammen med redusert psykomotorisk tempo (Semkovska et al., 2026). Interessant nok var taletrekkene ikke tydelig assosiert med depresjonens alvorlighetsgrad målt med Hamilton 17 depresjonsskala, men flere av dem hang sammen med eksekutiv funksjon (Wiseman et al., 2025).

Resultatene fra forskningen på kognitiv fungering er viktig fordi de utfordrer en enkel forståelse av at stemmen kun er et direkte mål på symptomtrykk. Kanskje bærer stemmen ikke bare spor av hvor deprimert en person er, men også av hvordan depresjonen påvirker oppmerksomhet, tempo og eksekutiv fungering. Antakelsen støttes indirekte av en studie der automatisert analyse av en telefonbasert oppgave for verbal læring kunne skille mellom subjektiv og mild kognitiv svikt, altså mellom opplevde vansker og målbar kognitiv svikt (ter Huurne et al., 2023).

*— Endringer i tempo,
pauser eller
stemmevariasjon
kan gi et signal*

Lar oss følge endring over tid

I psykisk helsevern er den største utfordringen ofte ikke å sette én enkelt diagnose, men å følge endring over tid. Blir pasienten bedre? Endrer kognitiv tempo seg? Er det tegn til forverring for personen selv rapporterer det? Slike endringer kan være glidende, særlig ved depresjon. I en kort konsultasjon eller gjennom skjemaer som fylles ut med ukers mellomrom, kan endringene være vanskelige å fange.

Her kan stemmeanalyse være interessant som en mulig måte å følge små endringer over tid på. Stemmeopptak kan samles inn relativt enkelt, i korte taleoppgaver over telefon, via digitale løsninger eller i forbindelse med kliniske vurderinger. Endringer i tempo, pauser eller stemmevariasjon kan gi et signal om at noe bør følges opp. Metoden er non-invasiv, relativt billig og egnet for gjentatte målinger og fjernoppfølging (Lu et al., 2025; Maran et al., 2025).

Et mulig fremtidsscenario er dermed at stemmen ikke erstatter samtalen, men blir en del av en bredere vurdering. Behandleren kan bruke informasjonen om stemmen som ett av flere datapunkter, sammen med pasientens egen erfaring, klinisk vurdering og funksjonsnivå. Da blir stemmeanalyse ikke et diagnostisk svar i seg selv, men en

invitasjon til å lytte nærmere til pasienten.

Stemmen kan være interessant fordi den samler flere nivåer samtidig: affekt, språk og kognisjon. Et annet mulig bruksområde er å følge symptomendring over tid. Spørsmålet er om funnene er robuste på tvers av språk, situasjoner og pasientgrupper, og om de tilfører noe klinisk relevant som vi ikke allerede får gjennom samtale, selvrappport og klinisk vurdering.

Stemmen er kompleks og vanskelig å analysere

Det som gjør stemmen interessant, gjør den også vanskelig å tolke. Stemmen er personlig, kontekstbundet og relasjonell. Den påvirkes av dagsform, søvn, medikamentbruk, rus, sykdom, sosial trygghet, språklig bakgrunn og hvem man snakker med. Lavt taletempo kan skyldes depresjon, men også tretthet, nevrologisk sykdom, personlighet, språkbarrierer eller kulturell stil.

Metodiske valg gjør det også vanskelig å oppnå presise og konsistente analyser. Bør personen lese en tekst, snakke fritt, beskrive et bilde eller fortelle om følelsesmessige erfaringer? Skal man analysere akustikk alene, språk alene eller begge deler? Hvordan håndterer man dialekt, flerspråklighet, opptakskvalitet og kulturelle forskjeller i uttrykksform? Og hvordan unngår man modeller som fungerer godt i ett datasett, men svikter i møte med virkelige pasienter?

Forskning på stemmeanalyse er lovende, men preget av heterogenitet og begrenset generaliserbarhet (Lu et al., 2025; Maran et al., 2025). Mange studier har små utvalg og benytter ulike oppgaver, ulike måleinstrumenter og former for validering. Noen bygger på kliniske intervjuer, andre på opplesning eller digitale datasett. Feltet bør derfor videreutvikles med nøkternhet, standardisering og klinisk validering (Lu et al., 2025; Maran et al., 2025).

Tolkning fordrer etisk refleksjon

Stemmeanalyse reiser også etiske spørsmål. Stemmen er et sensitivt materiale. Den kan romme informasjon om identitet, følelser, kroppslig tilstand og mulig sykdom. Stemmen kan dessuten analyseres på måter personen selv ikke hører eller forstår. Derfor blir spørsmål om samtykke,

lagring, innsyn og videre bruk av data avgjørende.

Stemmeanalysens etikk handler ikke bare om personvern, men også om fortolkning. En stemme er ikke et vindu direkte inn i psyken. Den er et uttrykk, og uttrykk krever tolkning. Hva betyr det dersom en analyse antyder forverring som pasienten selv ikke har uttrykt? Hvordan skal slike funn forklares, og hvem skal ha tilgang til dem? Stemmeanalyse må utvikles innenfor tydelige rammer for hva teknologien kan og bør brukes til.

— En stemme er ikke et vindu direkte inn i psyken

En klinisk korreksjon, ikke en revolusjon

Det kan være fristende å beskrive stemmeanalyse som et brudd med klinisk praksis: fra samtale til data, fra subjektivitet til objektivitet. Men en bedre forståelse er kanskje at stemmeanalyse systematiserer noe klinikere allerede gjør. Vi lytter. Vi legger merke til tempo, pauser, kontakt og kraft. Forskjellen er at nye metoder gjør det mulig å undersøke slike inntrykk mer presist, mer systematisk og over tid.

I et forsøk på å utvikle forskning på stemmeanalyse skal jeg, sammen med kolleger ved UiO og Lovisenberg Diakonale Sykehus, gjennomføre et forskningsprosjekt om stemmeanalyse ved depresjon. Målet er å utforske stemmeanalyse både som en mulig biomarkør for symptomutvikling og som et mål på kognitiv fungering.

Samtidig som feltet bør utvikles videre, må teknologien ikke få definere hva det vil si å lytte. Klinisk lytting handler ikke bare om å registrere signaler. Den handler også om å forstå et menneske i en situasjon, med en historie, en relasjon og en mening. Stemmeanalyse kan utvide denne lyttingen, men bør ikke erstatte den. 🗣️

REFERANSER

- Konig, A., Mallick, E., Troger, J., Linz, N., Zeghari, R., Manera, V. & Robert, P. (2021). Measuring neuropsychiatric symptoms in patients with early cognitive decline using speech analysis. *European Psychiatry*, 64(1), e64. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2236>
- Lu, W., Tang, X., Huang, C., Wei, M., Bai, C., Fan, X. & Wu, D. (2025). Diagnostic accuracy of traditional and deep learning methods for detecting depression based on speech features: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 25(1), 1190. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07628-z>
- Maran, P. L., Braquehais, M. D., Vlaic, A., Alonzo-Castillo, M. T., Vendrell-Serres, J., Ramos-Quiroga, J. A. & Rodriguez-Urrutia, A. (2025). Performance of automatic speech analysis in detecting depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research Mental Health*, 12, e67802. <https://doi.org/10.2196/67802>
- Menne, F., Dorr, F., Schrader, J., Troger, J., Habel, U., Konig, A. & Wagens, L. (2024). The voice of depression: speech features as biomarkers for major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 24(1), 794. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06253-6>
- Semkovska, M., Nikolic, J., Dolven, S. & Roth, H. N. (2026). Systematic review and meta-analysis of executive function following remission from major depression. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 11(2), 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2025.09.006>
- Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knittle, H., Ahern, E. & Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 6(10), 851–861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30291-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30291-3)
- ter Huurne, D., Possemis, N., Banning, L., Gruters, A., Konig, A., Linz, N., Troger, J., Langel, K., Verhey, F., de Vugt, M. & Ramakers, I. (2023). Validation of an automated speech analysis of cognitive tasks within a semiautomated phone assessment. *Digital Biomarkers*, 7(1), 115–123. <https://doi.org/10.1159/000533188>
- Wiseman, M., Yep, R., Wood Alexander, M., Pople, C. B., Perri, L., Gopinath, G., Vasileiadi, M., Robin, J., Spilka, M. J., Simpson, W., Yunusova, Y., Munoz, D. P., Coe, B. C., Brien, D., Nestor, S., Lipsman, N., Giacobbe, P. & Rabin, J. S. (2025). Objective speech measures capture depressive symptoms and associated cognitive difficulties. *Translational Psychiatry*, 15(1), 525. <https://doi.org/10.1038/s41398-025-03728-2>

TEKST Kristine Bøen
Betanien DPS, Bergen

Oda Vik Burmo
BUP Oslo Syd

Unge deling av vold og overgrep

OMTALT ARTIKKEL

Vik Burmo, O., Skilbrei Bøen, K., Hysing, M., Dovran, A., Kjørstad, K., Hafstad, G. S., & Sivertsen, B. (2025). "I did not feel the need to disclose": identifying factors impeding the disclosure of child abuse experiences in a population with maltreatment history. *Nordic Psychology*, 1-18. <https://doi.org/10.1080/19012276.2025.2502915>

Flere norske ungdommer føler ikke behov for å fortelle om vold og overgrep.

Vold og seksuelle overgrep mot barn er et verdensomfattende problem (Stoltenborgh et al., 2015). Digitale rom utgjør en ny arena for overgrep mot unge, som det er stadig økt bekymring for (Finkelhor et al., 2022; Mitchell et al., 2014). Siden vold og overgrep ofte holdes skjult, kan de unges beretning om opplevelsene være nødvendig for at de skal få hjelp, og for at overgrepene skal opphøre. Likevel velger mange barn og ungdommer å ikke dele sine opplevelser (Jernbro et al., 2017; Mitchell et al., 2014; Priebe & Svedin, 2018).

Tidligere forskning har vist at barn og unge kan unnlate å fortelle om overgrep på grunn av frykt for negative konsekvenser for familien (Goodman-Brown et al., 2003; Jensen et al., 2005), skamfølelse (Hershkowitz et al., 2007; Katz et al., 2021; Lahtinen et al., 2018, 2022)

METODE

- 200 ungdommer (12–18 år, gjennomsnittsalder = 14.9 år) deltok i. Ungdommene er rekruttert gjennom Den norske Trippel S-undersøkelsen (Stine Sofies Stiftelse, u.d.), som er en longitudinell helseundersøkelse av barn og ungdom utsatt for vold og overgrep.
- Opplevelsene av vold og overgrep er bekreftet av myndigheter eller andre profesjonelle instanser, og kan enten ha blitt fortalt av ungdommene selv eller blitt identifisert av andre.
- Spørreundersøkelse med selvrappportskjema.
- Ungdommene ble spurt om erfaringer med ulike typer vold og overgrep, om de hadde fortalt noen om erfaringene, og grunner til at de eventuelt ikke hadde fortalt noe.
- Ungdommene ble også spurt om de hadde noen de kunne stole på, og holdninger knyttet til hjelpesøking.

HOVEDFUNN

- 36 % av ungdommene rapporterte at de ikke opplevde behov for å fortelle om overgrepene.
- 67 % av ungdommene som hadde opplevd seksuelt nettmisbruk, hadde fortalt om det. Seksuelt nettmisbruk var den typen overgrep færrest hadde fortalt om.
- 82 % oppga at de hadde en voksen de stolte på og kunne betro seg til om de opplevde mishandling i hjemmet.
- 53 % oppga mødre som personen de stolte mest på.
- 45 % oppga en venn som personen de stolte mest på.

og flauhet (Kellogg & Huston, 1995; Wolak et al., 2018). Ungdom kan også velge å ikke fortelle fordi de er redd for hvordan de vil bli møtt (Hafstad & Augusti, 2019; Jensen et al., 2005; Jernbro et al., 2017; Katz et al., 2021; Lahtinen et al., 2018, 2022). Andre oppgir at de ikke anser opplevelsene som alvorlig nok til å rapportere (Lahtinen et al., 2018, 2022; McGuire & London, 2020; Mitchell et al., 2014).

Hva som avgjør om man velger å fortelle om vold og overgrep, er med andre ord svært sammensatt. I studien vår har vi forsøkt å øke kunnskapen om deling av overgrep ved å spørre ungdom direkte om hvorfor de i noen tilfeller ikke deler.

Ungdom ønsket ikke å dele

Ungdommene (12–18 år) i vårt utvalg var deltakere i den norske Trippel-S-undersøkelsen. Deltakerne hadde vært på opphold ved Stine Sofie Senteret, et kurs- og mestringssenter for barn og unge som har opplevd overgrep eller vold. Samtlige voldshendelser og overgrep som deltakerne rapporterte, er bekreftet av myndigheter eller andre profesjonelle instanser.

Deltakerne oppga at den vanligste grunnen til at de ikke fortalte om vold og overgrep, var at de ikke følte behov for å dele. For eksempel oppga halvparten av deltakerne som ikke delte seksuelle nettovergrep, manglende behov som årsak. Skam og skyldfølelse ble rapportert som årsak under halvparten så ofte som manglende behov på tvers av ulike overgrep. Flertallet i utvalget oppga likevel

å ha en voksen de kunne stole på og snakke med ved erfaringer med vold eller overgrep i hjemmet. Mødre ble hyppigst nevnt som den personen deltakerne stolte mest på, etterfulgt av venner.

Hvordan bør vi forstå manglende deling?

Fraværet av opplevd behov for å fortelle om vold og overgrep utfordrer en utbredt antakelse om at ungdom hovedsakelig velger å ikke dele slike erfaringer på grunn av frykt, skam eller mangel på tillit. I stedet for å kun kartlegge hvorfor ungdom ikke forteller, må vi undersøke hvorvidt de opplever erfaringen som relevant å dele, og hvor alvorlig en erfaring må være for at ungdom opplever den som meningsfull å dele. Uten innsikt i vurderingene ungdom gjør om deling, risikerer man å overse en sentral mekanisme bak hvorfor vold og overgrep forblir skjult.

Betydning for hjelpeapparatet

Vår studie er med på å understøtte hvor viktig det er å styrke ungdommens eget begrepsapparat og egen forståelse for hva som utgjør vold og overgrep. Tiltak bør ikke kun sikte på å redusere barrierer som skam og frykt, men også legge til rette for at ungdommen kan gjenkjenne, forstå og reflektere over egne erfaringer. Samlet sett peker studien mot et skifte i oppmerksomhet: fra å utelukkende redusere barrierer for å fortelle, til også å styrke ungdommens forståelse av hva som er verdt å fortelle – og hvorfor. 

REFERANSER

- Finkelhor, D., Turner, H. & Colburn, D. (2022). Prevalence of online sexual offenses against children in the US. *JAMA Network Open*, 5(10), e2234471–e2234471. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.34471>
- Goodman-Brown, T. B., Edelstein, R. S., Goodman, G. S., Jones, D. P. H. & Gordon, D. S. (2003). Why children tell: A model of children's disclosure of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 27(5), 525–540. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00037-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00037-1)
- Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (4). NKVTS. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Hershkowitz, I., Lanes, O. & Lamb, M. E. (2007). Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse & Neglect*, 31(2), 111–123. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.09.004>
- Jensen, T. K., Wenke, G., Mossige, S., Reichelt, S. & Tjersland, O. A. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395–1413. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.07.004>
- Jernbro, C., Otterman, G., Lucas, S., Tindberg, Y. & Janson, S. (2017). Disclosure of child physical abuse and perceived adult support among Swedish Adolescents: Disclosure of child physical abuse. *Child Abuse Review*, 26(6), 451–464. <https://doi.org/10.1002/car.2443>
- Katz, C., Piller, S., Glucklich, T. & Matty, D. E. (2021). "Stop waking the dead": Internet child sexual abuse and perspectives on its disclosure. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9–10), NP5084–NP5104. <https://doi.org/10.1177/0886260518796526>
- Kellogg, N. D. & Huston, R. L. (1995). Unwanted sexual experiences in adolescents - patterns of disclosure. *Clinical Pediatrics*, 34(6), 306–312. <https://doi.org/10.1177/000992289503400603>
- Lahtinen, H.-M., Laitila, A., Korkman, J. & Ellonen, N. (2018). Children's disclosures of sexual abuse in a population based sample. *Child Abuse & Neglect*, 76, 84–94. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.10.011>
- Lahtinen, H.-M., Laitila, A., Korkman, J., Ellonen, N. & Honkalampi, K. (2022). Children's disclosure of physical abuse in a population-based sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 2011–2036. <https://doi.org/10.1177/0886260520934443>
- McGuire, K. & London, K. (2020). A retrospective approach to examining child abuse disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104263>
- Mitchell, K. J., Finkelhor, D., Jones, L. M. & Wolak, J. (2014). *Trends in unwanted online experiences and sexting: Final report*. C. a. C. R. Center.
- Priebe, G. & Svedin, C. G. (2008). Child sexual abuse is largely hidden from the adult society: An epidemiological study of adolescents' disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1095–1108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.04.001>
- Stine Sofies Stiftelse. (u.d.). *Den norske Trippel S-undersøkelsen*. <https://www.stinesofiesstiftelse.no/trippel-s/>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. & van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Vik Burmo, O., Skilbrei Bøen, K., Hysing, M., Dovran, A., Kjørstad, K., Hafstad, G. S., & Sivertsen, B. (2025). "I did not feel the need to disclose": identifying factors impeding the disclosure of child abuse experiences in a population with maltreatment history. *Nordic Psychology*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/19012276.2025.2502915>
- Wolak, J., Finkelhor, D., Walsh, W. & Treitman, L. (2018). Sextortion of minors: Characteristics and dynamics. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 62(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.014>

ORIGINALARTIKKEL

Arild Megard UdnæsHelse og arbeid, DPS Groruddalen
Akershus universitetssykehus HF**Erik Stänicke**Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

Etiske spenninger i offentlig helsevesen – psykologlederes refleksjoner

Sammendrag

Psykologer som tar lederansvar i offentlig helsevesen, trer inn i et krysningspunkt mellom styringskrav og profesjonsetiske forpliktelser. Psykologledere er sentrale premissleverandører for hvordan klinisk praksis utformes og prioriteres. I studien undersøker vi hvordan psykologledere reflekterer over fagetiske dilemmaer i lederrollen. Studien bygger på intervjuer med seks psykologer i lederstillinger ved fire sykehus i Helse Sør-Øst, analysert med refleksiv tematisk analyse. Analysen resulterte i seks temaer samlet under to metatemaer: (1) lederens etiske refleksjonsrom og (2) opplevelse av handlingsrom. Funnene viser at etiske dilemmaer særlig aktualiseres i krysningspunktet mellom klinisk ansvar og helseforetakets styringslogikk. Vi argumenterer for at evnen til å stå i slike spenninger og bære kontradiksjon er en avgjørende forutsetning for etisk og ansvarlig ledelse i offentlig helsevesen.

Nøkkelord: etikk, offentlig helsevesen, refleksiv tematisk analyse, klinisk psykologi, ledelse

KONTAKT arildmegard@gmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter. Artikkelen er basert på AMUs hovedoppgave levert ved Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt, 2025.

CC BY 4.0

Psykologers arbeidsvilkår i offentlig psykisk helsevern har vært grundig diskutert de siste årene (Arner & Grepperud, 2024; Birkeland Nordland et al., 2022; Engerdahl et al., 2016; Lind, 2025; Schanche & Hjeltnes, 2023; Utvåg et al., 2014). Perspektivet til dem som er ledere i offentlig helsevesen, har derimot manglet. Vi undersøker derfor hvordan psykologledere reflekterer rundt fagetiske dilemmaer i offentlig helsevesen.

Alle psykologer er forpliktet til profesjonens fagetikk, men i kraft av å være ledere ansatt til å forvalte sykehusets ressurser og interesser er de samtidig forpliktet til organisasjonens etikk og økonomiske rammer. Når gapet mellom befolkningens behov og tilgjengelige økonomiske midler presser helsevesenet, bør vi rette oppmerksomhet mot etiske hensyn i lederrollene. Skjørshammer (2021, s. 4) formulerer det fint: «Jo mer det snakkes om økonomi, effektivisering og produktivitet, jo mer må det snakkes om verdier og hvorfor sykehuset er til.»

Ansvarlig ledelse forutsetter derfor balansering mellom faglige forpliktelser, personalledelse, ivaretagelse av arbeidsmiljø og organisatoriske krav. Da riksrevisjonen undersøkte offentlige psykiske helsetjenester i 2021, konkluderte de med at helseforetakene i liten grad sikrer nødvendige virkemidler for «å styre den faglige virksomheten». Ventelister og inntjening ble prioritert over faglig kvalitet i virksomhetens styring (Stortinget, 2021, s. 13). Vår studie bekrefter at ledere i offentlige helseforetak erfarer at de står i et krysningspunkt mellom psykologfaglig praksis og organisasjonens styringsideal. «Ansvaret mitt er fag, folk og penger», formulerte en av informantene (Informant 3). I praksis er lederansvaret både krevende og motsetningsfullt. I studien løfter vi frem noen av disse motsetningene.

Kunnskap om hvordan psykologer møter fagetiske forpliktelser i rollen som ledere, har stor relevans, både for profesjonen og kvaliteten på tjenestene befolkningen mottar. Studiens formål er å bidra med slik kunnskap. På denne måten kan vi bidra til innsikt i hvordan profesjonsidentitet og fagetikk påvirker lederrollen, til diskusjonen om psykologers forutsetninger for ledelse, og til etikkens rolle i psykologers praksis. Vi håper studien kan bidra til å danne grunnlag for utvikling av tiltak og fagetiske retningslinjer tilpasset psykologer i lederroller. Avslutningsvis vil vi foreslå tiltak som kan støtte psykologledere i etisk drift av psykiske helsetjenester.

Teoretisk rammeverk

Studiens tema befinner seg i et komplekst krysningsfelt mellom individuell psykologi, rolleforståelse, organisasjonsforståelse, nasjonal politikk, normativ etikk og fagetiske retningslinjer. Vi har valgt å formulere en teoretisk ramme i krysningspunktet mellom ledelsesteori,

psykoanalyse og etikk. Den teoretiske rammen er utviklet for å svare ut de ulike sidene ved problemstillingen, nemlig ledelse, dilemmaer og etikk.

