INNHOLD
NR 11 - 26

Psykologtidsskriftet
Vol 63

FRA PRAKSIS | Cecilie Kolflaath Larsen
Minoriteters mistillit er ikke motstand 684

FAGARTIKKEL | Ulf Stridbeck
100 år før Baneheia – riksadvokat Kjerschow om rettspsykologi 691

FRA FORSKNINGEN | Jostein Mattingsdal
Vanskelige valg for operative ledere 696

FRA FORSKNINGEN | Line Rønning
Aktive veteraner har færre PTSD-symptomer 699

FRA FORSKNINGEN | Eirik Mathiesen
Fellesskap som varer 702

DOKTORGRADER 704

RAPPORT | Brekke et al.
Evaluering av Videreutdanning i psykedelisk terapi 705

NY VITENSKAPELIG ARTIKKEL | Marlene Bruun Lauridsen
Understanding Reactive and Proactive Extremism – The Transforming Power of Safety in Education 711

EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS | Herrebrøden et al.
Fysisk trening som behandling av depresjon – Forskningsevidens og norske psykologers bidrag 712

KOMMENTAR | Svein A. Alfarnes
Fortsatt behov for endringer i rettspsykiatrien 722

KOMMENTAR | Øyvind Urnes
Replikk til Karterud om væren 724

ETIKKPANELET | Rebecka Mikkelsen
Når samtykket til å heve taushetsplikten ikke er nok 725

DEBATT | Skogli et al.
Pearson svekker tilliten til faglige vurderinger 729

KRONIKK | Aili Røtterud Løchen
Mikrofoner ut av terapirommet 731

BOKSTOFF
Degvold & Amlien anmelder
Traumeboken – for deg som jobber med barn og unge 735

OMSLAG

Mari Kanstad Johnsen har tegnet omslaget og sier: *Her svettes grufs ut!*



TEKST Cecilie Kolflaath Larsen
Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK)

Minoriteters mistillit er ikke motstand

Psykologen må forstå klientens historiske, kulturelle og erfaringsbaserte kontekst.

Etter mange års erfaring som kliniker, veileder og foredragsholder for ansatte i barnevern, familievern, krisesentre og spesialisthelsetjenesten er min oppfatning at psykologer og andre fagpersoner lett kan forstå brukere som lite samarbeidsvillige eller lite motiverte når de gir uttrykk for mistillit.

For samer og andre minoriteter kan mistillit imidlertid være en rasjonell og erfaringsbasert respons, formet av historiske overgrep, marginalisering og strukturelle forhold som fortsatt påvirker livet deres i dag (Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023).

I et undervisningswebinar for familievern, barnevern og krisesentre i regi av Nasjonalt samisk kompetansesenter (NASAK) 12. mai 2026 spurte jeg deltakerne hva de forbandt med mistillit fra klienter. Svarene handlet i stor grad om frykt, avmakt, svik, usikkerhet og erfaringer med maktubalanse i møte med ulike tjenester og myndigheter. Deltakerne forstod med andre ord mistillit som en meningsfull respons på erfaringer og kontekst.

Samtidig erfarer jeg at denne forståelsen ofte utfordres når praksisfeltets tidsfrister, bekymringer og krav til handling melder seg. Da kan mistillit i stedet bli forstått som et individuelt problem hos klienten, fremfor som et uttrykk forankret i erfaringer, relasjoner og samfunnsmessige forhold. Viktige historiske, erfaringsbaserte og strukturelle forklaringer kan komme i bakgrunnen. For

KONTAKT
cecilie.kolflaathlarsen@bufetat.no

MERKNAD Forfatteren oppgir bruk av kunstig intelligens til språklig bearbeiding og strukturering i det innledende arbeidet med teksten.

psykologer kan hvordan vi fortolker klientene, få betydning for hypotesedannelse, risikovurderinger, alliansebygging og valg av tiltak.

I denne teksten vil jeg belyse hvordan mistillit oppstår og kommer til uttrykk i møte med hjelpe-, behandlings- og velferdstjenestene, med særlig vekt på strukturell vold. Selv om jeg primært har skrevet for psykologer, er problemstillingene relevante for andre fagpersoner i ulike tjenester, herunder Nav, skole, barnevern og helsetjenester. Gjennom tre praksisnære kasus vil jeg illustrere hvordan mistillit kan forstås, hvordan den ofte individualiseres og mistolkes, og hvordan psykologer kan bidra til tillitsbygging i klinisk arbeid, veiledning og tverrfaglig samarbeid.

Kasus 1: Når mistillit går i arv

Marit (32) er alenemor til Daniel (8). Familien har samisk bakgrunn.

Marits mor vokste opp under fornorskningspolitikken. Fornorskningspolitikken var en statlig assimilasjonspolitikk som fra midten av 1800-tallet og frem til 1970- og 1980-årene hadde som mål å assimilere samer, kvener/norskfinner og skogfinner inn i den norske majoritetskulturen. Politikken innebar blant annet begrensninger på bruk av minoritetsspråk og et press om å ta til seg norsk språk, kultur og identitet (Minde, 2005).