Ledelse er et begrep som anvendes på flere ulike måter, og heller ikke noe som kan defineres entydig (Arnulf, 2020, s. 11). Nyere definisjoner av ledelse fokuserer ofte på at ledelse er et relasjonelt fenomen, og ikke et individuelt anliggende (ibid.). Videre er distinksjonen mellom «ledelse» og «styring» egnet for å fremheve hvordan vi kan forstå begrepet ledelse. Arnulf (ibid.) hevder *ledelse* handler om å «påvirke innsatsvilje og samarbeid mot et felles mål», mens overseelse av «regler, prosedyrer, rutiner og systemer» best beskrives som *styring*. Da Straumsheim et. al. (2017) undersøkte fordeler og ulemper ved å ha psykologbakgrunn som leder, fant de at fordelene i hovedsak dreide seg om relasjonelle ferdigheter. Samtidig innebar dette en risiko for at relasjonelle hensyn ble prioritert på bekostning av styringsoppgaver. Et liknende budskap formidles i bokkapittelet *Psychologists in Leadership: Theories, Challenges, and Opportunities*, der forfatterne hevder at «begreper som venteliste, klinikkens effektivitet, produksjonstall, pasientklager, kontraktsbrudd og arbeidsgivers styringsrett ofte er fremmed for psykologen som søker seg til ledelse» (Kearney & Miller, 2022).

Dilemmaer er situasjoner der man må velge mellom suboptimale handlingsalternativer. Årsaken til at vi har valgt å undersøke nettopp dilemmaer, er at de fremhever situasjoner som inviterer til etisk refleksjon. Ledelse og styring i offentlig helsevesen skjer i en flertydig kontekst preget av ressursknapphet, juridiske plikter, høye forventninger til kvalitet og behov for samhandling med kommunale tjenester. Denne flertydigheten gjør at det ikke alltid er lett å overskue hva som er gode og dårlige handlingsalternativer. For å forstå psykologien til subjekter som står i kroniske og tilbakevendende dilemmaer, har vi valgt å trekke på Todd McGowans (2019) psykoanalytiske teori om kontradiksjon.

Det finnes en lang rekke etiske tradisjoner og tilnærminger. Nytteetikk, nærhetsetikk og profesjonsetikk er de etiske perspektivene vi vurderte som mest sentrale for å informere den påfølgende kvalitative analysen. De fagetiske prinsippene for nordiske psykologer regulerer enhver situasjon der psykologen utøver yrkesmessig virksomhet, inkludert ledelse, og gir klare føringer for hvordan en psykolog skal håndtere faglige og etiske utfordringer (Norsk psykologforening, 2022). Profesjonsetikken kan derfor sees som en anvendt etisk ramme som samler flere hensyn, og knytter etisk tenkning tett til praksis. Nytteetikk og nærhetsetikk bidrar med å tolke refleksjonene i en normativ ramme.

Metode

Metoden er en kvalitativ intervjustudie, med semi-strukturerte dybdeintervjuer. Analysemetoden som er benyttet, er en refleksiv tematisk analyse. En slik analyse gir rom for å utforske nyanser i forståelse på en åpen og fleksibel måte, uten å være styrt av et forhåndsdefinert teoretisk rammeverk (Braun & Clarke, 2022). Metoden gir samtidig et stort rom for å benytte teori til å berike analysen og åpner for en abduktiv vekselvirkning mellom teori og empiri. En abduktiv tilnærming egner seg for en studie der målet er å bidra til økt forståelse i en praksisnær og aktuell debatt, i et felt som stadig balanserer i et spenn mellom teori og praksis.

Vitenskapsteoretisk ståsted

Studien er forpliktet til en dialektisk epistemologi og ontologi, som innebærer at teoretiske begreper (som epistemologi og ontologi) ikke er rent avskåret fra hverandre. Sagt på en annen måte er det som *er*, og vår kunnskap om det som *er*, tett knyttet sammen. Verden sees som grunnleggende motsetningsfull, og disse motsetningene sees som kilde til verdifull innsikt (Hegel, 1807/2022; McGowan, 2019). Dette begrunner undersøkelsen av nettopp dilemmaer, som med et dialektisk vitenskapsteoretisk ståsted kan forstås som en verdifull kilde til kunnskap. Denne posisjonen er lite kjent og anvendt i psykologi, men ligger tett opp mot Roy Bashkars kritiske realisme (Braun & Clarke, 2022).

Utvalg og rekruttering

Rekrutteringen ble gjennomført med kombinasjon av strategisk selektering og snøballmetode. Hovedkriteriet for utvalgelse av deltakere var at de måtte være både psykolog og leder i offentlig helsevesen. Vi rekrutterte seks deltagere som til sammen er ansatt ved fire ulike sykehus organisert under Helse Sør-Øst. De er ledere på seksjon eller avdelingsnivå, jobber i både barne- og voksenfeltet og har lederansvar fra 15 til 500 medarbeidere. Det er altså stor variasjon i kontekstene psykologene er ledere i, men de er alle ledere for psykologfaglige tjenester i offentlige sykehus.

Gjennomføring av intervjuer

Alle intervjuene ble gjennomført mellom starten av april og mai 2025 på ledernes kontorer ved sykehusene de er ansatt. Intervjuene varte i snitt i 60 minutter. Vi hadde på forhånd utformet en intervjuguide med varierte spørsmål, som ble justert etter et prøveintervju. Intervjuguide ble utformet for å belyse fagetikk i lederrollen fra ulike perspektiver. Spørsmålene dreide seg om psykologenes bakgrunn og veien inn i ledelse, og erfaringer med etiske dilemmaer, om strategier for å håndtere dilemmaer, om

arbeidsplassens organisatoriske og systemiske rammer og om deres tanker og forslag om rom for forbedring. De fagetiske prinsippene ble sendt til deltagerne i forkant av intervjuene. Braun og Clarke (2022, s. 45–46) ser kvalitativ forskning som en iterativ prosess, og spørsmålene ble derfor videreutviklet og tilpasset løpende etter erfaring i intervjusituasjonen.

Analyse

Vi fulgte Braun og Clarkes (2022) seks trinn: 1) Etter at intervjuene var gjennomført, ble opptakene lyttet gjennom for å bli kjent med data. Transkripsjonene ble anonymisert og renskrevet. 2) Intervjuene ble kodet med programmet NVivo. Vi valgte en latent og induktiv tilnærming. 3) Vi etablerte foreløpige tema ved å sortere kodene analogt. 4) Vi samarbeidet deretter tett med å drive tolkningsarbeidet videre. 5) Så var det en fase med revidering og presisering av temaene. 6) Den siste fasen av prosjektet innebar en gjensidig vekselvirkning mellom teori og empiri, og tolkningsarbeidet vedvarte på den måten gjennom hele skriveprosessen.

Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet ble godkjent av Sikt og anbefalt av Psykologisk institutts internetiske komite. Alle deltagere har signert samtykkeskjema og fikk informasjon om at de kunne trekke seg fra studien dersom de ønsket det. Alle samtykket til at sitater kunne inkluderes i anonymisert form. Vi utformet en datahåndteringsplan i tråd med Sikts anbefalinger. Dataene ble tatt opp ved hjelp av UiO-diktafon, transkribert automatisk ved hjelp av Whisper og lagret trygt i et UiO-nettskjema. Intervjuene ble grundig anonymisert. Materialet slettes ved prosjektets avslutning.

Resultater

Lederne som ble intervjuet, formidlet sterk motivasjon, meningsfølelse og tydelige ønsker om å gjøre en god jobb. Samtidig fremkom det gjennom alle intervju at ledelse i offentlig psykisk helsevern byr på rikelig med etiske dilemmaer. Informant 3 formulerte at «sykehushverdagen anno 2025» krever «forsoning med det uperfekte». Sammen tegner temaene et bilde av hvordan psykologledere i offentlig helsevesen reflekterer rundt etiske dilemmaer.

Utfallet av den refleksive tematiske analysen var seks tema kategorisert under to metatema. Disse metatemaene var (1) lederens etiske refleksjonsrom og (2) opplevelse av handlingsrom i møte med dilemmaer. Det første metatemaet dreier seg om etiske refleksjoner, og det andre om hvordan lederne opplever mulighetene for å gjøre noe med dem.

Metatema 1 – refleksjonsrom

Vi har kalt det første metatemaet «lederens etiske refleksjonsrom». Vi har valgt å kalle dette for et «rom» fordi det fremhever noen distinkte trekk ved de semantiske nettverkene psykologledere tenker innenfor når de snakker om etiske dilemmaer. De påfølgende temaene belyser tre slike refleksjonsrom som lederne hadde til felles. I den refleksive tematiske analysen fortolket vi informantene til å ha etiske refleksjoner som faller inn under kjente normative teorier, henholdsvis nytteetikk og nærhetsetikk. Når vi fikk formulert dette, så ble det tredje temaet at psykologlederne står i ambivalens mellom disse to etiske perspektivene klart i lys av vårt dialektiske vitenskapsteoretiske ståsted.

Tema 1 – nytteetikk

Vi ga det første temaet navnet «Fagetikk og ledelse med et nytteetisk perspektiv». Det var tydelig at lederens refleksjoner var preget av et nytteetisk perspektiv. Vekting av konsekvenser er naturlig for en leder i et offentlig helsevesen som skal passe på at skattebetalernes penger forvaltes på en ansvarlig måte. Alle lederne som ble intervjuet, viste samfunnsøkonomisk bevissthet og sterkt ønske om å forvalte ressursene ansvarlig. Samtidig ble det tydelig at ansvaret for samfunn og befolkning kunne oppleves overveldende. «Vi er inne på størrelser som noen blir svimmel av», kommenterte informant 5.

Nytteetiske refleksjoner kom tydeligst til uttrykk gjennom lederens ansvar og omsorg for ventelisten. Lederne formidlet at de var opptatt av pasientenes ve og vel, men reflekterte over at det ikke alltid fremstår slik fordi man «også er opptatt av de som er på vent». Dette perspektivet blir altså kontrastert til klinikernes ansvarsfølelse, som lederne opplevde først og fremst var rettet mot deres egen pasientliste. Lederne så på sitt eget ansvar som mer helhetlig, noe som er naturlig ettersom de har formelt ansvar for ventelistene.

Flere formulerte bevissthet om ventelisten som sitt ansvar. Informant 5 sa det slik:

Det betyr at hvis det står fem på venteliste, så kan du godt si at nå må jeg konsentrere meg om deg. Problemet er at du kan få veldig god hjelp, men de fem på venteliste, de får null hjelp, og det er også mitt ansvar.

Her er det tydelig at tallfesting av individer benyttes på samme måte som i klassisk nytteetikk for å fremheve konsekvensene av dilemmaet.

Informantene løftet også frem noen av ulempene ved dette perspektivet. Et eksempel flere tok opp, er bekymringer knyttet til at ansatte føler seg overprøvd. Flere av lederne hadde idealer om at ansattes autonomi skulle ivaretas, men at de opplevde et spenn mellom idealet og praksis når beslutninger og utskriving overprøves. Begrunnelsene her går igjen tilbake til uheldige konse-

kvenser, både for arbeidsplassen og befolkningen over tid. Som vi ser, er lederens refleksjoner preget av et nytteetisk perspektiv.

Tema 2 – nærhetsetikk

Tema to fikk navnet «Nærhetsetikk: Psykologlederen som relasjonell tenker». Lederens etiske refleksjonsrom var også tydelig preget av en nærhetsetikk. De er psykologer, og et relasjonelt hensyn i den etiske tenkningen var gjennomgripende for alle informantene som ble intervjuet. Dette dreide seg både om at de som ledere tilbyr støtte til ansatte gjennom reflekterende dialog, og at de selv uttrykte relasjoner som et nødvendig rom for å ivareta sin egen etiske tenkning.

Som vi redegjorde for i introduksjonen, er nærhetsetikk en etisk tenkning som setter relasjonen mellom to subjekter i sentrum. Dialogen er derfor viktig, noe psykologlederne også helt tydelig vektlegger som et moment i sin etiske tenkning. Informant 2 sa det slik: «Hvis jeg er i tvil på en måte, eller synes ting er veldig, veldig vanskelig, så snakker jeg med folk.» Dette uttrykker en relasjonell tilnærming til etiske dilemmaer.

En relasjonell tilnærming er veldig naturlig i lys av psykologens grunnutdanning. Alle informantene hadde bakgrunn fra å jobbe med pasienter, og erfaring med å søke forståelse for pasientenes perspektiver. Evnen til å undre seg sammen med andre omtales som både nødvendighet og en selvfølge i møte med etiske dilemmaer.

At lederne beskrev stor motstand mot å ta beslutninger i et vakuum, viser hvordan deres refleksjoner var preget av nærhetsetikk. En informant formulerte det slik: «Jeg tror ikke jeg klarer å løse de dilemmaene inni mitt eget hode. Sannheten er et sted der ute i dialogen mellom de aktørene som er der.» (Informant 1). Her trekkes selve sannheten frem som noe som eksisterer i et relasjonelt felt. Her ser vi tydelig hvordan en dialogisk etikk er implisitt i psykologledernes tenkning.

Tema 3 – dobbeltrolle

Tema tre er «Etisk ambivalens i dobbeltrolle som leder og psykolog». Dette temaet synliggjør at psykologledere er i en dobbeltrolle. Ofte sammenfaller rollene uten problemer, men noen ganger oppstår det etisk friksjon og konflikt. Vi så ambivalens knyttet til å representere «systemet» når psykologlederen var uenig i styrende beslutninger fra sykehusledelsen. Et eksempel som ble trukket frem, var ventetidsloftet. Mye av ansvaret for gjennomføringen ble lagt til avdelingene, uten at implikasjonene for klinisk praksis var gjennomtenkt. Informantene hadde flere eksempler der lederrollen krever gjennomføring av beslutninger og oppdrag som er vedtatt, uten at man selv er enig. Dette fremheves som en slitasefaktor, blant annet fordi det går på bekostning av faglig integritet.

Psykologidentiteten var viktig for informantene. Selv

om de ikke anså seg selv som praktiserende psykologer, var psykologidentiteten med dem og fagetikken og erfaring fra klinisk praksis som implisitt bakteppe for tenkningen. «Nå jobber jeg ikke strengt tatt som klinisk psykolog lenger, men det blir en veldig integrert del av personligheten og noe man har med seg» (Informant 6). Det var bred enighet blant informantene at dette var en fordel. Mange av fordelene kom til uttrykk i temaet om relasjonell etikk. Et annet argument er at bakgrunn som psykolog gjør det mulig å forstå feltet man leder. Psykologbakgrunnen sees altså som en stor fordel når man skal være leder og ta beslutninger i offentlig psykisk helsevern.

Samtidig ser vi tydelige tegn til at lederrollen får forrang for psykologens nærhetsetikk når psykolog-lederen skal fatte beslutninger: «Hvis alle sentrale beslutninger skulle fattes på klinikernivå, så ville det systemet her funket ganske dårlig, tror jeg» (Informant 4). Informanten argumenterer for at ansvarlig ledelse innebærer å ta beslutninger på et annet nivå enn på klinikernivå. Dette relaterer til den nytteetikken som ble presentert over, men handler mer om at handlinger primært gjøres som leder og sekundært som psykolog. Psykolog er noe man er, men lederidentiteten får forrang når beslutninger skal fattes og systemet skal driftes. «Man må forholde seg til at det ikke bare er psykologer, man er leder for flere» (Informant 4).

Flere av informantene var tydelige på at leder og kliniker har ulik etisk posisjon. Informant 4 beskrev de ulike perspektivene på denne måten:

Pasienter blir jo statistisk størrelse, mens for en kliniker så ser man enkeltpasienten. Og det er ofte der spenningsfeltet oppstår mellom ledelse og kliniker. Og kanskje er det riktig at det spenningsfeltet skal være der.

Her fremheves ulikheten mellom klinikerens og lederens roller, og dobbeltrollen til psykologledere plasserer dem midt i dette etiske spenningsfeltet.

Metatema 2 – handlingsrom

Det andre metatemaet er «opplevelse av handlingsrom», og organiserer tre temaer som handler om ledernes opplevelse av praktisk handlingsrom. Disse temaene ligger tett opp mot de forrige, men fremhever refleksjoner om praksis og handling. I løpet av analysen bidro våre teoretiske perspektiver fra Hegels dialektikk og psykoanalyse til å fremheve temaer om relasjonen mellom det mentale og det praktiske. Tema 4 og 6 om henholdsvis hva som er godt nok, og politisk endringsvilje ble informert av hegeliensk teori om hvordan partikulære utfordringer på den enkelte arbeidsplass bør tenkes i sammenheng med statens

helsepolitikk. Tema 5 ble informert av kjennskap til psykoanalyse, og spesifikt Wilfred Bions lån av begrepet negativ kapabilitet, til å tematisere betydningen av at ledere tåler spenninger og motsetninger.

Tema 4 – kronisk dragning

Tema fire har tittelen «Hva er godt nok? – beslutninger i en kronisk dragning mellom drift og fag». Det er tydelig gjennom intervjuene at dilemmaer som oppstår i krysningspunktet mellom drift og fag, får særlig mye oppmerksomhet i lederens hverdag. Høy faglig standard i psykisk helsevern er veldig dyrt, og driftsbudsjettet som bevilges, har begrensede ressurser. Grunnet den høye etterspørselen etter psykiske helsetjenester er det veldig kostbart med en optimal balanse mellom driftsmidler og faglig praksis. En informant sa at «det går ikke opp, matematikken der. Det går ikke opp. Og det er det som på en måte kanskje er den største slitasjefaktoren fordi at du får hele tiden målkravet som man vet man ikke klarer å oppnå» (Informant 5). Lederen er i et krysspress av dilemmaer, og ender ofte med å kreve mer av sine ansatte enn de er i stand til å innfri.

Et eksempel dreier seg om forventninger til terapi. Psykologisk behandling er svært tidkrevende og komplisert, og det er vanskelig å si sikkert hva som virker, og hva som ikke virker. Selv med den beste evidensbaserte praksis er det krevende å si entydig hva som virker. Spørsmålet om hva som er «godt nok», oppstår her på nytt gjennom spørsmålet om hva man kan forvente av terapi. En leder formulerer det slik:

Mens i vårt felt så er det nok noen urealistiske forventninger som er med på å dra behandling til å bli lengre enn det den har trengt å være. Fordi man tror at ved å bare fortsette litt til så blir dette mye bedre, men det er ikke nødvendigvis sånn da [...]. (Informant 3)

Denne lederen viser tydelig at dragningen mellom drift og fag aktualiserer spørsmålet om hva som er godt nok. Det kompliseres ytterligere av at både behandlere og pasienter har «urealistiske forventninger». Konsekvensen er i praksis å senke faglige standarder. Samme informant fortsetter slik:

Men man merker jo generelt at de presses jo mer og mer ned mot forsvarlighetskravet [...] Da er det på en måte en forringing av de faglige standardene som man egentlig skulle strebe etter å opprettholde.

Ivaretagelse av faglighet, styrking av fagmiljø, beholde kompetanse, redusere spesialistflukt, ivaretagelse av psykologisk trygghet og god prioritering av ressurser blir alle dilemmaer som organiseres rundt spørsmålet om hva som er «godt nok».

Tema 5 – negativ kapabilitet

Tema fem er «Negativ kapabilitet – å finne styrke til å stå i spenninger som leder». Dragningen mellom drift og fag er en kronisk problemstilling i offentlig psykisk helsevern. Av den grunn fremhever informantene at kraften til å tåle suboptimale løsninger er nødvendig for å være en god leder. Informant 2 sa det slik: «Jeg må stå i det krysspresset, da. Jeg må tåle det. Det er sånne ting som jeg kanskje plagdes mer med for fem år siden enn jeg gjør nå. Man vokser jo litt inn i en rolle.» Med dette perspektivet innebærer ledelse å ivareta seg selv på en måte som gjør det mulig å stå i kroniske spenninger over tid. Dialog med andre ble fremhevet som et viktig virkemiddel, men andre tiltak for selvledelse ble også fremhevet. Denne personlige egenskapen kan beskrives med begrepet negativ kapabilitet, formulert av poeten Keats, og gjort kjent av psykoanalytikeren Bion, som evnen til å «akseptere usikkerheter, mysterier og tvil uten noen agitert higen etter fakta og rasjonale» (Bion, 1970, s. 125, vår oversettelse). Det å stå i en lederrolle på en ansvarlig måte innebærer altså å vedlikeholde egen negativ kapabilitet, slik at man kan gjøre det beste med det man har.

Tema 6 – politisk vilje

Tema seks fikk navnet «Strukturelt endringsarbeid forutsetter politisk vilje». Et flertall av informantene som ble intervjuet, kom inn i ledelse via faglig engasjement, og de sier klart og tydelig at de motiveres av et genuint ønske om å forbedre betingelsene for faget gjennom å drifte offentlig helsevesen ansvarlig. De opplever stort sett tillit fra sine sjef, og opplever at de har handlingsrom til å drive faglig utvikling. Flere motiveres av å gjøre det meste ut av ressursene de har, selv om dette ofte dreier seg om mindre omprioritering av ressurser og å gjøre tilpasninger innenfor eksisterende rammer.

Gjennom intervjuene blir det samtidig tydelig at lederens handlingsrom er begrenset, og at styrende regulering og budsjettrammer defineres av Stortingets vedtak. Handlingsrommet for mer visjonær og systemkritisk endring er tydelig rammet inn av nasjonal politikk gjennom budsjetter, styringsdokumenter, prioriteringsveiledere, helsejuridiske retningslinjer og annet relevant lovverk. Lederne opplever derfor at handling må skje gjennom synliggjøring av implikasjonene politiske vedtak har for praksis. Våre resultater peker mot at Psykologforeningen kunne gjort mer i denne saken. Informant 1 sier det på denne måten:

Når det gjelder utviklingen av helsetjenesten, så er det mitt inntrykk at de er mer på bekymring enn å komme med veldig gode alternativer for hvordan det hele burde vært. [...] så da er det ikke NPF jeg går til for å få råd.

Selv om lederne opplever at de har handlingsrom over mindre prioriteringer og driftsspørsmål, er det tydelig at

de opplever handlingsrommet tydelig begrenset av politiske bevilgninger og andre stortingsvedtak. Informantenes opplevelser viser også en mulighet for Psykologforeningen til å gjøre mer for å støtte ledere som føler seg alene og opplever en grad av avmakt i møte med større politiske endringsprosesser.

Diskusjon

Samlet sett tegner resultatene et bilde av at psykologer som er ledere i offentlig helsevesen, jobber i et etisk krysningspunkt mellom systemkrav og faglige hensyn. Det har vist seg verdifullt å undersøke dette krysningspunktet, blant annet fordi all endring som skal gjøres i offentlig psykisk helsevern, styres gjennom ledere i slike roller. Refleksjonene til psykologlederne anskueliggjør faglige utfordringer i helsevesenet, og bidrar samtidig med økt forståelse for hvorfor klinisk praksis er som den er. Det er nødvendig å belyse begge sider for å bidra til at debatten kan lede til gode løsninger og realistiske forbedringsmuligheter.

I den påfølgende diskusjonen har vi valgt å løfte det vi anser som mest sentralt for å belyse forskningsspørsmålet. Vi vil deretter peke på mulige tiltak for å ivareta etisk ledelse for psykologer i offentlig helsevesen.

Mellom nytteetikk og nærhetsetikk

Funnene fra tema 1 viste at lederne hadde en utpreget utilitaristisk tilnærming til en rekke av dilemmaene. Vi mener det er naturlig for en leder å lene seg på etisk tenkning som ivaretar befolkningsperspektivet. Nytteetikk bidrar med begreper som rammer kompliserte valg inn i et kalkulerende samfunnsøkonomisk språk. Prioriteringer anskueliggjøres fra et fugleperspektiv, med det formål å fordele goder upartisk. På denne måten er nytteetikk formålstjenlig når målet er å sikre balansert fordeling og vektet prioritering av ressurser. Spesielt nyttekriteriet i prioriteringsveilederen forutsetter en utilitaristisk logikk, og det kunne virke innlysende at en leder ikke uten videre kan prioritere ressurser til noen som ikke har nytte av behandlingen.

Et problem med nytteetikk er at denne etiske tenkningen løper en risiko for å bli overdreven kalkulerende og rasjonell. En bakside ved å tenke på pasienter som statistikk kan være at lederne uthuler sitt eget fagligetiske kompass, som vi så enkelte av informantene tydelig uttrykte. Dersom styringslogikken og det utilitaristiske refleksjonsrommet får stå alene, kan det føre til en overdreven effektiv styring der lederen risikerer å bli en systemtro lakei som mister sin faglige stemme og føyer seg ukritisk etter systemkrav. Nytteetikk viser seg likevel å være en nødvendig del av den etiske tenkningen til ledere som vil sikre rettferdig fordeling av ressurser og ansvarlig forvaltning av universelle rettigheter.

Tema 2 fremhever at lederne også har en utpreget relasjonell tilnærming til etiske dilemmaer. Det var tydelig i resultatene at psykologene setter dialogen høyt. Nærhetsetikk er en etikk som åpner for at menneskelig intuisjon, særegenhet, relasjonell fungering og autonom dømmekraft blir vektlagt i møte med et etisk valg. Vi opplever det betryggende å se at psykologlederens tydeligste refleks er å søke kontakt med andre gjennom dialog for å reflektere rundt vanskelige etiske dilemmaer. Når en leder (informant 1) sier at «jeg tror ikke jeg klarer å løse de dilemmaene inni mitt eget hode», er det et tegn på ydmykhet for at menneskemøter er nødvendige for å tenke klart. Med et nærhetsetisk perspektiv sees dette som et gode, fordi vi får økt etisk bevissthet når vi er i kontakt med andre.

Systemtro styrer og faglig fanebærer?

Det tredje temaet fremhever dobbeltrollen psykologledere erfarer. Å praktisere som psykolog er i seg selv en etisk kompleks rolle som forutsetter høy grad av etisk bevissthet. Når man i tillegg velger å bli leder, tilfører dette et lag av kompleksitet. Vi setter det på spissen når vi tegner opp denne dobbeltrollen mellom kategoriene systemtro styrer og faglig fanebærer. En leder som er optimistisk på systemets vegne, vil tenke at disse to rollene er forenelige, og ikke motsetninger. At helseforetakene gir rom og legger til rette for høy faglig kvalitet, er tross alt hensikten med offentlig helsevesen. Resultatene fra denne studien peker derimot på at det er en reell spenning mellom terapifaglige hensyn og offentlig helsevesens styringsmekanismer. Denne spenningen fremheves av hvordan psykologlederne reflekterer over dobbeltrollen de finner seg selv i. Som leder er man ansatt til å opprettholde et bilde av at systemet faktisk virker, selv når man blir oppmerksom på kritikkverdige forhold.

På en side pekte funnene mot at psykologidentiteten var viktig for informantene, den «blir en veldig integrert del av personligheten og noe man har med seg» (Informant 6). Dette kan derimot gå på bekostning av faglig integritet når man er ansvarlig for endringer man ikke selv står for eller er enige i. Vi så også i tema 4 at psykologfaglig bakgrunn sees som en styrke, fordi det gir troverdighet og kunnskap innen feltet man leder. Et faglig blikk som resonnerer med dem man er leder for, ble fremhevet som verdifullt. Dette er i tråd med Arnulfs (2020) anbefaling om at ledere bør ha kunnskap om feltet de leder.

På den annen side peker funnene mot at lederidentitet er noe som gradvis tar over for en psykologidentitet. Dette var spesielt tydelig for de psykologene som var ledere for flere faggrupper. Risikoen med at den psykologfaglige integriteten reduseres, er at ambisjon på vegne av profesjonens fag erstattes av ambisjon på institusjonens vegne. Vi ønsker å fremheve negative konsekvenser ved

ensidig omfavnelse av en mindre kompleks etisk posisjon den ene eller den andre veien. Lener psykologlederen seg for langt inn i psykologfaglig identitet, vil det være krevende å holde ut lederansvaret. På den andre siden er det lite ønskelig med psykologledere som lener seg for ensidig inn i nytteetisk styringsetikk. Konsekvensen kan bli at systemets iboende kontradiksjon forskyves til en opposisjon mellom leder og fagmiljø, der lederen svinger prioriteringspiskken, mens behandlere jamrer seg over pasientenes misnøye. Realiteten er at de etiske spenningene tilhører helsevesenets organisering. I lys av McGowens teori vil god praksis best sikres av at kontradiksjonen bæres sammen. Psykologledere som tåler å stå i etiske motsetninger, er dermed et gode for vårt offentlige helsevesen.

Når «godt nok» ikke er godt nok

Resultatene viser også at løpende vurdering av hva som er «godt nok», ble ansett som en nødvendig del av ansvarlig lederpraksis. Malkomsen og Solberg (2025) har påstått at vi har en «forventningskrise i psykiatrien». De peker på at ressursene ikke strekker til, og anbefaler en forventningsavklaring som en del av løsningen. Videre påstår de at det er tre ting vi kan gjøre med dette: «øke ressursene til psykiatrien, effektivisere tjenesten og redusere forventningene». I våre resultater fremkommer det også at reduisering av forventninger ble oppfattet som nødvendig. På den ene siden høres det ut som sunn fornuft at vi ikke skal kreve for mye. På den annen side kan det bidra til en normalisering av systemsvikt. Selv om rammene for faglig forsvarlighet er den juridiske bunnlinjen for lovlig praksis i helsetjenestene, viser lederens refleksjoner over spørsmålet om «godt nok» at ressursknapphet i virksomheten presser den faglige standarden mot denne nedre grensen for forsvarlighet.

Den dragningen mellom drift og fag som våre informanter fremhever, får reelle konsekvenser for praksis. I boken *Godt nok og bedre: Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester* kobler Øhlckers et al. (2023) spørsmålet om «godt nok» til spørsmålet om kvalitet. Denne sammenhengen gjenspeiler seg i refleksjonene til informantene våre. I dragningen mellom drift og fag blir det tydelig at forventninger til den faglige standarden må senkes som følge av at faglige standarder kolliderer med «virkeligheten». Riksrevisjonens konklusjoner fra 2021 peker også på at ledere i psykisk helsevern opplever at «helseforetakene legger stor vekt på ventetider og inntjeningskrav i styringen», og at «effekten av behandlingen» får mindre plass i styringen (Stortinget, 2021, s. 13).

Dersom kvaliteten og effekten på tjenestene forringes av lange pasientlister og høye krav til «produksjon», kan behandling i spesialisthelsetjenesten i verste fall bli skadelig. Eksempelvis kan prematur utskriving skape «svingdørspasienter» som gjentatte ganger blir re-henvist

kort tid etter utskriving grunnet manglende effekt i behandling. Noe som er spesielt skadelig for pasienter med relasjonstraumer og lang historikk med avvising og brudd i relasjoner. Et annet problem som kan oppstå, er at pasienter setter andre endringsprosjekter på vent når de går i terapi. Dersom de da mottar uvirksom terapi, fordelt over flere måneder, kan det tenkes at de tar indirekte skade av å motta hjelp ved en DPS. Det er derfor viktig å unngå at en forsoning med «god nok» ikke kamuflerer en resignasjon fra faglig ambisjon.

Verdien av negativ kapabilitet

En rød tråd gjennom denne artikkelen er at psykologer i lederstillinger er i en konstant dragning mellom fag og drift. Med McGowans (2019) perspektiv vil vi kunne si at denne spenningen aldri kan løses fullstendig. En risiko dersom man ikke har høy grad av negativ kapabilitet, er at man forskyver usikkerheten og ambivalensen over på andre. Dette er det McGowan (2019, s. 207) formulerer som å «transformere kontradiksjon til opposisjon». Det kan beskrives som en form for projisering der man forsøker å «løse» det uløselige ved å skyve kontradiksjonen ut på ytre objekter. Eksempler kan være at man skylder på at det er «organiseringen sin feil», eller at «sykehusledelsen forstår ikke». Målet for lederen bør være å ta ansvar for dilemmaet selv, og ikke skyld på andre. Som leder bør man ta støytene ved å bære kontradiksjonen, og da behøver man negativ kapabilitet. Psykologlederne jeg intervjuet, fremstod bevisst på dette ansvaret.

En kritisk leser vil innvende at dette kan bidra til et forsvar av status quo, og nedtone troen på at det er mulig å utgjøre en forskjell. Dette vil være feil lesning av behovet for negativ kapabilitet. Vi argumenterer for at evnen til å bære kontradiksjonen er kjernen i etisk ledelse, ikke fordi det muliggjør normalisering av systemsvikt, men fordi all forbedring forutsetter at vi kjenner oss selv og lærer av våre feil. På denne måten *åpner* negativ kapabilitet handlingsrommet, snarere enn å bevare etablerte handlingsalternativer.

For å bevare et etisk forsvarlig offentlig helsevesen er det derfor nødvendig å anerkjenne at det vil forbli uperfekt. Dette er i tråd med Øhlckers et al. (2023 s. 114), som også advarer mot forsøk på å «fikse tjenestene». Vi må akseptere at idealene som ligger til grunn for universelle helsetjenester, forutsetter at systemet aldri vil være i homeostase, uten å gi opp i kampen for å utvikle og forbedre. Det vil nødvendigvis være dilemmaer i spill, og organisasjonen vil ha indre spenninger som kontinuerlig vil fremstå problematiske og uløselige. Oppfordringen fra oss er å ikke se på etiske dilemmaer som problemer, men som en kilde til innsikt om noe vi bør se nærmere på.

Vi har argumentert for at evnen til å bære kontradiksjon er en psykologisk forutsetning i kjernen av etisk

ledelse. Å være psykolog kan derfor sees som en styrke, ettersom dette, i teorien, er en av profesjonens kjernekompetanser.

Metodiske begrensninger

Refleksiv tematisk analyse har gitt oss muligheten til å utforske lederens etiske refleksjoner på en måte som gir rom for dialektisk vekselvirkning mellom teori og empiri. Vi har kun intervjuet seks ledere, og kun snakket med dem i rundt 60 minutter. Det kan tenkes at andre ledere ville reflektert annerledes. Som beskrevet i metodekapittelet er ikke formålet å avdekke en sannhet som finnes, men å skape meningsfulle måter å forstå på. Dette er altså vår tolkning av informantenes refleksjoner, og studien representerer i den forbindelse et av mange mulige svar på forskningsspørsmålet.

Implikasjoner og praktiske anbefalinger

En av våre påstander har vært at etisk refleksjon er viktig for å sikre etisk ledelse. Dersom psykologer er gode til å bære kontradiksjon, indikerer det at flere psykologer bør bli ledere. Studien impliserer samtidig at psykologledere kan ha behov for støtte i rollen. Det er altså hensiktsmessig at flere studier undersøker psykologers forutsetninger for å bli gode ledere. Basert på disse implikasjonene anbefaler vi følgende tiltak til relevante aktører:

- Rådgivning over telefon til ledere som trenger hjelp til å tenke rundt dilemmaer i lederrollen.
- Utvikle fagetiske retningslinjer slik at de er relevante for psykologer i lederroller.
- Ta politisk ansvar gjennom å løfte perspektivet til psykologer som er ledere. Politikere bør bli klar over at pasientrettighetslovgivning står i konflikt med budsjettammer.
- Utvikle psykologledere. Fortsette og videreutvikle lederutviklingsprogrammer som «Psyk meg opp i ledelse». Inkludere kunnskap om etisk ledelse i disse programmene.
- Jobbe for å inkludere kunnskap og forståelse om helsebyråkrati i psykologers utdanning. Som profesjon er det nødvendig å opparbeide bevissthet om etiske dilemmaer fra et ledelses- og samfunnsperspektiv.
- Utvikle et forskningsmiljø i krysningspunktet mellom etikk og psykisk helse. Et senter for etisk tenkning kunne styrket profesjonen og bidratt med teori som er relevant og etterspurt i offentlige psykiske helsetjenester.

Konklusjon

Vi har gjennomført en refleksiv tematisk analyse for å undersøke hvordan psykologer som er ledere i offentlig helsevesen, reflekterer rundt etiske dilemmaer. Studien viser at psykologer som er ledere i offentlig helsevesen, står i en kronisk draging mellom systemkrav og faglige ambisjoner. Vi har diskutert hvordan denne spenningen kommer til uttrykk i refleksjoner over fagetiske dilemmaer både gjennom nytte- og nærhetsetiske perspektiver.

Videre har vi diskutert hvordan faglige standarder kan forskyves som følge av at psykologledere gradvis senker sin faglige ambisjon etter hvert som de sosialiseres inn i helseforetakenes styringsmodell. Dette spennet setter

psykologledernes integritet på prøve. Som mellomleder i et stort helsebyråkrati er det krevende å utfordre etablerte strukturer og kjempe for større systematiske endringer. Den enkelte leder opplever at handlingsrommet deres ofte dreier seg om å gjøre sitt beste innenfor etablerte rammer, og at ansvaret for større strukturelle endringer ligger på politisk og profesjonspolitisk nivå. Basert på resultatene og diskusjonen kom vi med en rekke anbefalinger.

Vi vil avslutte med å understreke at psykologers ledelse er en normativ praksis der etiske verdier forvaltes side om side med økonomiske. Fremtiden til et etisk forsvarlig psykisk helsetilbud avhenger av at psykologledere bidrar i et offentlig helsevesen som er både nyttig, relasjonelt og fagetisk forsvarlig. 

REFERANSER

- Arner, Y. & Grepperud, S. (2024). Spesialistflukt fra de offentlige helsetjenestene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(11), 758–765. <https://doi.org/10.52734/WVXS1470>
- Arnulf, J. K. (2020). *Hva er ledelse* (2. utg., Bd. 44). Universitetsforlaget.
- Berg, H. (2020). *Evidens og etikk: Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi?* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation: a scientific approach to insight in psycho-analysis and groups*. Tavistock.
- Birkeland Nordland, J., Andersen Stensvold, E., Smith-Meyer Kildal, E., Larsen, A., Filippa Mallaug, L., Hjort, S., Fiksdal Riiser, K., Bergaust, M. W. M., Tunstad, P., Ivanova, R., Skjærseth, K., Grimnes Røvik, F. M., Haakestad, G., Støver, I. E. A., Holte Igesund, G. & Wiik Sæter, S. (2022). Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(5), 400–403. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as04ae-Vi-har-knapt-begynt-men-har-behov-for-a-rope-varsko>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.
- Engerdahl, I. S., Moljewijk, A. & Pedersen, R. (2016). Etiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(2), 102–110. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2016as02ae-Etiske-utfordringer-ved-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern>
- Hegel, G. W. F. (1807/2022). *Åndens fenomenologi* (D. Johnsen, Overs.). Vidarforlaget.
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kearney, L. K. & Miller, M. A. (2022). Psychologists in Leadership: Theories, Challenges, and Opportunities. I G. J. G. Asmundson (Red.), *Comprehensive Clinical Psychology*, Second Edition (side 181–197). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818697-8.00127-8>
- Lind, H. I. (2025). Vi må selv skape mulighetsrommene. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(9). <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as08ae-Vi-m-selv-skape-mulighetsrommene>
- Malkomsen, A. & Solberg, C. T. (2025). Psykiatriens forventningsavklaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0182>
- McGowan, T. (2019). *Emancipation After Hegel: Achieving a Contradictory Revolution*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/mcgo19270>
- Norsk psykologforening. (2022). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. <https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Schanche, E. & Hjeltne, A. (2023). Å melde fra er å ta ansvar. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as09ae-A-melde-fra-er-a-ta-ansvar>
- Skjørshammer, M. (2021). Psykologen som hybrid leder. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 478–483. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as05ae-Psykologen-som-hybrid-leder>
- Stortinget. (2021). *Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester*. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2020-2021/dok3-202021-013.pdf>
- Straumsheim, P. A., Moen, K. & Berglund, L. J. (2017). Takle utfordringer eller tukle med relasjoner? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(4), 386–395. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as04ae-Takle-utfordringer-eller-tukle-med-relasjoner>
- Utvåg, K. M., Steinkopf, S. & Holgersen, H. (2014). Vilkår for klinisk autonomi og dens betydning for god praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(10), 861–867. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2014as10ae-Vilkar-for-klinisk-autonomi-og-dens-betydning-for-god-praksis>
- Øhlckers, L. R., Høstmælingen, A. & Siqveland, J. (2023). *Godt nok og bedre: Kvalitet i psykisk helse- og rustjenester* (1. utg.). Fagbokforlaget.



Tarald Sæstad

Helse Nord RHF, Bodø

Hans Petter Aardalsbakke

Blatchford Ortopedi AS, Bodø

Kristoffer Johansen

BUP Nordlandssykehuset, Lofoten

Skender Elez Redzovic

Institutt for nevromedisin og
bevegelsesvitenskap, NTNU

Hva motiverer mellomledere til å bli i poliklinikker i psykisk helsevern?

Sammendrag

Norsk helsesektor står overfor betydelige demografiske og organisatoriske utfordringer, med økende mangel på kvalifisert arbeidskraft og høy gjennomtrekk av ledere. Mellomledere i psykisk helsevern har en sentral rolle i skjæringspunktet mellom strategiske krav og klinisk praksis, samtidig som forskning viser at denne ledergruppen er særlig utsatt for belastninger. Formålet med studien er å få innsikt i hva som motiverer mellomledere i poliklinikker innen psykisk helsevern til å bli værende i stillingen.

Studien har et kvalitativt, eksplorativt design basert på semistrukturerte intervjuer med seks enhetsledere fra ulike helseforetak i én helseregion. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering med en abduktiv tilnærming, der temaer ble utviklet med utgangspunkt i deltakernes egne beskrivelser og erfaringer.

Analysen identifiserer fire sentrale faktorer som bidrar til motivasjon og stabilitet: positive relasjoner til medarbeidere, opplevelse av autonomi og handlingsrom, mestring i lederrollen og meningsfullt arbeid. Relasjonen til medarbeiderne fremstår som den viktigste kilden til anerkjennelse og tilhørighet. Byråkratiske krav og begrensninger i beslutningsprosesser beskrives som utfordrende, men ikke avgjørende for ønsket om å slutte.

Studien viser at relasjoner, autonomi, mestring og meningsfullhet har stor betydning for å beholde mellomledere i psykisk helsevern. Organisatoriske tiltak som styrker disse faktorene, kan bidra til økt stabilitet i lederrollen.

Nøkkelord: mellomledelse, psykisk helsevern, motivasjon, relasjon, tilhørighet, kvalitativ studie

KONTAKT tarald.saestad@gmail.com

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter. Forfatterne takker Nord universitet for et fremragende samarbeid og alle studiedeltakerne for at de delte sine erfaringer.

CC BY 4.0

Norge står i en krevende demografisk situasjon preget av en avtakende befolkningsvekst, aldrende befolkning og økende mangel på kvalifisert arbeidskraft (Meld. St. 31 (2023–2024)). Særlig i helse- og utdanningssektoren er det betydelige utfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering av fagpersonell (NOU 2023: 4; Seip, 2024; World Economic Forum, 2025). Dette setter både kvaliteten og bærekraften i offentlige tjenester under press, og aktualiserer behovet for nytenkning i organisering, ledelse, digitalisering og ivaretagelse av ansatte.

I denne sammenhengen fremstår mellomledere som en kritisk nøkkelgruppe, spesielt i helsesektoren (Embertson, 2006; Gullmark et al., 2026). De opererer i skjæringspunktet mellom strategiske føringer og operativ drift, med ansvar for både personalledelse og faglig utvikling. Forskning fremhever rollen deres som brobyggere i organisasjonen (Belasen & Belasen, 2017; Jacobsen, 2019b) og peker på at evnen deres til å utvikle medarbeidere, sikre faglig kvalitet og opprettholde stabile arbeidsmiljøer er avgjørende for tjenestenes funksjon og utvikling (Hartviksen et al., 2019, 2020). Samtidig kan investering i mellomlederens kompetanse representere et potensielt konkurransefortrinn for organisasjoner (Davenport & Harding, 2010).

Til tross for dette er mellomlederrollen i helsevesenet preget av sårbarhet. En betydelig andel ledere uttrykker ønske om å forlate stillingen (Hippe & Trygstad, 2012; Kassah et al., 2024; Wølner, 2021), samtidig som undersøkelser viser at gjennomtrekken av ledere er høyere i spesialisthelsetjenesten enn i øvrig offentlig sektor (Riksrevisjonen, 2020). Hyppige lederbytter kan svekke både kontinuiteten, arbeidsmiljøet og tjenestekvaliteten (Shapiro et al., 2016). Forskning viser også at mellomledere rapporterer høyere nivåer av stress, angst og depresjon enn ledere på andre nivåer (Jacobsen, 2019a; Kassah et al., 2024).