Marits mor gikk på internatskole på 1960- og 1970-tallet, hvor det var forbudt å snakke samisk. Brudd på forbudet ble møtt med korrigering og straff. Hun sluttet etter hvert å bruke språket, også utenfor skolen. Som voksen uttrykte hun at hun «lærte norsk, men mistet noe av seg selv».

Hun lærte aldri Marit å snakke samisk, og formidlet tydelige normer til henne: «Man involverer ikke systemet.» «Det er ikke trygt.» Marit vokste dermed opp uten kjennskap til det samiske språket og med en grunnleggende skepsis til offentlige tjenester.

Daniels lærere har over tid kjent på bekymring for ham. De vurderer ham som svært stille, han trekker seg unna voksne, svarer lite og unngår øyekontakt. Skolen inviterer Marit til en samtale for å forstå og kunne hjelpe sønnen hennes. Hun uteblir fra møtet hun blir invitert til. Ved andre innkalling møter hun, men hun gir korte svar, blir stille ved spørsmål og reagerer negativt på flere av spørsmålene. Lærerne oppfatter Marit som avvisende og lite samarbeidsvillig. Deres bekymring for Daniel øker, og de sender bekymringsmelding til barnevernet. Når barnevernet tar kontakt, svarer Marit: «Jeg vet hva dette er. Dere finner alltid noe.»

Lærerne tolker hennes tilbakeholdenhet som tegn på manglende samarbeid. Tolkningen forsterker bekymringen de har for Daniel.

En meningsfull respons

Familiens situasjon kan forstås ut fra flere perspektiv. Dersom historiske forhold tas i betraktning, kan Marits mistillit og tilbakeholdenhet gi mening i lys av fornorskningspolitikken og konsekvensene den har hatt for tap av språk, identitet og tillit til offentlige myndigheter. Videre kan mistilliten forstås ut fra et intergenerasjonelt perspektiv i den forstand at den kan være overført fra morens erfaringer, og slik ha bidratt til Marits grunnleggende forståelse av systemet som potensielt farlig.

I tillegg til Marits egne erfaringer kan hennes unngåelse eller avvisning forstås som kulturelt betinget forsiktighet i møte med makt, eller som beskyttelsesstrategier utviklet gjennom erfaringer med å bli misforstått. Stillheten hennes kan også handle om respekt for autoriteter eller at verbal kommunikasjon er mindre utbredt i hennes minoritetskulturelle kontekst.

Når de ovennevnte perspektivene tas med i forståelsen av Marit, fremstår hennes atferd ikke som motstand, men som en meningsfull reaksjon på opplevd risiko, og/eller en kulturelt lært respons.

Kasuset er ment å vise hvilket ansvar psykologer som arbeider i barnevernet eller veileder barnevernsansatte, har for å utforske alternative forståelser av foreldres tilbakeholdenhet og skepsis før en konklusjon om manglende samarbeid trekkes. Psykologen kan bidra med hypoteser om hvordan historiske erfaringer, minoritetsstatus og intergenerasjonelt overførte erfaringer med myndigheter kan påvirke foreldres forventninger til barnevernet. En sentral oppgave blir å hjelpe ansatte med å skille bekymringsfulle forhold hos barnet fra foreldrenes mistillit til tjenesten, slik at kulturelt og historisk betinget forsiktighet ikke feiltolkes som omsorgssvikt eller «lav motivasjon og endringsvilje».

Strukturell vold i fortid og nåtid

Begrepet strukturell vold viser til hvordan systemer, praksiser og samfunnsstrukturer kan skade eller marginalisere grupper – med og uten en eksplisitt intensjon (Galtung, 1969). Det handler med andre ord ikke bare om intendert, direkte og synlig vold, men om måtene samfunnets organisering og institusjoner kan bidra til systematisk ulikhet og skade på, selv om de involverte aktørene ikke har til hensikt å skade (Kyllingstad, 2023).

I noen sammenhenger er vold lett å få øye på, eksempelvis der minoriteter undertrykkes, kontrolleres og overvåkes i autoritære stater. Fornorskningspolitikken i Norge er et godt eksempel på strukturell vold som i ettertidens lys er tydelig for oss. Gjennom blant annet forbud mot samisk språk i skolen, internatskoler som skilte barn fra familiene, og sterke assimileringskrav ble samisk språk, kultur og identitet systematisk undertrykt (Minde, 2005;

— Som voksen uttrykte hun at hun «lærte norsk, men mistet noe av seg selv»



ILLUSTRASJON KINE KJÆR

— I psykologers praksis kan strukturell vold forekomme som ubevisste og systemiske praksiser

Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023). Politikken var en form for kulturell og psykisk vold med omfattende konsekvenser for individ og samfunn, herunder tap av språk, internalisert skam og svekket tillit til myndigheter (Minde, 2005; NOU 2016: 18).