Flere forhold kan forklare denne situasjonen. Overgangen fra fagperson til leder innebærer ofte en krevende mellomposisjon, der motstridende forventninger må balanseres (Haaland & Dale, 2005; Spehar et al., 2015). Samtidig skjer overgangen ofte tilfeldig eller under sosialt press (Spehar et al., 2012). Rollen preges av høy kompleksitet, uklare krav og et misforhold mellom ansvar og reell innflytelse (McKinney et al., 2013). I psykisk helsevern forsterkes dette gjennom institusjonelle krysspress: mellom administrative styringskrav og profesjonsetiske hensyn, samt mellom styringslogikker inspirert av New Public Management og ansattes forventninger om relasjonsorientert og tillitsbasert ledelse (Jacobsen, 2019b; Knudsen et al., 2014). Slike spenninger påvirker opplevelsen av autonomi, mestring og meningsfullhet, og kan ha betydning for om ledere velger å bli i stillingen.

Samtidig fremheves relasjoner og sosial støtte som sentrale beskyttelsesfaktorer. Støtte fra både medarbeidere og overordnede, god kommunikasjon, opplevelse av kvalitet i tjenestene og det å bli verdsatt og involvert i

beslutninger bidrar til motivasjon og jobbtilfredshet (Hagebakken & Nilsen, 2017; Parsons & Stonestreet, 2003; Scott, 2002). Likevel tyder forskning på at handlingsrommet til mellomledere i praksis er begrenset av økt styring og byråkratisering (Solberg et al., 2013; Torjesen et al., 2011).

Til tross for omfattende forskning på mellomledelse generelt er det begrenset kunnskap om hva som motiverer mellomledere i psykisk helsevern til å bli værende i stillingen sin. Denne studien adresserer dette kunnskaps-gapet ved å undersøke hvilke ressurser og drivkrefter mellomledere selv opplever som avgjørende for å bli. Med et positivt psykologisk perspektiv rettes oppmerksomheten mot faktorer som fremmer motivasjon og utholdenhet fremfor belastninger.

Formålet med studien er å utvikle kunnskap om hvilke ressurser, strategier og erfaringer som bidrar til at mellomledere i psykisk helsevern opprettholder motivasjonen og forblir i rollen, til tross for krevende rammebetingelser. Studien søker å besvare følgende problemstilling: Hva motiverer mellomledere innen psykisk helsevern til å bli værende i stillingen?

Teoretisk bakgrunn

Denne studien er plassert innenfor et overordnet teoretisk landskap som belyser motivasjon i arbeid. Selvbestemmelsesteorien (Deci & Ryan, 2000) utgjør i denne sammenhengen et sentralt rammeverk for å forstå hva som fremmer motivasjon og trivsel. Teorien beskriver hvordan grunnleggende behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet påvirker indre motivasjon. Autonomi handler om opplevelse av handlingsrom og eierskap til egne oppgaver, kompetanse dreier seg om mestring og utvikling, og tilhørighet om relasjoner og sosial støtte. Samlet gir teorien et begrepsapparat for å forstå hvordan arbeidsforhold kan bidra til – eller hemme – motivasjon.

Relasjonsledelse (Spurkeland, 2017) representerer et komplementært perspektiv ved å fremheve betydningen av tillit, relasjoner og sosial støtte i arbeidslivet. Perspektivet bidrar til å synliggjøre hvordan kvaliteten på relasjoner, både til medarbeidere og overordnede, kan påvirke opplevelsen av trivsel, tilhørighet og meningsfullhet i arbeidshverdagen.

Metode

Forskningsdesign

Studien har et kvalitativt, eksplorativt design der formålet er å undersøke hva som motiverer mellomledere i poliklinikker innen psykisk helsevern til å bli værende i stillingen. Studien søker å få frem deltakernes egne erfaringer, refleksjoner og forståelser

av arbeidssituasjonen sin, og er forankret i både fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon, der mening utvikles gjennom fortolkning av levde erfaringer (Malterud, 2017).

Abduktiv tilnærming

Analysen har en abduktiv tilnærming. Dette innebærer at teorier og perspektiver inngår både i forkant av og under forskningsprosessen (Tjora, 2021). Samtidig har vi hatt som mål å la informantenes beskrivelser og perspektiver være styrende for hvilke temaer og kategorier som ble utviklet i analyseprosessen.

Teoretiske perspektiver på ledelse og motivasjon har vært viktige når vi har utformet bakgrunnen til studien og anvendes i diskusjonsdelen for å belyse og sette funnene inn i en større forskningsmessig sammenheng. De har imidlertid ikke fungert som analytiske rammer eller kodingskategorier i selve analysen. Dette skillet mellom empiridrevet analyse og teoriforankret drøfting har vært metodologisk bevisst.

En abduktiv tilnærming ble valgt fordi det foreligger begrenset forskning på hva som konkret motiverer mellomledere i poliklinikker innen psykisk helsevern til å bli værende i stillingen sin. Studien har vært åpen for informantenes egne opplevelser og beskrivelser, samtidig som den er inspirert av relevante teoretiske perspektiver. For å utvikle kunnskap nært knyttet til faktiske erfaringer var det derfor hensiktsmessig å la mønstre og temaer vokse frem fra datamaterialet fremfor å teste eller anvende eksisterende teoretiske modeller.

Kontekst

Studien er gjennomført i spesialisthelsetjenesten, nærmere bestemt blant enhetsledere for poliklinikker i psykisk helsevern. En poliklinikk i denne sammenhengen er en del av sykehuset der pasienter møter til timeavtaler og får behandling for psykiske lidelser. De ansatte i poliklinikkene er kunnskapsmedarbeidere med stor faglig

kompetanse: psykologer og psykologspesialister, psykiatere og leger i spesialisering, kliniske pedagoger, kliniske sykepleiere med flere. Poliklinikkene ligger geografisk spredt, og de fleste pasienter kan kjøre eller ta bussen til nærmeste poliklinikk.

Helseforetakene varierer mye i størrelse og organisering. De største universitetssykehusene har flere ledernivå enn mindre lokalsykehus. Avstanden fra enhetsledere til administrerende direktør i sykehus vil derfor variere etter størrelsen på sykehuset og øvrig organisering. Enhetslederne i denne studien jobber ved enheter spredt i hele helseregion nord. De er mellomledere på laveste administrative ledernivå i sykehusene, med ansvar for å følge opp klinikere med direkte pasientkontakt, sikre faglig kvalitet i tjenesten, overholde økonomiske budsjett og iverksette føringer som kommer fra øverste ledelse.

Utvalg og rekruttering

Informantene i denne studien var tre kvinner og tre menn med variert utdanningsbakgrunn, ansiennitet og ledererfaring og varierende grad av lederutdanning (tabell 1).

Fem av seks informanter hadde en kombinasjon av klinisk arbeid og lederoppgaver, den siste hadde kun administrative oppgaver. Alle informantene ble rekruttert til studien fra ulike helseforetak innen samme helseregion. Inklusjonskriteriene var at informantene måtte ha jobbet som enhetsleder i poliklinisk virksomhet innen psykisk helsevern i minst fire år.

Alle helseforetak i en helseregion ble bedt om å oppgi kontaktinformasjon til aktuelle kandidater som innfridde inklusjonskriteriene. Helseforetakene oppgav totalt elleve potensielle kandidater som innfridde inklusjonskriteriene. Det var spesielt kriteriet om minimum fire års ansiennitet som leder i poliklinikk som var utfordrende å innfri. Alle kandidatene ble kontaktet per e-post, der de ble spurt om å delta. Et informasjonsskriv og samtykkeskjema var vedlagt e-posten, og underskrevet samtykke ble returnert i forbindelse med intervjuene.

Tabell 1

Informantenes bakgrunn

Informant	Kjønn	Ledererfaring	Lederutdanning	År som leder	Stilling	Interntrekruttert	Antall ansatte
I1	K	Ja	Nei	5	100 % leder	Nei	8
I2	K	Nei	Nei	4	50 % klinisk, 50 % leder	Ja	10
I3	M	Ja	Nei	4	50 % klinisk, 50 % leder	Ja	6
I4	M	Ja	Ja	7	50 % klinisk, 50 % leder	Ja	9
I5	M	Nei	Ja	5	80 % klinisk, 20 % leder	Ja	7
I6	K	Nei	Nei	5	100 % leder	Nei	14

Datainnsamling

Data ble samlet inn gjennom seks semistrukturerte intervjuer via Teams. TS deltok i alle intervjuene og ledet intervjuene av informantene I3, I4 og I6. KJ ledet intervjuene med I1 og I5 og var observatør i intervjuene med I5 og I6. HPA ledet intervjuet med I2 og var observatør med I3. Vi utarbeidet en fleksibel, semistrukturert for å utforske deltakernes erfaringer og forståelse. Utarbeidelsen fulgte anbefalinger fra Kvale og Brinkmann (2009) og Thagaard (2018) for å balansere struktur og fleksibilitet. Guiden inneholdt åpne spørsmål innen sentrale temaområder, blant annet arbeidshverdag, trivsel, anerkjennelse, motivasjon og mestring.

Intervjuguiden ble brukt som fleksibel mal for å sikre at sentrale temaer ble dekket, samtidig som informantene fikk rom til å dele erfaringer fritt (Thagaard, 2018). Intervjuene startet med generelle spørsmål rundt ledelse og jobbhverdag for å etablere trygghet og fremme refleksjon. For å skape rike beskrivelser ble det etter hovedspørsmålene stilt oppfølgingsspørsmål som «Kan du gi et eksempel på dette?» eller «Kan du utdype dette?» (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle intervjuene ble lydopptatt med Nettskjema-diktafon mobilapp og transkribert ordrett ved hjelp av Whisper fra OpenAI (OpenAI, 2022). Alle transkripsjonene ble rensket manuelt og gjennomgått av samtlige forskere før analyser ble utført.

Analyse av datamateriale

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017). Denne metoden går ut på å systematisere og sortere meningsinnholdet i ustrukturert eller delvis strukturert tekst for å fremstille klare og presise beskrivelser av de sentrale temaene i materialet. Vi benyttet oss av analyseverktøyet NVivo for å organisere og analysere det kvalitative datamaterialet. Programvaren bidro til å lette arbeidet med å kode tekst og kategorisere data til temaer, identifisere mønstre og sammenhenger, samt visualisere funn gjennom diagrammer og nettverkskart.

Analyseprosessen ble gjennomført i fire steg:

1. Transkribering og gjennomlesning.

Først gikk vi gjennom datamaterialet for å få en oversikt. Transkribert datamateriale ble så gjennomlest flere ganger for å danne oss en helhetsforståelse av intervjuene. Under lesingen noterte hver enkelt av oss stikkord som identifiserte temaer som kunne reflektere innsikt og forståelse. I tråd med Malterud (2017) var det avgjørende å se bort fra egen forforståelse og ha informantens stemme i fokus.

2. Identifisering av meningsbærende enheter

I det andre steget ble alt materialet systematisk gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter.

Alle deltok i identifiseringen av relevante uttalelser som handlet om motivasjon til å bli værende i jobben som mellomleder, dette for å utfordre de temaene som ble kartlagt i første steg. De meningsbærende enhetene ble kodet og visualisert gjennom bruk av ulike farger og organisert i tematiske grupper i NVivo, i tråd med beskrivelsene til Malterud (2017) og Thagaard (2018) av hvordan man strukturerer informasjon og analyserer betydningen av den. Dette bidro til å avdekke ytterligere relevante temaer.

3. Kondensering fra kode til mening

I det tredje steget ble innholdet som hver av kodegruppene representerte, abstrahert og kodegruppene justert. Det ble gjennom denne prosessen avdekket at enkelte kodegrupper inneholdt få enheter, mens andre inneholdt mange. Gjennom abstraheringsprosessen identifiserte vi fire kodegrupper som bidro med ny og vesentlig innsikt. Med bakgrunn i disse fire kodegruppene ble de endelige temaene definert.

4. Utvikling av beskrivelser og begreper

I det fjerde og siste steget ble meningsbærende enheter omformet til strukturerte beskrivelser og begrepsmessige fremstillinger (Malterud, 2017). I denne fasen ble relevante uttalelser bearbeidet og gjenfortalt, der målet var å få frem informantens stemme. Det la grunnlaget for utformingen av en analytisk tekst for hver enkelt kodegruppe. Malterud (2017) understreker at den analytiske teksten skal formidle essensen av resultatene, supplert med utvalgte «gullsitater» fra informantene for å styrke fremstillingen.

Forskerteam og refleksivitet

Forskerteamet praktiserte bevisst teamrefleksivitet for å sikre både produktivt samarbeid og faglig grundighet i forskningen (Rankl et al., 2021). Teamet besto av fire forskere (TS, KJ, HPA og SER) med ulik erfaring og tilknytning til psykisk helsevern. TS har erfaring som enhetsleder og leder for andre enhetsledere, KJ er enhetsleder i en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, mens HPA og SER ikke har direkte tilknytning til organisasjonen. Teamet var bevisst sin egen forforståelse og arbeidet aktivt med å holde denne i sjakk gjennom refleksjon og diskusjon. Under forskningsprosessen delte forskerne observasjonene sine, konfronterte inkonsistenser i tolkningene og vurderte kontinuerlig alternative forklaringer. Variasjonen i erfaringer og perspektiver ga både innsikt og kritisk distanse: kjennskap til organisasjonen og mellomlederrollen fremmet nysgjerrighet og dybde i analysene, mens forskere uten tilknytning bidro til objektivitet. Denne bevisste håndteringen av forforståelse og refleksivitet gjorde analysen mer pålitelig og høynet kvaliteten.

Forskningsetikk

Studien er vurdert av Sikt (Prosjekt-ID: 897172), uten anmerkninger. Alle deltakerne ble informert om studiens formål og gav informert samtykke til deltakelse. For å ivareta personvernet ble alle personopplysninger slettet.

Analyse

Funnene indikerer at mellomlederes motivasjon til å bli værende i stillingen er knyttet til (a) positive relasjoner til ansatte, (b) høy grad av autonomi, (c) opplevelse av mestring og (d) et meningsfullt arbeid.

Positive relasjoner til ansatte

Informantene beskriver at opplevelsen av å ha positive relasjoner til egne ansatte er en av de avgjørende faktorene for å bli værende i lederjobben: «Den beste anerkjennelsen jeg får, er den relasjonen jeg får med mine ansatte. Den dialogen og samhörigheten vi har, og pasienter som er fornøyde med forløpene de har her. Anerkjennelse fra systemet over meg har jeg ikke behov for» (I5). Gode relasjoner på arbeidsplassen mellom kollegaer er med på å skape et godt arbeidsmiljø. Informantene gir uttrykk for en sterk tilhørighet til fellesskapet på egen arbeidsplass: «Jeg er en del av kollegiet her. Jeg er ikke bare leder» (I1).

Å føle seg som en del av et miljø som er inkluderende og støttende, bidrar til engasjement, trivsel og motivasjon. Informantene beskriver det som «Vi er en gjeng» (I1), «Vi er en stor gruppe som har hverandres rygg» (I5), «samholdet og arbeidsmiljøet er helt essensielt» (I5), «det viktigste er mine ansatte, rett og slett. Helt uten tvil» (I5). Noen beskriver personlige vennskap med sine kollegaer som et viktig element, samtidig som enkelte problematiserer dilemmaet mellom å være venn og rollen som leder.

Så med en gang du blir leder, så opplever du å bli behandlet på en helt annen måte. Plutselig så lukkes jo døren for private samtaler som du tidligere har vært en del av, og så blir du snakket om i samtaler du tidligere har vært inkludert i. Så det har vært en prosess for meg å ta det steget opp. (I2)

En av informantene vektlegger viktigheten av relasjonen til kollegaene sine, men presiserer at hen «ikke er på jobb for å få venner, men for å gjøre en god jobb» (I4).

Relasjonen til nærmeste leder beskrives ulikt av informantene, som rapporterer varierende opplevelser av både anerkjennelse og tilhørighet til den overordnede ledelsen. En informant forteller at «man må ha stor grad av egen omsorg og egen evne til egenstrøst. Jeg har ikke hatt mange ledere som har gitt meg så mye tilbakemelding» og «Har aldri hatt behov for så mye anerkjennelse, egentlig» eller «det er jo også en form for anerkjennelse, at man får være i fred. Man får frihet og ansvar» (I3). En

annen beskriver det som «Nei, ingenting, tror jeg, kanskje sykehuset som system ikke er så veldig god på akkurat den biten [ivaretagelse av ledere]» (I5). Flere informanter belyser også utfordringene med å skape en positiv relasjon til nærmeste leder med hyppige bytter av overordnede ledere:

Det som er mest utfordrende, er jo at ledelsen over meg skiftes og skiftes, så det blir jo nye retninger. Det blir som politiske retninger. Hvert fjerde år er det nytt valg. Så det er litt å forholde seg til nye ledere hele tiden. ... Men det som er utfordringen, er at når jeg trenger et klart svar, så er det min nærmeste leder jeg skal henvende meg til. Og det er klart at det er litt frustrerende når det er nye ledere hele tiden som ikke er godt innkjørt, og som trenger å være nye i jobben, de også. (I2)

En annen sier det slik: «Hvem skal du støtte deg på? Når medarbeiderne dine er frustrerte og sinte hele tiden, og ledelsen er ny, og du har liksom ingen støtte noen plass» (I1).

Samtidig som informantene beskrev viktigheten av gode relasjoner til egne ansatte, fremhevet de også relasjonsbasert lederstil som foretrukket lederstil.

Høy grad av autonomi

Informantene fremhever muligheten til å ta egne beslutninger, samtidig som åpen dialog med nærmeste leder gir dem en følelse av eierskap og ansvar: «Handlingsrommet har jeg, og jeg er veldig åpen med min avdelingsleder, og veldig ærlig for hvorfor jeg tar de valgene som jeg tar» (I2). En annen beskriver det slik: «I veldig stor grad så har vi muligheter til å påvirke egen og ansattes arbeidshverdag» og «Jeg får stort sett styre mine dager, det er liksom ikke noen som legger seg opp i hva jeg gjør og ikke gjør» (I3). To av informantene trekker frem handlingsrom fra sin egen leder som viktig: «Hen har latt oss få lov til å gjøre det som er lurt, samtidig som hen har talt vår sak oppover i systemet» (I4) og «Jeg opplever å bli hørt, men hen er jo tidvis relativt overbelastet, sånn at det blir jo ...» (I6). Denne tilliten fra ledelsen gir enhetsleder mulighet til å forme egen enhet, skape utvikling og gode resultater, samtidig som det gir et nødvendig handlingsrom som fremmer motivasjon. Det beskrives også noen begrensninger: «Så lenge vi ikke bruker for mye penger, så er det muligheter til å gjøre det vi synes er fornuftig» (I2).

I informantenes beskrivelser av handlingsrom var det spesielt kompleksiteten ved rekruttering av nye medarbeidere som ble reflektert over. En informant beskrev dette som følger: «Det er det eneste dette med stillinger ... det må nesten opp i kongelig statsråd om vi skal få lov til å ansette» (I6). En av informantene opplevde frihet til å ta strategiske valg for å sikre drift: «Jeg opplever stor grad

av frihet til å skaffe den kompetansen når vi trenger den» (I3). Det å oppleve tillit er med på å øke selvstendighet og ansvar, noe som informantene trekker frem som årsak til stabilitet og engasjement som mellomleder.

Opplevelse av mestring

Informantene beskriver stor grad av mestring i sin rolle som leder og fremhever betydningen av mestring som faktor for å bli i jobben: «Jeg mestrer jo oppdraget her» (I6). Flere av informantene forteller om gode muligheter for kompetanseheving innen det kliniske: «Jeg opplever stor frihet til å skaffe den kompetansen jeg har behov for» (I5) og «Vi bruker relativt mye penger på klinisk kompetanse, så der føler jeg meg trygg» (I4). Erfaringene er mer delte når det gjelder kompetansebygging og opplevelse av mestring med hensyn til ledelse. Noen informanter fremhever utdanning som hjelpsomt: «Jeg har fått mye igjen for videreutdanningen som jeg fikk» (I4) og «Videreutdanningen som jeg har startet i verdibasert ledelse, er fryktelig interessant» og «Jeg er utrolig glad i personalledelse. Jeg er veldig interessert i ulike måter å lede på. Jeg er veldig interessert i nettopp verdibasert ledelse. Det å på en måte møte personal på deres ... sted, deres personlighet, deres verdier ...» (I2). Andre beskriver mulighetene til å få videreutdanning som begrenset: «Jeg opplever ikke veldig mange utviklingsmuligheter som leder» (I5) og «Jeg havner på denne jæ... ventelista [for lederutdanning] hele tiden» (I1).

Informantene uttrykker at arbeidsbelastningen er overkommelig, med god balanse mellom arbeid og fritid. Flertallet av mellomlederne i denne studien jobber minst 50 % klinisk, mens den resterende tiden går til lederoppgaver. Denne modellen gir mellomlederne god innsikt i behovene og de daglige utfordringene i klinikken, noe som skaper et godt grunnlag for å vurdere hva som kreves av støtte til de ansatte. En informant beskriver denne fordelingen som avgjørende for å mestre rollen:

Jeg vil si at det er en veldig fin balanse mellom ledelse og klinisk arbeid som gjør at jeg mestrer rollen som leder. Jeg får brukt meg innen begge deler på en helt utmerket måte. Jeg opplever også at jeg mestrer begge områdene. (I3)

Det er likevel ikke alle som opplever at alt er like enkelt: «Jeg har for mange oppgaver og for mange roller jeg skal fylle. Da går kvaliteten ned på arbeidet jeg gjør som leder» (I5). Andre opplever at det kan være vanskelig å prioritere tidsbruken: «Det blir veldig mange plasser å spre tiden sin på, av og til kjenner jeg på om at dette virkelig er godt nok» (I2). En annen pekte på lederstrukturen: «Mye byråkrati, og mange lurte på hvorfor vi skal ha så mange lederledd, altså hva gjør de i ulike roller, hva er vitsen» (I1).

Meningsfullt arbeid

Informantene beskriver viktigheten av at både arbeidet de utfører og rollen de har på arbeidsplassen, er meningsfull. Flere peker på hvordan meningsfullt og samfunnsmessig viktig arbeid bidrar til å opprettholde motivasjonen for arbeidet. Det skjer gjennom at de er tett på sine medarbeidere og pasienter, samt videreutvikler gode, hensiktsmessige tjenester som hjelper pasientene. En informant uttrykker det slik: «Det å være tett på golvet, skulle jeg si. Jeg liker å ha kontakt med pasientene, rett og slett være litt nær» (I1). En annen beskriver opplevelse av mening slik: «Det å ikke bare være en leder ... tror ikke jeg har klart å ha vært leder hvis ikke jeg kunne ha medarbeidere rundt meg» (I2). Flere av informantene forteller hvor viktig det er å skape et trygt læringsmiljø: «At jeg klarer å tilrettelegge for de ansatte, slik at de har nok overskudd til å gjøre en god jobb» (I6) og «Det å kunne være med på å skape et godt lag ... et team, og med et godt lag så får man til alt mulig» (I2). En annen beskriver det som: «Det å ha en fin arbeidsplass og ha fine og dyktige folk man jobber med» (I6). Informantene beskriver også at arbeidet med pasientene er det som gir jobben mening. En informant sier det slik: «Mening er når vi lykkes med pasientbehandlingen, har gode rutiner, slik at pasientene får den oppfølgingen og behandlingen de trenger for å bli bedre» (I1). En informant peker på struktur og psykologisk trygghet: «Det som gir mening for meg, er å ha skapt en flat struktur der medarbeiderne føler at de kan komme til meg uansett hva det skulle være» (I4).

Men det er også elementer som oppleves som meningsløse. Flere informanter beskrev byråkratiet som en utfordring. En informant brukte en metafor og beskrev spesialisthelsetjenesten som et synkende skip. Informantens jobb opplevdes slik:

Nå har jeg flere venner som jobber privat. Jeg ser at deres utvikling og tankegang er litt mer dynamisk enn vi som bare sitter og auser i en offentlig båt som er i ferd med å synke. Sånn kjennes det ut som av og til. (I5)

Diskusjon

Studien hadde som mål å undersøke hva som motiverer mellomledere i poliklinikker innen psykisk helsevern til å bli værende i stillingen. Funnene viser at motivasjon særlig er knyttet til fire forhold: relasjoner til medarbeidere, autonomi, mestring og meningsfullt arbeid. Samlet peker disse faktorene på betydningen av indre motivasjon og sosial forankring i lederrollen (Deci & Ryan, 2000). Indre motivasjon styrkes når behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet ivaretas. I tråd med Spurkeland (2017) fungerer tillitsfulle og støttende relasjoner til medarbeidere som sosial forankring og en styrke for motivasjonen og arbeidstilfredsheten, og de bidrar til stabilitet i lederrollen.

Relasjoner som primær forankring

Relasjoner til medarbeidere fremstår som den viktigste motivasjonsfaktoren. Informantene beskriver hvordan anerkjennelse, tilhørighet og støtte først og fremst kommer fra egen enhet, det vil si fra egne medarbeidere, ikke fra organisasjonen som helhet. Dette indikerer at mellomlederens lojalitet i stor grad er forankret «nedover» i organisasjonen. Dette funnet kan forstås i lys av mellomlederens rolle som brobygger (Belasen & Belasen, 2017; Jacobsen, 2019b), men nyanserer samtidig denne forståelsen: Snarere enn å være jevnt forankret mellom nivåene, synes tilhørigheten å være skjevt fordelt. Funnet samsvarer med beskrivelser av hvordan byråkratiske styringssystemer kan skape avstand mellom beslutningstakere og klinisk praksis (Reichborn-Kjennerud, 2025; Torjesen et al., 2011).

Det at mange av informantene er rekruttert internt fra kliniske stillinger, kan forsterke denne tendensen. Overgangen fra kollega til leder innebærer, som beskrevet av Haaland og Dale (2005), en posisjon «med en fot i hver leir». Våre funn tyder imidlertid på at denne doble tilhørigheten ikke bare skaper krysspress, men også fungerer som en ressurs: kjennskap til praksis og relasjoner til ansatte styrker tilliten, legitimiteten og motivasjonen for å bli værende.

Samtidig synliggjør funnene en sårbarhet knyttet til manglende støtte fra overordnet nivå. Informantene beskriver et paradoks hvor de selv vektlegger tilgjengelighet og støtte til sine ansatte, men at de i mindre grad opplever det samme fra egne ledere. Tidligere forskning viser at fravær av slik støtte kan virke demotiverende og øke risikoen for at ledere slutter (Parsons & Stonestreet, 2003; Spieler, 2024). At informantene likevel blir værende, kan tyde på at relasjonen til medarbeiderne i noen grad kompenserer for denne mangelen.

Autonomi i et strukturert handlingsrom

Opplevelse av autonomi fremstår som en viktig motivasjonsfaktor, særlig knyttet til drift av egen enhet. Informantene beskriver at de har tilstrekkelig handlingsrom til å lede i praksis, noe som samsvarer med forskning som fremhever autonomi som avgjørende for motivasjon (Hagebakken & Nilsen, 2017; Spieler, 2024).

Samtidig fremkommer det et tydelig spenningsforhold: Autonomien er reell i det daglige arbeidet, men begrenset av strukturelle og byråkratiske rammer. Dette samsvarer med tidligere studier som viser til økt ansvar uten tilsvarende myndighet i helsevesenet (Jacobsen, 2019b; Solberg et al., 2013).

Funnene peker dermed på et viktig nyanseringspoeng: Det er ikke full autonomi som er avgjørende, men opplevelsen av å ha tilstrekkelig handlingsrom innenfor eget ansvarsområde. Mellomlederne synes å håndtere dette ved å fokusere på det de faktisk kan påvirke – egen enhet og egne medarbeidere – noe som gir en opplevelse av kontroll og mening.

Mestring i krysspress

Informantene beskriver gjennomgående at de mestrer lederrollen, inkludert balansen mellom krav fra ledelsen og behov hos medarbeiderne. Dette er interessant sett i lys av forskning som fremhever manglende forberedelse og kompetanse som en utfordring (McKinney et al., 2013).

Våre funn tyder på at mestring i stor grad utvikles gjennom erfaring og praksisnær ledelse, kombinert med formell lederutdanning, noe som samsvarer med tidligere forskning (Hartviksen et al., 2019). Samtidig peker informantene på begrensede muligheter for lederutvikling, noe som kan representere en risiko på lengre sikt.

Mestringen synes særlig å være knyttet til evnen til å håndtere to parallelle logikker: en relasjonsorientert logikk rettet mot ansatte, og en byråkratisk logikk preget av kontroll og rapportering (Berghout et al., 2017; Jacobsen, 2019b; Knudsen et al., 2014). Selv om denne balansen beskrives som krevende, opplever informantene i stor grad å håndtere den. Dette kan bidra til å forklare hvorfor de blir værende til tross for kjente belastninger i rollen.

Meningsfullhet som overordnet drivkraft

Meningsfullhet fremstår som en gjennomgående drivkraft, særlig knyttet til nærhet til pasientarbeid og muligheten til å utvikle gode tjenester. Kombinasjonen av kliniske og administrative oppgaver fremheves som særlig viktig. Dette nyanserer tidligere forskning som ofte fremhever denne dobbeltheten som en belastning (McKinney et al., 2013; Torjesen et al., 2011). I denne studien virker den snarere som en kilde til mening og tilhørighet, så lenge balansen oppleveres som håndterbar.

Samtidig beskrives byråkratiske oppgaver som meningsreducerende. Likevel synes ikke disse å være avgjørende for ønsket om å slutte. Dette kan tyde på at meningsfulle kjerneoppgaver – særlig knyttet til mennesker og fag – oppveier belastningene ved systemkrav.

Implikasjoner for praksis

Funnene peker på behov for organisatoriske tiltak som styrker relasjoner, autonomi, mestring og mening i lederrollen. Særlig fremstår det som viktig å styrke støtte og stabilitet fra nærmeste leder, å redusere unødig byråkratisk detaljstyring, å sikre reelt handlingsrom i sentrale beslutninger samt å tilby systematisk lederutdanning og utvikling.

Tiltak rettet mot disse områdene kan øke motivasjonen og redusere gjennomtrekktet, ikke bare blant mellomledere i psykisk helsevern, men også i tilsvarende deler av helsetjenesten.

Styrker og begrensninger

En styrke ved studien er at den gir dybdeinnsikt i erfaringene til en ledergruppe som ofte står i et krysspress mellom krav fra overordnede og forventninger fra med-

arbeidere, samtidig som de som gruppe er avgjørende for kvalitet og stabilitet i tjenestene. Studien har et fokus på det som motiverer mellomledere til å være i stillingen over tid.

Samtidig har studien flere begrensninger. Utvalget er lite og geografisk avgrenset, noe som kan redusere overføringsverdien av funnene til andre kontekster. Det er også mulig at informantene som valgte å delta, i større grad enn andre opplever trivsel i lederrollen, noe som kan ha gitt en skjevhet i materialet.

På den annen side kan nettopp det at utvalget består av mellomledere som ønsker å dele sine erfaringer, ses som en styrke. Det gir innblikk i refleksjonene til personer med et stort engasjement i lederrollen. Studien kan derfor gi viktige innspill til hvordan organisasjoner kan legge til rette for å beholde og støtte mellomledere i psykisk helsevern.

Konklusjon

Formålet med studien var å undersøke hvilke faktorer som motiverer mellomledere i psykisk helsevern til å bli værende i stillingen. Informantene fremhever særlig (a) positive relasjoner til medarbeidere, (b) høy grad av autonomi, (c) mestring av oppgavene og (d) meningsfullt innhold i arbeidet som sentrale motivasjonsfaktorer.

Organisatoriske tiltak som styrker disse faktorene, kan

bidra til økt stabilitet i lederrollen. Funnene indikerer at ledernes lojalitet og tilhørighet primært var knyttet til egne medarbeidere og pasienter. Dette peker på en mellomlederrolle som i stor grad utfordres av krysspresset mellom overordnede organisatoriske krav og de nære sosiale behovene. Resultatene indikerer også at det er en sammenheng mellom motivasjonsfaktorene mellomlederne oppgir, og deres foretrukne lederstil – relasjonsbasert ledelse.

Informantene beskriver høy grad av autonomi i det daglige arbeidet, samtidig som byråkratiske føringer og ulike ledelseslogikker fra høyere nivå skaper begrensninger og spenninger. Opplevelsen av å kunne tilrettelegge og tilpasse egen arbeidshverdag og samtidig mestre arbeidet ser ut til å være nøkkelfaktorer for å bli værende i stillingen – sammen med et sterkt fellesskap og anerkjennelse fra ansatte. Nærhet, trygghet og sosial tilhørighet fremheves som avgjørende for motivasjon og stabilitet blant mellomledere.

Videre forskning bør utforske hvordan lederstøtte og relasjon til medarbeidere kan styrke mellomlederes jobbtillfredshet og stabilitet. Det er også viktig å forske videre på hvordan bedre balanse mellom ulike ledelseslogikker kan gjøre mellomledere mer motivert til å bli værende i stillingen. I lys av de demografiske og organisatoriske utfordringene i helsevesenet kan økt kunnskap om hva som motiverer mellomledere, være avgjørende for å sikre både rekruttering, stabilitet og kvalitet i tjenestene. 📌

REFERANSER

- Belasen, A. T. & Belasen, A. R. (2017). *An eye on the middle: Motivation and support for middle managers*. SSRN.
- Berghout, M. A., Fabbriotti, I. N., Buljac-Samardžić, M. & Hilders, C. G. (2017). Medical leaders or masters? A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLOS ONE*, 12(9), e0184522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184522>
- Davenport, T. O. & Harding, S. D. (2010). *Manager Redefined: The Competitive Advantage in the Middle of Your Organization*. Jossey-Bass.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Embertson, M. (2006). The Importance of Middle Managers in Healthcare Organizations. *Journal of Healthcare Management*, 51(4), 223–232. <https://doi.org/10.1097/00115514-200607000-00005>
- Gullmark, P., Salvato, C. & Clausen, T. H. (2026). Middle managers matter! Unpacking the deployment and adaptation of organization-level dynamic capabilities. *Public Management Review*, 28(3), 771–798. <https://doi.org/10.1080/14719037.2025.2469826>
- Hagebakken, G. & Nilsen, E. A. (2017). Førstelinsjeledernes handlingsrom – bur eller ballsal? I O. J. Andersen, T. Moldenæs & H. Torsteinsen (Red.), *Ledelse og skjønnsutøvelse. Analyse, intuisjon, forhandlinger* (s. 93–111). Fagbokforlaget.
- Hartviksen, T. A., Aspors, J. & Uhrenfeldt, L. (2019). Healthcare middle managers' experiences of developing capacity and capability: a systematic review and meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 19(1), 546. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4345-1>
- Hartviksen, T. A., Aspors, J. & Uhrenfeldt, L. (2020). Healthcare middle managers' capacity and capability to quality improvement. *Leadership in Health Services*, 33(3), 279–294. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2019-0072>
- Hippe, J. M. & Trygstad, S. C. (2012). *Ti år etter: ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. FAFO. https://www.fafo.no/media/com_netsukii/20284.pdf
- Haaland, F. H. & Dale, F. (2005). *På randen av ledelse. En veiviser i førstegangsledelse*. Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2019a). *Ledelse og den offentlige dimensjonen. En sammenligning av ledere i offentlige og private virksomheter*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2019b). Mellomledelse – en spesiell form for ledelse? *Magma*, 22(2), 46–54. <https://doi.org/10.23865/magma.v22.1165>
- Kassah, B. L. L., Nordahl-Pedersen, H. & Wølner, M. R. (2024). Mellomledere i spesialisthelsetjenesten – emosjonelt arbeid og organisatoriske endringer. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 26(3), 62–75.
- Knudsen, K., Gunnarsdóttir, H. M. & Karlsen, J. E. (2014). Aldri fred å få? Rollekonflikter midt i lederlivet. *Sosiologisk tidsskrift*, 22(1), 28–50. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2928-2014-01-03>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder innen medisinsk forskning. En innføring* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McKinney, R., McMahon, M. & Walsh, P. (2013). Danger in the middle: Why middle managers aren't ready to lead. *HBP Corporate Learning*, 1–8. <https://docslib.org/doc/5625172/why-midlevel-managers-arent>
- Meld. St. 31 (2023–2024). *Perspektivmeldingen 2024*. Finansdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-31-20232024/id3049290/>
- NOU 2023: 4 (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- OpenAI. (2022). *Whisper* [Talegjenkjenningsverktøy]. <https://openai.com/research/whisper>
- Parsons, M. L. & Stonestreet, J. (2003). Factors that Contribute to Nurse Manager Retention. *Nursing Economics*, 21(3), 120–126.
- Rankl, F., Johnson, G. A. & Vindrola-Padros, C. (2021). Examining what we know in relation to how we know it: A team-based reflexivity model for rapid qualitative health research. *Qualitative Health*

- Research, 31(7), 1358–1370. <https://doi.org/10.1177/1049732321998062>
- Reichborn-Kjennerud, K. (2025). The Origins and Main Tools of New Public Management. I K. Reichborn-Kjennerud (Red.), *Sustainable Urban Transitions and New Public Management: The Norwegian Experience* (s. 21–36). Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-031-82307-7_3
- Riksrevisjonen. (2020). Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (Del av dokument 3:2 (2019–2020)). <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>
- Scott, J. (2002). Management retention in the NHS. *Journal of Management in Medicine*, 16(4), 292–302. <https://doi.org/10.1108/02689230210445103>
- Seip, Å. A. (2024). *Bemanningskrisen og velferdsstaten: Interesser og løsninger i helse- og omsorgssektoren* (Fafo-rapport 2024:45). Fafo. <https://www.fafo.no/publikasjoner/fafo-publikasjoner/bemanningskrisen-og-velferdsstaten>
- Shapiro, D. L., Hom, P., Shen, W. & Agarwal, R. (2016). How do leader departures affect subordinates' organizational attachment? A 360-degree relational perspective. *Academy of Management Review*, 41(3), 479–502. <https://doi.org/10.5465/amr.2014.0233>
- Solberg, O. A., Karlsen, B. & Skjevdal, J. (2013). Ledelse i kontekst. I R. Rønning, W. Brochs-Haukedal, L. Glasø & S. B. Matthiesen (Red.), *Livet som leder. Lederundersøkelsen 3.0* (s. 101–126). Fagbokforlaget.
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. *BMC health services research*, 12(1), 421. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-421>
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2015). Professional identity and role transitions in clinical managers. *Journal of health organization and management*, 29(3), 353–366. <https://doi.org/10.1108/JHOM-03-2013-0047>
- Spieler, K. S. (2024). Navigating Autonomy, Competence, and Relatedness: Insights from Middle Managers in Norway. *Administrative Sciences*, 14(5), 102. <https://doi.org/10.3390/admsci14050102>
- Spurkeland, J. (2017). *Relasjonsledelse* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Viten skapt*. Cappelen Damm Akademisk
- Torjesen, D. O., Byrkjeflot, H. & Kjekshus, L. E. (2011). *Ledelse i helseforetakene. En gjennomgang av norske studier av ledelse i sykehus*. I S. Askvik, B. Espedal & H. Gammelsæter (Red.), *Kunnskap om ledelse – festskrift til Torodd Strand* (s. 89–108). Fagbokforlaget.
- World Economic Forum. (2025). *The Future of Jobs Report 2025*. <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2025/>
- Wølner, M. R. (2021). *Turnover blant mellomledere i spesialisthelsetjenesten: En casestudie i UNN om hvorfor mellomledere i spesialisthelsetjenesten slutter som ledere* [Masteroppgave]. Handelshøgskolen, Fakultet for biovitenskap, fiskeri og økonomi. <https://9pdf.net/document/yj788j46-turnover-mellomledere-spesialisthelsetjenesten-casestudie-hvorfor-mellomledere-spesialisthelsetjenesten-slutter.html>

Utilsiktet identifisering av uskyldig psykolog

Psykologtidsskriftets sjefredaktør, Katharine Cecilia Williams, hevder i en kronikk hos Medier24 at medienes omtale av en straffedømt psykolog utilstekt har identifisert feil mann (Williams, 2026).

Flere medier, som NRK, TV2, Aftenposten og Khrono, omtalte nylig at en mann er dømt for seksuelle overgrep mot sin datter. Mannen beskrives som psykolog og professor, men enkelte medier har lagt til opplysninger som etter Williams' syn går utover det saklige og nøkterne. Han refereres til som sakkyndig og anerkjent forsker innen avhør av barn, troverdighetsvurderinger og falske minner. Det opplyses også om forhold knyttet til mannens livsførsel og datterens helsestatus, og hvor rettssaken ble behandlet.

Williams mener informasjonsformidlingen er uansvarlig og presseetisk problematisk. Den er egnet til å identifisere datteren i saken, og til å feilaktig sette søkelys på andre kvinner som passer beskrivelsen. Den samlede beskrivelsen av mannen har i tillegg ledet frem til en uunngåelig – men uriktig – konklusjon om hvem han er.

Hun erfarer at personen som mange i fagmiljøet nå oppfatter som en dømt overgriper, er uskyldig. «Med hjelp av mediene har vi altså identifisert feil person», skriver hun.

Williams understreker at hun har full forståelse for at saken formidles til allmennheten. Mediene oppfyller sitt samfunnsoppdrag når de dekker at en psykolog og professor er dømt for seksuelle overgrep mot sin datter. De øvrige opplysningene har imidlertid trukket en kollega inn i en sak hvor han ikke hører hjemme.

Williams ber mediene grundig vurdere hvordan fagpersoner omtales og fremstilles i det offentlige rom – også de straffedømte. Kontekst må tas i betraktning slik at omgivelsene ikke trekker feilaktige konklusjoner om hvem de involverte er.

REFERANSE

Williams, K. C. (2026, 3. juli.). Anonymitet som gapestokk. *Medier24*.
<https://www.m24.no/aftenposten-anonymitet-debatt/anonymitet-som-gapestokk/935429>

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

Sliter du med en fagetisk problemstilling i klinikk?
 Ser du etiske dilemma ved psykothenes praksis og rolle i samfunnet?

Del dine etiske refleksjoner i Etikspanelet.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Den nyliberalistiske styringsmåten
ser bort ifra menneskets avhengighet,
sårbarhet og behov for fellesskap.

Effektivisering og fagetisk ubehag



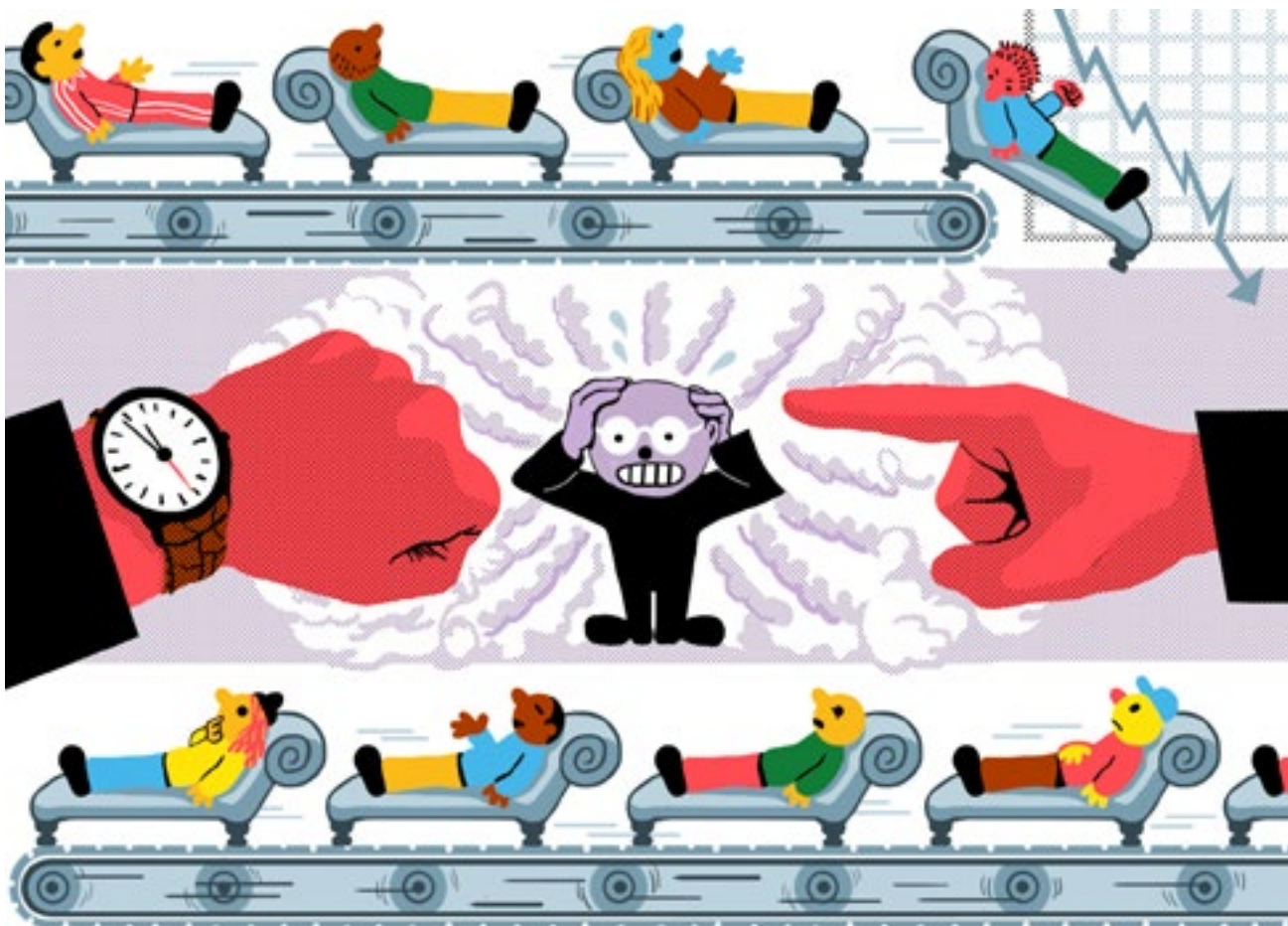
FOTO PRIVAT

TEKST Lars Huneide Thorbjørnsen
Sykehuset Østfold

KONTAKT larsthor@gmail.com

For en tid tilbake gikk det en diskusjon i Psykologtidsskriftet om psykoterapi i psykisk helsevern. Det ble trukket fram at noen typer psykoterapi – psykoanalytisk terapi, ISTDP og EFT – i mindre grad lar seg anvende i offentlig psykisk helsevern og derfor ikke burde støttes som spesialiseringsløp av helseforetakene (Jensen, 2025). Jeg tenker at diskusjonen om hvilke metoder som passer i systemet, har fagetiske dimensjoner vi kan reflektere over.

Ved flere anledninger er det blitt påpekt at offentlig psykisk helsevern er under press på flere områder. I oppropet «Vi har knapt begynt, men har behov for å rope varsko» (Nordland et al., 2022) uttrykte profesjonsstudenter fra Universitetet i Oslo, Bergen, Tromsø og Trondheim bekymring om rammebetingelsene som de ville møte i offentlig psykisk helsevern. Flere har også skrevet om New Public Management (NPM) sitt inntog i helsesektoren og hva konsekvensene kan bli (Storeide, 2022; Erlandsen, 2022; Zheleva & Koanda, 2024). Høyt arbeidspress, lite faglig fokus og et system som svikter både pasienter og ansatte, trekkes frem.



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

På konfliktkurs med nyliberalismen

NPM er i hovedsak basert på og ment for styring av private bedrifter, der hovedmålet er å gjøre tjenester billigere og mer effektive (Haugsgjerd, 2022), og har med seg et ideologisk verdigrunnlag fra nyliberalismen. Prinsipper og verdier som tidseffektivitet, kostnadsbesparelse, standardisering og privatisering, i tillegg til individualisering, uavhengighet og selvtilstrekkelighet er fremtredende i en nyliberalistisk styringsmåte. En forklaring på at noen av behandlingsformene ikke lar seg gjennomføre i praksis, er at det oppstår en konflikt mellom behandlingsmetodene og de bedriftsøkonomiske styringsprinsippene i systemet. Konflikten kan utspille seg i flere lag, både på et administrativt nivå og mellom motstridende verdier og menneskesyn.

Konflikten oppstår når de bedriftsøkonomiske prinsippene legger føringene for hvordan psykoterapi skal gjennomføres. For noen behandlingsmetoder vil verdigrunnlaget mellom fagutøvelse og organisatoriske styringsprinsipper harmonere i større grad, for andre vil det skape dissonans og gnisninger. Slik jeg ser det, vil psykoanalytiske terapier og eksistensielle terapier havne mer i konflikt med prinsipper om tidseffektivitet og standardisering. Ved terapiformer som psykodynamisk psykoterapi er det ofte lagt opp til lange forløp, kanskje over flere år, og med hyppig frekvens av konsultasjoner. På den

andre siden vil for eksempel kognitive atferdsterapier kunne imøtekomme kravet om tidseffektivitet og standardisering, og dermed harmonere med kravene som stilles i systemet. Standardisering gjennom manualbasert behandling gjør effektivisering mulig, og kombinert med behandling over kort tid fører det til at sykehusene kan spare kostnader.

Kognitive terapier har mer tro på at bedring fra psykisk smerte og lidelse skjer via symptomlette, så dermed har man kanskje ikke behov for de lange terapiforløpene. I et psykoanalytisk perspektiv virker psykisk smerte og lidelse å være en mer uunnværlig del av menneskers liv. Ifølge det Roy Schafer (1979) omtaler som det tragiske menneskesynet, er det ikke et poeng – og heller ikke mulig – å overvinne smerte, lidelse og sårbarhet, men heller se på det som noe man må leve med og bære som en del av livet. I den kognitive terapitradisjonen er det en større optimisme og positivisme knyttet til fravær av lidelse. Det er en grunnleggende forskjell i hvordan man behandler og forstår psykisk smerte og lidelse.

Kontrær effektivitet

Effektivisering av behandling er ikke utelukkende et problem. Pasienter får raskt hjelp, og behandlingen kommer i gang i løpet av kort tid slik at pasientens tid med lidelse reduseres. Men i noen tilfeller passer ikke verdien om effek-

tivitet med tilstanden. Det kan være tilfeller der effektivitet virker kontrært. Pasienter som ved flere anledninger har forsøkt ulike kortvarige behandlinger, har kanskje behov for tid og langvarig oppfølging framfor effektive og kortvarige løsninger. Tid kan være spesielt viktig i møte med komplekse og alvorlige tilstander (Nordmo et al., 2020).

Systemet bærer også med seg et menneskesyn som ikke nødvendigvis er klart uttalt, men som er taust iboende i styringsprinsippene og verdiene. Kravet om tidseffektivitet signaliserer at mennesket er svært endrings- og tilpasningsdyktig, ikke nødvendigvis at det er avhengig og sårbart og trenger tid for endring. Man skal være selvtilstrekkelig, robust og til enhver tid arbeide hurtig, det samme gjelder for pasientene. Som filosof Arne Johan Vetlesen (2010) viser til, kan den som arbeider i omsorgsykker, havne i en *no-win situation*. Resultatet er dårlig samvittighet for enten å ikke nå de dikterte målene, eller for å ikke kunne gi tilstrekkelig tid og hjelp til pasienten. I en nyliberalistisk styringsmåte vil menneskets avhengighet, sårbarhet og behovet for et fellesskap være under press. Det Vetlesen (2009, s. 18) betegner som ufravikelige grunnvilkår – avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjonenes skjørhet og eksistensiell ensomhet – vil stå i kontrast til det nyliberalistiske menneskesynet der man skal være uavhengig, selvtilstrekkelig og mestringsdyktig. Terapiretninger som i større grad sammenfaller med de ufravikelige grunnvilkårene, vil skape spenninger i systemet der effektivisering, selvtilstrekkelighet og uavhengighet gjelder.

Skjønn under press

Kravene som stilles, virker å innsnevre praktiseringen av ulike behandlingsmetoder og dermed også fagfeltet vårt. Noen behandlingsmetoder presses ut til fordel for styringsprinsipper som er mer forankret i økonomiske og byråkratiske interesser. En profesjon opparbeider *standards of excellence* over flere år. Gjennom forskning, utdanning og praksis utarbeider og opparbeider en profesjon teorier, kunnskap og ferdigheter (Grimen, 2008). Prosesser tar tid og har ofte en lang historie. Jeg tenker at det ikke er riktig at ekspertisen og den psykologfaglige tyngden som er bygget opp over år, forvitrer i bakgrunnen av økonomiske og bedriftsmessige prinsipper. Slik jeg ser det, fører det med seg et enfoldig og forenklet

behandlingstilbud og forståelse av det menneskelige, som i sin tur går ut over pasientene. Som Vetlesen (2010) påpeker, kommer empati, skjønn og tillit under press i et slikt nyliberalistisk univers som fremmer kvantitative målestokker og homogeniserende prosedyrer, fordi disse kvalitetene – empati, skjønn og tillit – har forutsetninger som krever tid og evnen til å kunne se enkelttilfellets egenart. Ved å velge standardisering, effektivitet og kostnadsbesparelse velger man bort noe annet. En flerfoldig representasjon av behandlingsmetoder, i tillegg til tid, blir sand i effektiviseringsmaskineriet.

Systemstruktur får ofte en fremtoning av at de er konstante og uforanderlige. For meg gir eksempelvis tittelen «Behovet for realisme i psykoterapispesialiseringen» (Jensen, 2025) assosiasjoner til en enveis endringsprosess, der systemet i psykisk helsevern er satt og fagfeltet er det som skal tilpasse seg. Jeg opplever at ordet «realisme» virker lukkende overfor kritikk av eksisterende maktforhold og strukturene som opprettholder dem. Følgen kan være at alternativer nærmest på forhånd forkastes for så vidt som de fremstår urealistiske. Hvem og hva som definerer realisme, er et spørsmål som alltid må stilles på ny, tenker jeg – ikke minst i et felt der menneskets sårbarhet og mangel på kontroll – både i rollen som pasient og som profesjonsutøver – er grunnvilkår som forankrer det faglige oppdraget.

Tilslørende nøytralitet

Systemet har en tilslørende nøytralitet ved seg, selv om det – mer i bakgrunnen – utspiller seg interesser og verdier. Jeg mener at det er sentralt å prøve å bringe noe av det fram og om nødvendig kritisere det som virker utilfredsstillende og uavklart. Vi har et fagetisk ansvar i å forsøke å korrigere det som er uheldig for praksisen vår. Kritikk kan synliggjøre forhold som er uheldige for både behandlere og pasienter – det gir muligheten til å reflektere og endre praksis, og til å ivareta fagfelt, behandlere og ikke minst pasientene. Kritikk kan også føre til en sterkere overensstemmelse mellom fagfelt og føringer på systemnivå. Jeg tror ikke løsningen ligger i å strømlinjeforme et fagfelt som handler om mennesker. Slik jeg ser det, er det noe fremmedgjørende og fagetisk problematisk ved å la ufaglige prinsipper legge føringer for praksisen. Da mener jeg at løsningen ikke er å file ned på vårt eget fagfelt, men

— *Konflikten oppstår når de bedriftsøkonomiske prinsippene legger føringene for hvordan psykoterapi skal gjennomføres*

heller utfordre de styringsprinsippene som vanskeliggjør praktiseringen av ulike behandlingsmetoder, og som setter behandlere og pasienter under et urovekken-
de press. Jeg er ikke av den oppfatning at det er noen metode som er overlegen
en annen, men jeg tror at for behandlere og menneskene vi møter, så er det
metoder eller forståelser som resonnerer mer eller mindre med oss. Det er derfor
fagetisk problematisk at den faglige kompleksiteten og variasjonen forsvinner i
et system som ikke verdsetter en variert tenkning om psykisk lidelse. Videre er
klinisk psykologi og psykiatri i stadig endring, og da er det kanskje en fordel å
ikke bli sneversynte ved å sette all lit til en metode. Vi bør ha en helsetjeneste for
psykisk lidelse som kan møte mennesker på flere ulike måter. 

REFERANSER

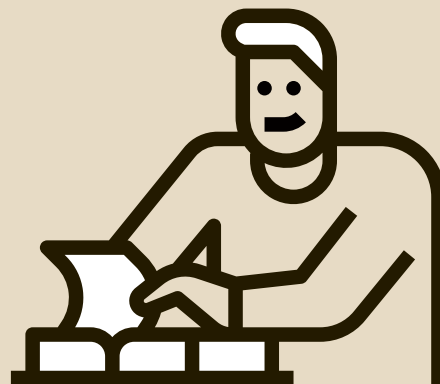
- Erlandsen, A. R. (2022, 6. desember).
Flammen som nesten sluknet. *Tidsskrift
for Norsk psykologforening*. [https://
www.psykologtidsskriftet.no/
artikkel/2022as12ae-Flammen-som-nesten-
sluknet](https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as12ae-Flammen-som-nesten-sluknet)
- Grimen, H. (2008). Profesjon og
kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum
(Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86).
Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S. (2022). *Psyke under press,
samfunn i endring – psykisk smerte i den
grenseløse konkurransens tid: et psykososialt,
idehistorisk og samfunnsetisk perspektiv*. Svein
Sandnes bokforlag.
- Jensen, F. S. (2025, 20. oktober). Behovet for
realisme i psykoterapispesialiseringen.
Tidsskrift for Norsk psykologforening.
[www.psykologtidsskriftet.no/
artikkel/2025as10ae-Behovet-for-realisme-i-
psykoterapispesialiseringen](https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as10ae-Behovet-for-realisme-i-psykoterapispesialiseringen)
- Nordland, J. B., Stensvold, E. A., Kildal, E.
S.-M., Larsen, A., Mallaug, L. F., Hjort, S.,
Riiser, K. F., Bergaust, M. W. M., Tunstad, P.,
Ivanova, R., Skjærseth, K., Røvik, F. M. G.,
Haakestad, G., Støver, I. E. A., Igesund, G. H. &
Sæter, S. W. (2022). Vi har knapt begynt, men
har behov for å rope varsko. *Tidsskrift for Norsk
psykologforening*, 59(5), 400–403. [https://www.
psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as04ae-
Vi-har-knapt-begynt-men-har-behov-for-a-
rope-varsko](https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as04ae-Vi-har-knapt-begynt-men-har-behov-for-a-rope-varsko)
- Nordmo, M., Sønderland, N. M., Havik,
O. E., Eilertsen, D.-E., Monsen, J. T. &
Solbakken, O. A. (2020). Effectiveness of
Open-Ended Psychotherapy Under Clinically
Representative Conditions. *Frontiers in
Psychiatry*, 11, 384. [https://doi.org/10.3389/
fpsyt.2020.00384](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00384)
- Schafer, R. (1979). The Psychoanalytic Vision of
Reality. *The International Journal of Psycho-
Analysis*, 51(279), 279–297.
- Storeide, E. H. (2022, 23. november). Er jeg
egentlig egnet som psykolog? *Tidsskrift
for Norsk psykologforening*. [https://www.
psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as11ae-
Er-jeg-egentlig-egnet-som-psykolog-
Vetlesen, A. J. \(2009\). *Frihetens forvandling: essays
og artikler 2002–2008*. Universitetsforlaget.
Vetlesen, A. J. \(2010\). Empati under press.
Sykepleien, 98\(3\), 60–63. \[https://doi.
org/10.4220/sykepleiens.2010.0010\]\(https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0010\)
Zheleva, M. & Koanda, F. Z. \(2024, 6.
desember\). Psykologer må ivaretas bedre
i offentlig psykisk helsevern. *Tidsskrift
for Norsk psykologforening*. \[https://www.
psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as12ae-
Psykologermåivaretasbedrei-i-offentlig-
psykisk-helsevern\]\(https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as12ae-Psykologermåivaretasbedrei-offentlig-psykisk-helsevern\)](https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as11ae-Er-jeg-egentlig-egnet-som-psykolog-Vetlesen,A.J.(2009).Frihetensforvandling:essaysogartikler2002-2008.Universitetsforlaget.Vetlesen,A.J.(2010).Empatiunderpress.Sykepleien,98(3),60-63.https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0010Zheleva,M.&Koanda,F.Z.(2024,6.desember).Psykologermåivaretasbedrei offentligpsykiskhelsevern.TidsskriftforNorskpsykologforening.https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024as12ae-Psykologermåivaretasbedrei-offentlig-psykisk-helsevern)

Anmeld bok for Psykologtidsskriftet

Bokanmeldelser er populært
lesestoff hos oss.

Som bokanmelder holder du
deg faglig oppdatert.

Interessert? Kontakt
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Mer
informasjon:

Gambling og selvmord

Joakim Hellumbråten Kristensen forsket på sammenhengen mellom pengespillproblemer og suicidalitet, forstått som tanker om, forsøk på eller gjennomført selvmord.

I den første avhandlingsartikkelen utførte Kristensen en metaanalyse av 107 studier. Blant deltakerne med pengespillproblemer hadde 30 % hatt selvmordstanker i løpet av livet, og rundt 13 % forsøkt å ta livet sitt. Selvmordstanker og -forsøk forekom oftere hos deltakere med pengespillproblemer enn hos deltakere uten.

I den andre artikkelen koblet Kristensen data fra Norsk pasientregister med Dødsårsaksregisteret. Av 148 pasienter diagnostisert med pengespillavhengighet som døde i tidsrommet 2008 til 2021, tok 37 (25 %) sitt eget liv. Andelen selvmord var høyere hos personer med pengespillavhengighet enn i den øvrige befolkningen. Selvmordsrisikoen ved

pengespillavhengighet var sammenlignbar med risikoen ved depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser, og lavere enn ved andre affektive lidelser, psykoselidelser og rusavhengighet.

I den tredje avhandlingsartikkelen gjennomførte Kristensen semistrukturerte intervjuer ($n = 14$), og brukte fortolkende fenomenologisk analyse for å forstå hvordan deltakerne opplevde egne pengespillproblemer, selvmordstanker og -forsøk.

I intervjuene ga deltakerne uttrykk for at pengespillproblemene var avgjørende for at de senere utviklet selvmordstanker eller forsøkte å ta livet sitt. Særlig understreket deltakerne at spillingen gikk ut over økonomien og relasjoner. Kristensen argumenterer for at en kvalitativ tilnærming kan gi grunnlag for senere kvantitative studier på effekten av pengespillproblemer på selvmordstanker og -forsøk. 

FOTO KARSTEN OLAV AARESTRUP



Joakim Hellumbråten Kristensen

Suicidality among individuals with problem gambling: A multi-method inquiry

Disputas 26.06.26

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Livsstilsendringer hos fotballfans

Øystein Bue Røynesdal forsket på EuroFIT (European Fans in Training), et 12-ukers kjønnsensitivt livsstilsprogram der mannlige fotballsupportere med overvekt fikk forskningsbaserte teknikker for atferdsendring og fysisk aktivitet. Programmet, som var spesifikt rettet mot menn, ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie i femten profesjonelle fotballklubber i England, Nederland, Portugal og Norge.

I én artikkel undersøkte Røynesdal endring i fysisk aktivitet. Tolv måneder etter programmet gikk menn som deltok i EuroFIT, i gjennomsnitt 100 minutter mer i uka enn menn som ikke deltok. I fokusgruppeintervjuer beskrev mennene gåing som fornøylig fysisk aktivitet de klarte å opprettholde.

Røynesdal gjennomførte også en studie med semistrukturerte intervjuer, for å undersøke på hvilke måter deltakerne opplevde at

EuroFIT møtte deres psykologiske behov for autonomi, kompetanse og relasjoner. Deltakerne trakk særlig frem et fellesskap med andre menn med tilsvarende utfordringer, støtte til å finne egne treningsformer og økt kunnskap om fysisk aktivitet.

I de to siste artiklene undersøkte Røynesdal om endringer i motivasjon kunne forklare hvorfor programmet økte deltakernes fysiske aktivitet, selvfølelse, livstilfredshet og opplevde livskraft (*vitality*). En økning i autonom motivasjon bidro til å forklare hvorfor mennene var mer fysisk aktive mens programmet pågikk. Mennene opplevde også mindre amotivasjon, som bidro til å forklare økningen i selvfølelse, livstilfredshet og opplevd livskraft. Røynesdal mener norske fotballklubber kan utvikle slike program for å bidra til bedre helse for mange menn. 

FOTO JO STEVENSON / NLA



Øystein Bue Røynesdal

Health Behaviour Change through Football Clubs: Examining motivational processes in overweight male football fans through the European Fans in Training (EuroFIT) program

Disputas 23.06.26

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

TEKST Jon Morgan Stokkeland

Om Money-Kyrles «Cognitive Development»

«Cognitive Development» er en krevende tekst, men minner oss om psykoanalysens innebygde eksistensielle dimensjon.

ARTIKKEL Cognitive Development**FORFATTER** Roger Money-Kyrle**ÅR** 1968**UTGIVER** *The International Journal of Psychoanalysis*

Hvordan får vi grep om vår situasjon i verden, den menneskelige tilstand? Hvordan ta inn og virkelig fatte hvor sårbare vi er, så utsatt for smerte, skuffelser og tap. Hvordan leve med at vi er helt avhengig av andre mennesker, hvis vilje og intensjoner vi hverken rår over eller ser til bunns i. Hvordan bevege seg fra en posisjon der Sigmund Freuds (1911) lystprinsipp rår grunnen alene, et sted der alt går vår vei, til det å makte å se realitetene i øynene? Og om så skulle være, om vi med tanken delvis skulle lykkes i å gripe virkeligheten: Hvordan få følelseslivet og de ubevisste sjiktene i oss med på laget? Vi klarer ikke dette fullt ut, skriver Roger Money-Kyrle (1968/1978) i «Cognitive Development», vi klarer det bare stykkevis. Deler av selvet, ofte dypt ubevisste deler, vil fortsette å holde seg med misforståelser om hvordan ting henger sammen. Vi drar heller til et sted der vi er konger, der vi sitter ved spakene høyt oppe i kontrolltårnet og tror at vi styrer begivenhetenes gang. Et sted der vi selv er kreativitetens kilde, usårbare og selvtilstrekkelige. Vi makter ikke til fulle å ta inn over oss det Money-Kyrle kaller *the facts of life*: 1) Brystet er godt, men du eier det ikke. 2) Foreldrene dine har skapt deg, du er ikke *self-made*. 3) Livet har grenser, og en dag skal du dø.

KONTAKT jon.stokkeland@lyse.net



FOTO BRITISH PSYCHOANALYTICAL SOCIETY

Roger Money-Kyrle

Biografisk riss

Før vi går nærmere inn på disse fortattede formulerin- gene, litt om Roger Money-Kyrle (1898–1980). Han var en britisk psykoanalytiker som først studerte fysikk, økonomi, sosialantropologi og filosofi, blant annet med Moritz Schlick i Wien, før han etter tur gikk i analyse hos Ernest Jones, Sigmund Freud og Melanie Klein. Ja, du leste rett, denne mannen tok ikke snarveier. Han var gift og fikk fire barn. Han deltok også i begge verdenskrigene, i RAF. Sommeren 1917 ble han skutt ned fra et fly over Frankrike (Money-Kyrle, 1978). Han utdannet seg senere som psykoanalytiker sammen med den jevnaldrende Wilfred Bion. De hadde en sterk påvirkning på, og lærte av, hverandre. Money-Kyrle var nesten 70 år da han skrev artikkelen «Cognitive Development». Da hadde han arbeidet som kliniker i mange år og hadde et omfattende og variert forfatterskap bak seg, blant annet den leseverdige boken *Man's Picture of his World* fra 1961. I tillegg til «Cognitive Development» samt oppfølgerne «The Aim of Psychoanalysis» (1971/1978), «On Being a Psycho-Analyst» (1977) og «Looking Backwards – and Forwards» (1979) – disse fire kan med fordel leses i sammenheng – er det særlig teksten om normal motover- føring (Money-Kyrle, 1956/1978) han er kjent for. Det er en av de tidligste artiklene som beskriver hvordan motoverføringen kan være til hjelp i å forstå pasientenes indre liv og hva som foregår i terapiene.

Å tilegne seg psykologi

Disse små biografiske glimtene gir anledning til en refleksjon over våre ideer om hvordan vi tilegner oss psykologisk kunnskap. Det burde ikke være fremmed for oss å tenke at deler av psykologiens gjenstandsområde er umulig å begripe fullt ut uten at man engasjerer seg på et personlig plan. Man må kjenne på kroppen de fenome- nene som skal undersøkes, om man skal fatte dybdene i

dem. Det er snakk om et stoff som ikke lar seg gripes kun med intellektet, på avstand. Det vil være som en kokk som aldri har smakt på rettene han serverer. Det var dette vår store filosof Hans Skjervheim (1957/1976) lærte oss, at her må vi være både tilskuer og deltaker.

Like fullt, selv om man skulle ha god kontakt med egen livssmerte, være takknemlig for livets skjønnhet og rikdom, ha en levende interesse for eget drømmeliv, ja, selv om man har «elsket og lidd», så tror jeg det for mange kan kjennes nokså fremmed å lese en tekst som «Cognitive Development» de første gangene, ikke minst på grunn av språkbruken – noe jeg kommer tilbake til. Som å ramle inn på et kjøkken med rare farger, smaker og lukter. Man kan kjenne seg provosert, sint, oppgitt og forvirret – men kanskje også nysgjerrig? Hva i huleste er dette her for noe rare greier? La meg prøve å pakke det ut litt. Jeg starter med det han kaller begrepsbygging, *concept building*.

Begrepsbygging – fra kropp til ånd

Money-Kyrle ser for seg at utviklingen av vår evne til å tenke over livets store spørsmål starter med de kroppslige erfaringer. En munn fatter om brystvorten, melken fyller opp den tomme, sultne magen. Fra ubehag og tomhet til fylde og tilfredshet. Selv om babyen kjenner og sanser dette, kommer disse abstrakte begrepene først langt senere – opplevelsen er der, men ikke begrepene. Ikke ennå. Først er det bare munn, mage, bryst, brystvorte, hud og stemme. Varmt og kaldt. Vått og tørt. Intense lukter. Vel, mor vil gjerne med stemme og smil tilkjennegi hva som skjer: Åh, så sulten du var! Åh, så godt å få noe ned i magedutten sin! Babyen bades av de livgivende ordene fra dag én. Per Sivle:

Den fyrste song eg høyra fekk,
var mor sin song ved vogga;
dei mjuke ord til hjarta gjekk,
dei kunde gråten stogga

På den annen side: Det er høyst uklart hva som tilhører hvem. Hvem er dette sitt bryst, egentlig? Freud i et posthumt notat fra 1938:

«Å ha» og «å være» hos barn. Barn liker å uttrykke en objektrelasjon gjennom identifikasjon: «Jeg er objektet.» «Å ha» kommer først senere; etter tap av objektet faller det tilbake til «å være det». Eksempel: brystet. «Brystet er en del av meg, jeg er brystet.» Først senere: «Jeg har det» – som betyr «jeg er det ikke» ... (s. 151, min oversettelse)

Freuds poeng, som Klein (1957/1975) og Bion (1962) senere utdyper, er at det kan kjennes nesten umulig å få grep om at det man trenger for å overleve – mors melk og omsorg, fars beskyttelse – det er ikke i ens eget eie. Selv er man bare liten og trengende. Totalt hjelpeløs og avhengig. Det er altså mer en *emosjonell* enn en intellek- tuell, kognitiv utfordring vi står overfor. At vi med Rainer

Maria Rilkes ord er «udsat på hjertets bjerge». Fordi det er så smertefullt å ta dette inn med følelsene, lager vi oss misforståelser – *misconceptions* er Money-Kyrles ord – slik at det blir til å holde ut: Jeg eier brystet. Jeg er usårbar. Jeg er supermann. Med en del av oss vet vi at dette bare er noe sludder, men med andre deler holder vi fast i disse illusjonene om virkeligheten. I drømmelivet stiger de til overflaten. En kort klinisk vignett kan illustrere dette. Her er en drøm fra en kvinne i starten av en terapi, lett omarbeidet og hentet fra Stokkeland (2011):

Jeg står foran et slags operasjonsbord. Det ligger et barn der, utsultet med utstående vom og som om det ikke har hud. Det har store, brune øyne. Det er kanskje døende, uhyre sårbart. Ved siden av meg står en mann og en kvinne. De virker dyktige, mens jeg føler meg liten og vet ikke hva jeg skal gjøre. Fokuset på barnet forsvinner litt, i stedet blir jeg stående med et slags måleinstrument som indikerer at jeg har mye skyld. (s. 226)

I assosiasjonene til drømmen nevner hun at mannen ved operasjonsbordet minner om en bekjent som er dyktig i jobben sin, men også utilnærmelig. Hun tenker at det svært syke barnet er henne selv, hun som nå er kommet i behandling. Hun er overrasket over skylden, kjenner ikke det igjen på samme måte som andre

følelser i drømmen. Terapeuten sier at mannen og kvinnen virker kompetente, men samtidig utilgjengelige. Det er som om det ikke kjennes mulig for henne å be dem om hjelp, at de snarere forventer noe av henne. Kanskje er dette et bilde på hennes opplevelse: Det finnes kompetente terapeuter, men de er ikke tilgjengelige for henne. Kanskje er hennes terapeut en som kan hjelpe, men det gjelder andre pasienter; *hun* må snarere prestere. Terapeuten undrer seg i det stille om «skyldmåleren» betegner hennes bidrag til at hun ikke får hjelp. At noe i henne har innsikt i at hun har en andel i og dermed mulighet for å påvirke situasjonen. At hun med en del av seg har misforstått hvem som skal hjelpe hvem.

Misforståelser

Hvis erfaringene med å få nødvendig hjelp tidlig i livet ikke har vært gode nok, vil vi lage oss slike misforståelser. Men også mennesker som har fått mye omsorg, holder seg med «fortellinger i dypet» der man snur opp ned på ting. Donald Meltzer (1981/1994, s. 500) har et morsomt eksempel på dette i en tekst som handler om Money-Kyrles begrep *misconceptions*: En mann drømmer at skruen til en vinopptrekker kommer opp korken – innenfra flasken! Det er noe av det fascinerende med drømmer, at de i fortettet form kan vise frem at det foreligger slike misfor-



ståelser av hvem som er giver, og hvem som er mottager. Med en del av seg vet drømmeren at han lever i en illusjon.

Money-Kyrle ser altså for seg tre ledd: Først sansningen: det konkrete brystet, brystvorten og munnen. Dernest den ubevisste idé eller fantasi om en avhengighetsrelasjon: én som gir omsorg, og én som mottar. Til slutt, med litt hell, klarer vi kanskje å danne oss bevisste begreper om disse abstrakte realitetene: avhengighet, sårbarhet, takknemlighet. Men like ofte er det misforståelsene og illusjonene som vokser og brer om seg i dypet.

Money-Kyrle tar i bruk Bions (1962, 1963) ideer om at det i sinnet vårt foreligger før-forestillinger, *preconceptions*, om livets grunnforhold, som vår avhengighet, seksualitet og dødelighet. Idet disse før-forestillingene – som minner om Platons former – blir parete med erfaringer fra den ytre verden, kan det dannes forestillinger. Disse vil komme i mange former, som bilder, musikk, matematiske konfigurasjoner, språk – i et utall variasjoner (Bion, 1962, s. 17). Men som vi har sett, like gjerne danner vi oss feiloppfatninger, forestillinger som er mer i tråd med våre lyster og ønsker enn livets harde realiteter.

I et etterord fra 1977 (Money-Kyrle, 1968/1978) beskriver han hvordan babyen får hjelp av moren til å lage symboler for sine opplevelser, slik at det kan bli til erfaringer som man kan tenke og føle om. Også her knytter Money-Kyrle an til Bion og hans begreper *reverie*, *containing* og *alfa-funksjon* (Stokkeland, 2011, s. 4–30). Selv om Bion skrev om dette allerede i 1962, var det ikke blitt del av mainstream psykoanalyse på den tiden, slik det er i dag.

— Vi mennesker er naturlige filosofer

Krevende tekst

Jeg tror at mange som møter denne teksten for første gang, vil oppleve den som ganske krevende. Kanskje er det største hinderet Money-Kyrles uanstrengte omgang med delobjektsbegreper. Her florerer det med gode og onde bryst, brystvorter, penis og vaginaer på en måte som ble gradvis sjeldnere utover på 1970- og 1980-tallet (Spillius, 1988, s. 5). Det kan være gode grunner til å omgå disse begrepene med en viss forsiktighet. Det er imidlertid én gruppe som er storforbrukere av denne terminologien, nemlig barnepasienter som får anvende lekemateriale (Čiapaitė et al., 2024), og voksne som forteller drømmer (Stokkeland, 2003a, 2003b, 2004, 2005). Disse «urinnvå-

nerne» holder hardnakket fast på sitt morsmål, tilsynelatende uavhengig av siste mote i psykologifaget. En annen sta gruppe er kunstnerne. De har en lei tendens til å uttrykke seg på dette språket i sin poesi, i sine bilder og i sin musikk. Dermed hjelper de oss til å forstå en slik tekst, som billedhuggeren Auguste Rodin.

Det er vanskelig å tenke

Med sin skulptur *Tenkeren* viser Rodin oss – vi kjenner det med kroppen og følelsene våre – hvor krevende det er å tenke sant og skjønt om livet. Stilt overfor denne mektige figuren med den muskuløse kroppen og de veldige nevene – han ser i virkeligheten ut som en kjempesterk håndverker – fornemmer vi den voldsomme kraftanstrengelsen det innebærer å vente og tenke i stedet for å handle på første impuls. Man skulle nesten tro Freud (1911) skrev sin artikkel om lyst- og realitetsprinsippet med utgangspunkt i denne skulpturen.

Urscenen og det ødipale

Og med *Kysset* har Rodin gitt form til det Money-Kyrle benevner som *the supremely creative act*, våre ubevisste fantasier om foreldrenes samleie, det Freud kalte urscenen. Hos billedhuggerens elskende ser og kjenner vi den totale, gjensidige hengivenhet; de gir seg selv til hverandre helt uten forbehold. Men, sier Money-Kyrle om denne andre *fact of life*, området for ødipalsituasjonen, vi klarer ofte ikke å danne oss et slikt vakkert bilde av to som elsker hverandre, i vårt dype ubevisste. Han (Money-Kyrle, 1968/1978) skriver:

I now often get the impression that the deep unconscious, even of apparently normal analysands, is simply riddled with misconceptions, particularly in the sexual sphere. Where, for example, I would formerly have interpreted a dream as a representation of the parents' intercourse, I would now more often interpret it as a *misrepresentation* of this event. Indeed, every conceivable representation of it seems to proliferate in the unconscious *except the right one*. (s. 417)

Fordi barnet må stå utenfor denne foreningen, vekkes dets sjalusi, misunnelse og raseri, og disse krevende følelsene vil gjennom projeksjon farge av urscenen. Samtidig er det så smertefullt å være sint på dem man er glad i, kanskje til og med ha ønsker om å drepe dem. Vi klarer ofte ikke innrømme for oss selv at vi har slike følelser. Money-Kyrle (1977/1978, s. 460) peker i en senere tekst på hvor befriende det kan være å ta eierskap til disse mørke sidene ved oss selv, at det da kan finne sted en forsoning og tilgivelse i det indre liv som har en kraftfull og frigjørende virkning.

Døden og grensene

Hva med den tredje av livets store kjensgjerninger, det med at det fins grenser, og at vi en dag skal dø? Dette kommer først med i den andre artikkelen (Money-Kyrle,

— Virkelige nyheter er sjeldne i psykoanalysen

1971/1978) og utdypes i liten grad. Kanskje er den allerede til stede i de to første *facts of life*: Å akseptere at vi ikke eier brystet, at vi må be om det vi trenger av andre, og å akseptere at vi står utenfor *the supremely creative act*, at vi ikke har skapt oss selv. Det innebærer å forholde seg realistisk til begrensninger og tap, det Klein (1935, 1940/1975) kaller den depressive posisjon. Å kunne gi slipp uten å miste håpet om at noe godt kan komme vår vei.

Avslutning

Det var den danske psykiateren Lars Thorgaard som for 25 år siden gjorde meg oppmerksom på denne teksten, han var begeistret for den. Jeg begynner å forstå hvorfor.

Money-Kyrle skriver at de ideene han presenterer, ikke egentlig innebærer noe nytt, men at de kan være en hjelp i å få større oversikt i allerede etablert kunnskap fra Freud, Klein og Bion. Jeg tror det stemmer, virkelige nyheter er sjeldne i psykoanalysen. Men teksten hans har vært til stor hjelp for mange, den er ofte sitert. Jeg tror det blant annet skyldes at den så tydelig viser at psykoanalysen har innebygd en eksistensiell dimensjon i seg. Money-Kyrles *facts of life* er i slekt med det Arne Johan Vetlesen og Erik Stänicke (1999) i en moderne klassiker kaller *mennekelivets ufravikelige grunnvilkår*. Jeg (Stokkeland, 2011) bruker betegnelsen *livslover*. Det er varianter av det samme. Vi mennesker er naturlige filosofer, vi driver på og grubler og undrer oss fra vi er en neve stor. ♀

REFERANSER

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Maresfield Reprints.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. Maresfield Reprints.
- Čiapaitė, E., Kamphus, H., Rolfsen, L. J. & Aarseth, I. (2024). *Kammerspill. Barnet i psykoanalysen*. Perpleks Forlag.
- Freud, S. (1911). Formuleringer om de to prinsippene for den psykiske prosessen. (S. Dahl, overs.). I S. Freud (2011), *Mellom psykoanalyse og litteratur* (s. 119–125) (red. Engelstad, I. & Øverland, J.). Gyldendal.
- Freud, S. (1938). Ergebnisse, Ideen, Probleme. *Gesammelte Werke: Chronologisch Geordnet*, 17: 151–152.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states. I M. Klein (Red.) (1975), *Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. The writings of Melanie Klein*. vol I. Hogarth/Vintage.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. I M. Klein (Red.) (1975), *Love, guilt and reparation and other works 1921–1945. The writings of Melanie Klein*. vol I. Hogarth/Vintage.
- Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. I M. Klein (Red.) (1975), *Envy and gratitude and other works 1946–1963. The writings of Melanie Klein*. vol III. Hogarth/Vintage.
- Meltzer, D. (1981). Does Money-Kyrle's concept of misconception have any unique descriptive power? I D. Meltzer (Red.) (1994), *Sincerity and other works. Collected papers of Donald Meltzer*. (A. Hahn, red.). Karnac.
- Money-Kyrle, R. (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. I D. Meltzer & E. O'Shaughnessy (red.) (1978), *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle*. Clunie Press.
- Money-Kyrle, R. (1961). *Man's picture of his world*. Duckworth.
- Money-Kyrle, R. (1968). Cognitive Development. I D. Meltzer & E. O'Shaughnessy (Red.) (1978), *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle* (s. 416–433). Clunie Press.
- Money-Kyrle, R. (1971). The aim of psychoanalysis. I D. Meltzer & E. O'Shaughnessy (Red.) (1978), *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle* (s. 442–449). Clunie Press.
- Money-Kyrle, R. (1977). On being a psychoanalyst. I D. Meltzer & E. O'Shaughnessy (Red.) (1978), *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle* (s. 457–465). Clunie Press.
- Money-Kyrle, R. (1978). Autobiographical note. I D. Meltzer & E. O'Shaughnessy (Red.) (1978), *The Collected Papers of Roger Money-Kyrle* (s. xi–xv). Clunie Press.
- Money-Kyrle, R. (1979). Looking backwards – and forwards. *International review of psycho-analysis*, 6, 265–272.
- Skjervheim, H. (1957). Deltakar og tilskodar. I H. Skjervheim (Red.) (1976), *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Johan Grundt Tanums Forlag.
- Spillius, E. B. (red.) (1988). *Melanie Klein Today: Developments in theory and practice. Volume I: Mainly theory*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203358832>
- Stokkeland, J. M. (2003a). Drømmen som metaforens arnested, del 1. *Matrix*, 20(1), 55–90. https://www.matrixtidsskrift.dk/pdf/matrix-2003_nr-1.pdf
- Stokkeland, J. M. (2003b). Drømmen som metaforens arnested, del 2. *Matrix*, 20(2), 115–147. https://www.matrixtidsskrift.dk/pdf/matrix-2003_nr-2.pdf
- Stokkeland, J. M. (2004). Mennesket som selvfortolkende vesen. *Psyke & Logos*, 25(2), 762–801. <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8696>
- Stokkeland, J. M. (2005). Jeg hadde slik en underlig drøm i natt ...: Psykoanalytisk forståelse av drømmen belyst gjennom en kasuistikk. *Nordisk Psykologi*, 57(4), 345–364. <https://doi.org/10.1080/00291463.2005.10637379>
- Stokkeland, J. M. (2011). Å gi og å ta imot. *Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø. <https://munin.uit.no/handle/10037/5130>
- Vetlesen, A. J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Gyldendal.



FOTO NAFO

Arne Brekstad

1931–2026

Det var med stor sorg vi mottok beskjed om at Arne Brekstad var gått bort. Han døde 17. juni og ble 94 år gammel. Arne Brekstad etterlater seg et betydelig faglig og menneskelig ettermæle.

Han arbeidet i nærmere 30 år ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, hvor han begynte å jobbe i 1957, fram til han pensjonerte seg. Han var en sentral formidler av atferdsanalytisk teori, forskning og praksis og hadde en helt avgjørende betydning for veldig mange studenter ved Psykologisk institutt.

Arne Brekstads innsats for atferdsanalysen, både nasjonalt og internasjonalt, har hatt særdeles stor betydning for utviklingen av fagfeltet og for de mange menneskene han underviste, veiledet, samarbeidet med og inspirerte gjennom karrieren. Arne Brekstad var med på å stifte Norsk atferdsanalytisk forening (NAFO) i 1973, og han var også leder fra 1981. Han var senere også foreningens internasjonale kontakt. Han deltok ved NAFO sine årlige konferanser i en årrekke. Arne Brekstad ble utnevnt til æresmedlem i 1990. Han deltok også hyppig ved internasjonale konferanser og spesielt The Experimental Analysis of Behaviour Group (EABG). I forbindelse med

denne konferansen ble det planlagt å danne en europeisk forening for atferdsanalyse, og Arne Brekstad var en av grunnleggerne av European Association for Behaviour Analysis (EABA). I tillegg var han med på å etablere tidsskriftet *European Journal of Behavior Analysis*, samt en av redaktørene.

Arne Brekstad var særlig opptatt av hvordan menneskelig atferd kan forstås og påvirkes gjennom systematisk analyse av lærings- og miljøbetingelser. Han arbeidet gjennom hele sin karriere for å forene grunnleggende atferdsvitenskap med praktisk anvendelse, særlig innen opplæring og behandling av personer med utviklingshemming. Samtidig var han en tydelig forsvarer av en empirisk og naturvitenskapelig forankret psykologi.

Mange av dagens fagmiljøer innen atferdsanalyse står i gjeld til Arne Brekstads innsats. Hans engasjement, faglige integritet og evne til å inspirere andre vil bli husket lenge. Med sin store kunnskap, sitt skarpe faglige blikk og sin genuine interesse for mennesker satte han varige spor hos studenter, kolleger og fagutøvere over hele landet. Hans innsats for atferdsanalysen i Norge kan vanskelig overvurderes.

Erik Arntzen, Norsk atferdsanalytisk forening og OsloMet



FOTO PRIVAT

Harald Martinsen

1946–2026

Harald Martinsen har i over femti år vært sentral i norsk utviklingspsykologi. Etter avsluttet utdanning i 1972 og en periode som vitenskapelig assistent og universitetsstipendiat ble han i 1979 førsteamanuensis ved Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo. I 1993 flyttet han til Institutt for spesialpedagogikk, der han først var leder for Det nasjonale autismeprogrammet og det etterfølgende Autismenettverket, og senere arbeidet som professor. Han var en kort periode knyttet til NTNU som professor og en lengre periode som professor II.

Haralds forskning har stor bredde, og han har gitt viktige bidrag til forståelsen av barns utvikling. Han la vekt på at utviklingspsykologien omfatter både barn med typisk utvikling og barn med uvanlige utviklingsforløp, og at den skal bidra til tiltak og omsorg for barn med vansker. Harald var særlig opptatt av å forstå særtrekkene hos autistiske barn, ungdommer og voksne, og de utfordringene disse møter i sitt sosiale liv. Han var nysgjerrig og ville forstå det rare og sære, ikke som patologi, men som utvikling og levd liv med andre forutsetninger enn barn flest. I de senere årene var han opptatt av behandling av mennesker med autisme og flere diagnoser, som synshemming, Down-syndrom og angst.

Harald var viktig for mange, en inspirator med stor smittekraft. Han har publisert et stort antall artikler og bøker om utviklingspsykologi og arbeid med barn med ulike vansker. Han førte sin omfattende kunnskap videre til flere generasjoner av studenter, var åpen og møtte studentenes ideer med engasjement og entusiasme – og en god porsjon humor. Harald bygget opp et nasjonalt

faglig nettverk av høy internasjonal kvalitet og formidlet en faglig og human forståelse av autistiske mennesker til studenter, fagfolk og offentligheten.

Samarbeidet med Autismeforeningen var sentralt i Haralds faglige arbeid. Han hadde utallige møter og hjemmebesøk for å forstå barna bedre og lære fra familiene om hvordan det er å leve med autisme i dagliglivet, og har bidratt til å gi mennesker med autisme og deres familier bedre livsforhold, og til at de nå i større grad enn tidligere får den hjelpen de trenger. Han bygget opp faglig og menneskelig tillit hos mennesker som har vanskeligheter med å forstå andre mennesker og samfunnet rundt seg, en tillit som var viktig i utviklingen av et tilbud som autistiske mennesker og deres familier opplever som sitt eget. Det var særlig for arbeidet for autistiske mennesker og deres familier Harald i 2012 fikk Kongens Fortjenstmedalje.

Harald gikk av med pensjon i 2012, men fortsatte å være faglig aktiv til tross for helsemessige problemer. I 2015 og 2016 var han hovedforfatter på to bøker om tiltak for mennesker med autismespekterforstyrrelse. I 2023 utga han boken *Unikt menneskelig*, som oppsummerer hans livslange interesse for evolusjonen og biologiske forutsetninger for utvikling og kulturalisering.

Som Haralds venner og kolleger har vi fått ta del i hans store kunnskaper gjennom samarbeid og diskusjon over flere titalls år. Vi kommer til å savne samtalen.

Våre tanker går til Haralds familie, og særlig til Liv, som har vært en god støtte for ham i alle disse årene.

Evaluering av felles henvisningsmottak

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



Bjarte Bønes Bruntveit

Visepresident i
Psykologforeningen

I høst evalueres felles henvisningsmottak i psykisk helsevern. Alle avtalespesialister må svare på undersøkelsen som sendes ut i slutten av august.

Avtalespesialistene står for om lag en fjerdedel av de polikliniske konsultasjonene i psykisk helsevern. Ordningen har lave administrative kostnader og er et godt supplement til det øvrige tilbudet i psykisk helsevern.

Hensikten med felles henvisningsmottak

Til tross for høy aktivitet, har ordningen hatt svakheter. Tidligere ble pasienter henvist direkte fra fastlege til avtalespesialist. Henvisningene ble ikke rettighetsvurdert, og fastlege eller pasient måtte selv finne tilgjengelig psykolog. Dette var mange ikke fornøyde med. Felles henvisningsmottak i psykisk helsevern ble derfor innført fra 2023.

Ambisjonene er like rettigheter, rettferdig prioritering, økt effektivitet, bedre koordinering mellom sykehus og avtalespesialister og mindre administrativt arbeid. Henvisninger sendes til DPS eller BUP, hvor de rettighetsvurderes før pasienter eventuelt videresendes til avtalespesialister med ledig kapasitet. En avtalespesialist skal delta i arbeidet med å vurdere henvisningene.

Det er tatt høyde for at nevropsykologer ofte arbeider med pasienter utenfor psykisk helsevern. Derfor finnes en unntaksordning som gjør at henvisninger for somatiske problemstillinger fortsatt kan sendes direkte til nevropsykolog.

Utfordringene med felles henvisningsmottak

Psykologforeningen har registrert at ordningen har skapt mange problemstillinger. Avtalespesialistene har begrenset kapasitet, og det er krevende å fordele denne rettferdig. Forsøk på rettferdig fordeling kan føre til mer byråkrati, og man risikerer å svekke effektiviteten som har vært en styrke ved ordningen.

I dag ser vi at enkelte avtalespesialister ikke mottar tilstrekkelig med henvisninger. Nevropsykologene er særlig berørt, og mange får færre pasienter enn tidligere. Årsakene er uklare, men kan skyldes høyere henvisningsterskel, endret pasientgrunnlag eller manglende kjennskap til unntaksordningen hos fastleger.

Psykologforeningen har gjennomført to spørreundersøkelser i 2024 og 2025. Disse viser at mange opplever at ordningen fungerer tilfredsstillende. Samtidig peker funnene på tydelige forbedringsbehov.

I tillegg til utnyttet kapasitet ser vi at enkelte mottar andre typer pasienter enn tidligere, med mer kompleks problematikk, lavere funksjonsnivå og større behov for tverrfaglighet. Det rapporteres også om flere som ikke møter til avtaler.

Det er grunn til å spørre om enkelte pasientgrupper i dag har mistet et tilbud som var der før. Det er også variasjon i hvorvidt avtalespesialister deltar i rettighetsvurdering av henvisninger.

En ordning med begrenset kapasitet

Denne høsten gjennomføres en nasjonal evaluering der fastleger, helseforetak og avtalespesialister gir sine vurderinger. Felles henvisningsmottak er kommet for å bli. Målet med evalueringen er å forbedre ordningen basert på erfaringer. Den skal fungere godt for pasienter, fastleger, sykehus og avtalespesialister.

«Felles henvisningsmottak er kommet for å bli»

Psykologforeningen mener det er grunnlag for å øke antallet avtalespesialister. Avtalespesialistene driver privat, men har avtaler med regionale helseforetak og bidrar til det offentlige tilbudet. Flere ville ha jobbet helprivat om ordningen ikke fantes.

Helseministeren har i år gitt helseforetakene i oppdrag å vurdere økning i antall avtalespesialister. Et motargument har vært at sykehusene kan miste fagfolk til avtalepraksis. I så fall gir det kun omfordeling av kapasitet.

Vi vet at antallet psykologer vil øke betydelig de neste årene. Dette åpner for vekst både i sykehus og avtalepraksis, og dermed reell kapasitetsøkning. En viktig forutsetning er at ordningen fungerer godt. Derfor er det avgjørende at alle som mottar spørreundersøkelsen, tar seg tid til å svare.

Råd og tips til lokale forhandlinger i kommunal sektor

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



Ellen Ekre Engh

Nestleder og spesialrådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

(Gjelder ikke Oslo kommune)

- Det skal forhandles lønn for alle kommunalt ansatte psykologer innen den 1. oktober. Du må finne ut hvordan dette skal foregå, og hvordan du vil bli ivaretatt – hvem skal forhandle for deg? Du kan kontakte tillitsvalgt, nærmeste leder eller personalavdelingen for å avklare videre prosess. Forhandlingsplikten følger av hovedtariffavtalen, arbeidsgiver kan ikke motsette seg å forhandle.
- Forhandlingene foregår lokalt i den enkelte kommune. Psykologer får all lønn fastsatt etter lokale kollektive forhandlinger og får ingen tillegg sentralt.
- Kriteriene for lønnsfastsettelsen følger av hovedtariffavtalen kapittel 5 – stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, resultatoppnåelse og innsats. Videre er det avtalt at det skal være naturlig sammenheng mellom arbeidstakerens kompetanse, kompetanseutvikling og lønnsutvikling. Relevant etter- og videreutdanning skal vektlegges.
- Virkningsdato for lønnstillegget er 1. mai 2026, med mindre partene lokalt blir enige om noe annet. Arbeidsgiver kan ikke ensidig bestemme en annen virkningsdato.
- Ved lokale lønnsforhandlinger skal det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet – det vil si lønnsutviklingen til de ansatte som har fått ny lønn fastsatt sentralt. Resultatet her var på 4,4%. Dette gjelder stort sett alle andre kommunalt ansatte enn akademikere og ledere.
- I de fleste situasjoner snakker man lokalt om en nivåheving (friske penger per 1. mai), men blir det snakk om overheng eller glidning, ta kontakt med oss.
- Relevant bakgrunnsinformasjon når det gjelder hvor mye man bør kreve i lønnsøkning, kan være snittlønn for kommunalt ansatte psykologer, snittlønn fra andre sektorer og lønnsnivå på sammenlignbare stillinger i kommunen. Mer informasjon om dette står i rundskriv

fra Jus- og arbeidslivsavdelingen som alle medlemmer skal ha fått (kontakt oss om du ikke har fått det). Ring gjerne rundt og spør om resultater i nabokommuner og nærliggende helseforetak. Lokale forhold avgjør hvor høyt et lønnskrav bør være.

- Andre argumenter for lønnsøkninger kan være:
 - Alle ansatte forventer å få et årlig lønnsopprykk.
 - Ønske om / behov for stabilitet i personalgruppen / psykologgruppen, og å beholde spesiell kompetanse. Snakk med din leder om dette på forhånd.
 - Utvikling i stillingen / kompetansen siden forrige lønnsregulering.
 - Eventuelle endringer av stillingens arbeidsoppgaver og ansvarsområde
- Hvis du er eneste medlem i Psykologforeningen i kommunen og møter motstand på å få forhandle for deg selv, kan du ta kontakt med oss slik at vi kan bistå med å finne en løsning.
- Akademikerne avholder opplæringskonferanser for tillitsvalgte knyttet til lønnsforhandlinger – se informasjon på Akademikerne.no. Vi anbefaler at tillitsvalgte som skal forhandle deltar på en av disse konferansene.

Den som skal forhandle, kan gjerne ta kontakt i forkant, så tildeler vi en rådgiver som er tilgjengelig under forhandlingene.

Psykologforeningen avholder digital spørretime knyttet til de lokale forhandlingene 20. august fra 14:00 til 16:00. Link til påmelding til dette har blitt sendt ut til alle medlemmer i kommunal sektor i årets rundskriv. Ta kontakt om du ikke har fått informasjon.

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 23103130.



Tildeling 2027:

Fond til videre- og etterutdanning

– i klinisk psykologi og psykoterapi for psykologer som er avtalespesialister og medlemmer av Norsk psykologforening.

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivået innen klinisk psykologi og psykoterapi.

Dette skjer ved støtte til:

1. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
2. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
3. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs-, reiseutgifter (diett dekkes ikke) og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.
4. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
5. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til utelukkes
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til **skrivning av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.**

Søknadsfrist 1. oktober 2026

Begrunnet søknad fylles ut her:

<https://no.surveymonkey.com/r/ZNBYD5Y>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

Norsk psykologforening,
Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
Tlf. 23 10 31 30
E-post npfpost@psykologforeningen.no

STIPEND 2027

MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR STI utlyser stipend for 2027

Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdoms-psykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner.

Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden var Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:
<http://medmenneskeioslo.com/legater/>

Det MÅ sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Søknaden må IKKE inneholde pasientopplysninger. Ved søknad om midler til forskningsrelaterte prosjekter inkludert kasusstudier og andre kvalitative prosjekter, må søker ha nødvendig etisk godkjenning før datainnsamling er påbegynt og denne må vedlegges søknaden.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formålet det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til psykiater Rune Johansen tlf. 928 98 530, e-post ru-jo3@online.no eller til psykolog Ingeborg Aarseth tlf. 481 19 573, e-post ingeborg.aarseth@gmail.com

Styret i Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad sendes via Digipost til Mentalhygienisk Rådgivningskontor

(Logg deg inn på din egen Digipost og søk etter Mentalhygienisk Rådgivningskontor. Der kan du enkelt legge ved din søknad.)

SØKNADSRIST: 10. september 2026

Annonse- informasjon

ANNONSER I PAPIRUTGAVEN

Format	Priser 2026
1/1 side	kr 19 850
1/2 side	kr 9 900
1/4 side	kr 4 850

ANNONSER PÅ NETT PSYKOLOGTIDSSKRIFTET.NO

Format	Priser 2026
Toppbanner 980 x 150 (320 x 120)	kr 15 000
Artikkelboard 360 x 300 (320 x 120)	kr 8 000
Artikkelboard skyskraper 360 x 600 (320 x 240)	kr 10 000
Bunnbanner 980 x 150 (320 x 120)	kr 5 000

ANNONSER I NYHETSBREV

Format	Priser 2026
Banner 1 564 x 180 eller 468 x 468	kr 5 000
Banner 2 564 x 180 eller 468 x 468	kr 3 500

UTGIVELSESPPLAN

Publiseringsdato	Bestillingsfrist
1. september 2026	17. august
1. oktober 2026	16. september
2. november 2026	16. oktober
1. desember 2026	16. november

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33



Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok uten tolk?

Husk å bestille kvalifisert tolk.

Les mer om bestilling og bruk av tolketjenester i oppdatert veileder her:



Skann
meg for
veileder

ACT

– takle stress og fremme helse

Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

PRIS: NOK 16 500 eks. mva

STED: På nett

DATO: 5. okt / 19. okt / 2. nov / 16. nov 2026

TID: kl. 10.00 - 17.00



ALBIN HÅNDIG

Utdannelsen vil lære deg en komplett metode å holde kurs på. 14 vitenskaplige artikler viser at ACT-metoden reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse. I tillegg til fire dagers undervisning, får du alt materiell du trenger for å holde varierte og engasjerende kurs.

◀ Fredrik Livheim, psykolog og underviser

LIVSKOMPASS

Mer informasjon og påmelding www.livskompass.se/norge eller kontakt tobiaslivheim@gmail.com

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



Hold deg oppdatert

Visste du at Psykologtidsskriftet ofte publiserer saker på nett som ikke er med i papirutgaven?

Ved å abonnere på vårt nyhetsbrev får du løpende informasjon om nye saker og ledige stillinger.



Ψ Psykologtidsskriftet

Meld deg på:

Ønsker du å annonsere?

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

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
September	17. aug	1. sept
Oktober	16. sept	1. okt
November	16. okt	2. nov

Kontakt oss for mer informasjon:

Unni Sandland

E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Telefon 23 10 31 33

Ψ Psykologtidsskriftet



Grunnutdanning i EMDR

Med psykolog **Bjørn Aasen**,
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Trinn 1

Oslo 22. – 24. september 2026

Oslo 26. – 28. januar 2027

Trinn 2

Digitalt 6. – 8. oktober 2026

Oslo 8. – 10. desember 2026

Bergen mai/juni 2027

Oslo juni 2027



Påmelding og
nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no



Integrering av EMDR & IFS

Å kombinere Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og Internal Family Systems (IFS) kan være svært effektivt fordi metodene utfyller hverandre og således adresserer både traumer og indre dynamikker i personligheten.

22. – 23. oktober 2026

Sted: Scandic Nidelven, Trondheim

Tid: 09.00 – 16.00 begge dager

Kostnad: kr 7 800 kr inkl. lunsj og kursmateriell

Kursansvarlig: **Savita Dalsbø**, psykologspesialist,
Norsk psykologforening, EMDR Europe
Approved C&A Senior Trainer

Påmelding: savitadalsbo@gmail.com
(Husk fullstendig fakturainformasjon)

Dette er et omfattende kurs som vil utvide din terapeutiske verktøykasse. Det inneholder teori, kliniske eksempler og praktiske øvelser. Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for spesialister. Deltagelse forutsetter minimum EMDR trinn I grunnutdanning.

For mer informasjon se www.emdrkurs.no





NYTT KULL
i kunst og uttrykksterapi
BEGYNNER
2. SEPTEMBER 2026

Det er fremdeles noen ledige plasser!

TA KONTAKT MED:
Daglig leder Melinda Ashley Meyer
900 70 078

PÅMELDING GJØRES VIA VÅR NETTSIDE:
www.nikut.info

Kreativitet. Fellesskap. Resiliens. Transformasjon.

NYHET!

iap institutt for aktiv psykoterapi



To valgfrie program i klinisk helsepsykologi

Barn og unge.
Start 24.-25. oktober 2026.

Voksne og eldre.
Oppstart 25. og 26. januar 2027.

Begge programmene er åpne for påmelding.

www.iapnett.no



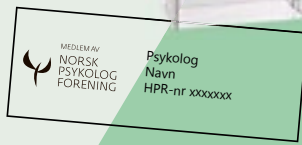
NORSK PSYKOLOG FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos KC Follo AS for kr 605. Dersom du ønsker, kan egne opplysninger i tillegg til logoen legges til. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.

For bestilling av stempel – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til petter@kcfollo.no


NORSK PSYKOLOG FORENING

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Meld endring på Min side på psykologforeningen.no eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no

Registrer din nye adresse her:



SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**President**

Hanne Indregard Lind
948 05 153
hanne@psykologforeningen.no

Visepresidenter

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanonsen
957 92 616
chris@psykologforeningen.no

Medlemmer

Alf Martin Karvonen Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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

Eldrid Robberstad
475 00 308
Eldrid.robbestad@sola.kommune.no

Helene Amundsen Nissen-Lie
997 37 309
h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

Anne-Kristin Imenes
907 55 410
anne.kristin.imenes@gmail.com

Trude Senneseth
954 66 774
trude.senneseth@me.com

Andreas Teisner Høstmælingen
936 48 119
andreas@nubu.no

Sølve Brækkan Halvorsen
Studentrepresentant
spu@psykologforeningen.no

Varamedlemmer

Trude Hoff (1. vara)
415 21 900
trudhof@online.no

Helén Ingrid Andreassen (2. vara)
402 89 796
helen.ingrid@gmail.com

Werner Nebelung (3. vara)
909 48 350
werner.nebelung@gmail.com

Mariann Smith-Novik (4. vara)
979 66 767
mariann.smith-novik@finnmarkssykehuset.no

Iver Nathaniel Sletten (1. vara student)
iverns@uio.no

LOKALAVDELINGER**Akershus**

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

Aust-Agder

Silje Andreassen
austagder@psykologforeningen.no
908 38 407

Buskerud

Joan Sigrun Nygard
buskerud@psykologforeningen.no
416 66 260

Finnmark

Dagmar Patricia Steffan
finnmark@psykologforeningen.no
971 95 996

Hedmark

Ragnhild Platou Borgersen
hedmark@psykologforeningen.no
456 61 862

Hordaland

Asiyah Michelle Farooqui
hordaland@psykologforeningen.no
971 26 394

Møre og Romsdal

Bjørn Olav Henden
moreogromsdal@psykologforeningen.no
974 81 950

Nord-Trøndelag

Trude Hoff
trudhof@online.no
415 21 900

Nordland

Mette Sevaldsen Lisø
nordland@psykologforeningen.no
414 01 624

Oppland

Eline Sørensen
oppland@psykologforeningen.no
902 96 361

Oslo

Birgit Aanderaa
oslo@psykologforeningen.no
917 12 983

Rogaland

Marie Tonette Solhaug Hansen
rogaland@psykologforeningen.no
977 34 812

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Marthe Kristine Striger Dingen
sortrondelag@psykologforeningen.no
473 11 213

Telemark

Birgitte Lindøe
telemark@psykologforeningen.no
473 83 123

Troms

Ida Atalie Falch
troms@psykologforeningen.no
916 99 270

Vest-Agder

Trine Åstveit Lund
vestagder@psykologforeningen.no
988 91 554

Vestfold

Simen Mjøen Larsen
vestfold@psykologforeningen.no
906 53 556

Østfold

Jon Børre Rekstad
ostfold@psykologforeningen.no
922 52 667

Fagetisk råd

Ole Magnus Vik, leder
Rådgivningstlf. 480 58 723, onsdager kl 15.30–17.30

Lønns- og arbeidslivsutvalget

Bjarte Bønes Bruntveit, visepresident med ansvar
for lønns- og arbeidslivspolitik
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Forhandlingsutvalg for privat praksis

Bjarte Bønes Bruntveit, leder
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Spesialitetsrådet

Chris Margaret Aanonsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

Fag- og profesjonsrådet

Chris Margaret Aanonsen, leder
chris@psykologforeningen.no
957 92 616

FAGUTVALGENE

Felleselementene

Serina Fuglestad Sikveland
serina.fuglestad@gmail.com
452 83 244

Barne- og ungdomspsykologi

Per Martin Løken
per.martin.loken@gmail.com
988 34 672

Familiopsykologi

Trine Eikrem, leder
trine.eikrem@bufetat.no
466 16 566

Rus- og avhengighetspsykologi

Eva Karin Løvaas, leder
evakarinloevaas@gmail.com
916 64 076

Eldrepsykologi

Ida Anette Bjørk
idanetteb@yahoo.no
994 08 915

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder
ingunnaanderaa@hotmail.com
971 50 507

Voksenpsykologi

Even Rognan
evenrognan@gmail.com
410 28 606

Nevropsykologi

Heine Hagenberg
heine@skeptic.no
942 46 548

Habiliteringspsykologi

Tonje Elgsås, leder
tonjeped@gmail.com
922 33 224

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder
anette.hoy.dye@moment.consulting
928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kristin Andreassen Eide, leder
kristin.andreassen.eide@outlook.com
456 60 389

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder
borriks@gmail.com
990 27 309

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Arne Holen, leder
arnenpf@nevropsykologholen.no
922 30 383

GODKJENNINGSUTVALGET

Ole André Solbakken, leder
o.a.solbakken@psykologi.uio.no
913 75 496

ANKEUTVALGET FOR SPESIALITETENE

Kim Larsen, leder
kim.larsen@so-hf.no
69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTS-PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Susanne N. Johansen, leder
sarimonrose@outlook.com
990 49 283

STUDENTPOLITISK UTVALG

Sølve Brækkan Halvorsen, leder
950 10 201
spu@psykologforeningen.no

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin, leder
tuvabraein@gmail.com
458 52 172

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Klara Øverland, leder
klara.overland@uis.no
406 08 818

MENNESKERETTIGHETS-UTVALGET

Reidar Hjermann, leder
rh@hjermann.no
994 47 291

TESTUTVALGET

Rudi Myrvang, leder
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Peter Hurlen, leder
ypu@psykologforeningen.no

SEKTORUTVALG

Spesialisthelsetjenesten

Terje Opsahl, Sørlandet sykehus, leder
Terje89@gmail.com
410 30 264

Stat

Grethe Strand Rolfsen, Bufetat – r. øst, leder
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no
959 99 232

Kommunal sektor

Trude Hoff, Ringsaker, leder
trudhof@online.no
415 21 900

Avtalespesialister

Henrik Riekes Vik, Helse Sør-øst, leder
henrik@rivik.no
408 45 848

Privat

Ane Johnsen, leder
ane@millimtr.no
400 02 343

SEKRETARIATET

Stab

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær
ole@psykologforeningen.no

Karine Lindholm Liland, kommunikasjonssjef
karine@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef
linda@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Linn Engebretsen, konstituert utdanningssjef
linn@psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
ja@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Lars Conrad Moe, fagsjef
lars.conrad@psykologforeningen.no

Norsk psykologforening

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 8 2026

Helse Vest tar ansvar

Matt Oxman

Fallgruver ved kognitiv utredning av psykosepasienter

Victoria Tao

Styrkemodellen for selvregulering – svakheter og alternative perspektiver

Ingar Mikkola Kristiansen & Torsten Martiny-Huenger

Å høre depresjon

Jan Egil Stubberud

Unges deling av vold og overgrep

Kristine Bøen & Oda Vik Burmo

Etiske spenninger i offentlig helsevesen – psykologlederes refleksjoner

Arild Megard Udnæs & Erik Stänicke

Hva motiverer mellomledere til å bli i poliklinikker i psykisk helsevern?

Tarald Sæstad, Kristoffer Johansen, Hans Petter
Aardalsbakke & Skender Elez Redzovic

Effektivisering og fagetisk ubehag

Lars Huneide Thorbjørnsen

Doktorgrader

Om Money-Kyrles «Cognitive Development»

Jon Morgan Stokkeland

Minneord