I dag er strukturell vold sjelden like synlig her i Norge. Den skjer ikke som eksplisitt undertrykking, men eksisterer like fullt, mer subtilt og vanskeligere å identifisere. Strukturell vold kan i dag være innbakt i systemer som ikke tar høyde for mangfold, som er bygget på majoritetens normer, eller som benytter standardtiltak utviklet for majoriteten. Den kan ligge i systemer som ikke registrerer samisk tilhørighet og i liten grad undersøker minoriteters erfaringer, eller tilkjennegi seg som holdninger som fortolker mistillit som motstand (Døving, 2022).

I psykologers praksis kan strukturell vold forekomme som ubevisste og systemiske praksiser som kan ha skadelig virkning for enkeltpersoner og grupper, slik kasusene i denne teksten illustrerer. Når kulturelle forskjeller overses eller ikke anerkjennes, risikerer systemene og tjenestene vi arbeider innenfor, å reprodusere ulikhet og favorisere majoritetskulturen, uten at vi oppdager at det skjer, eller forstår hvordan det påvirker minoritetspersonene vi møter. Ved å sette oss mer inn i hvordan strukturell vold kan forekomme, om enn i «bakgrunnen» av vår virksomhet, blir vi bedre i stand til å få øye på den, forstå hvordan den virker, og hvorfor enkelte brukere reagerer som de gjør. Et nyttig bidrag i det terapeutiske arbeidet er blant annet Blindseth og Cloos Olsen (2026) sin modell for kompetanse på urfolksperspektiver, som kan brukes i samtaleterapi med samer i Norge. De viser hvordan psykologer bør tilegne seg nyansert kunnskap om strukturell vold mot urfolk, bevissthet rundt egen tilhørighet, kultur og makt, samt gjøre konkrete aktiviteter for å tilby likeverdige tjenester til den samiske befolkningen.

Når mistillit individualiseres

Jeg tror det er viktig at vi som fagpersoner er oppmerksomme på at klienter vi møter, enten det er i spesialisthelsetjenesten, kommunen, på familievernkontoret eller gjennom sakkyndige utredninger, kan oppleve hjelpesystemet som utrygt, selv om intensjonene våre er gode. Ettersom mange psykologer representerer majoriteten i samfunnet, er det fort gjort å ta majoritetsforståelser for gitt og glemme at virkeligheten kan se ulik ut fra et annet ståsted.

Eksempelvis kan vi forvente åpenhet fra brukeren uten å adressere mulig mistillit og usikkerhet, vi kan tolke stillhet som motstand eller unnvikelse, eller glemme å tydeliggjøre rammer og konsekvenser av utredninger, samtaler og tiltak. Når brukerne da reagerer negativt eller uventet på våre initiativ, kan våre fortolkninger av dem og måten vi responderer på dem, i sin tur føre til ytterligere mistillit til oss – og vi befinner oss i en uheldig sirkel hvor systemet vi er en del av, reproduserer mistillit.

Psykologer som oppnår en dypere forståelse for pasienter med ulik kulturell bakgrunn, etablerer en sterkere allianse, noe som kan bidra til en mer virksom terapiprosess (Jalali-Moghadam & Nord, 2023). Like viktig er det faktum at bevissthet rundt makt, privilegier, egen posisjon og kulturelle forskjeller er essensielt for å tilby likeverdige tjenester.

I et stadig mer mangfoldig samfunn er det viktig at vi husker på at dynamikkene ikke bare spiller seg ut i historisk sammenheng eller blant urfolk. De gjelder også for nyankomne minoritetsgrupper i Norge, som også bærer på erfaringer og forventninger vi ikke uten videre forstår eller er bevisste på. Ngo et al. (2024) finner at norskfødte med innvandrerforeldre kan erfare psykologisk behandling som er preget av mistillit og frykt for negative reaksjoner dersom mistilliten skulle blitt tatt opp. Hassel (2022) beskriver hvordan skeive flyktninger som ikke tør å snakke om seksuell legning i asylintervju, feilaktig blir vurdert som mindre troverdige. Jeg mener vi risikerer å gjøre mange feilslutninger om vi ikke er bevisst på den mistilliten som finnes blant mange minoriteter i samfunnet vårt.

Kasus 2: Når erfaringer overføres

Sara er i begynnelsen av 30-årene, har kort botid i Norge og oppsøker krisesenter etter oppfordring fra en nabo. Hun har ikke planlagt å dra dit selv og har begrenset kunnskap om hva et krisesenter er, eller hvilke konsekvenser et slikt opphold kan få. I den første kontakten uttrykker hun først og fremst behov for et sted å være for natten.

Sara har minoritetsbakgrunn og bærer med seg erfaringer fra opprinnelseslandet, hvor kontakt med offentlige myndigheter var forbundet med kontroll, sanksjoner eller tap av rettigheter. Erfaringene preger forventningene hun har til hjelpeapparatet også i en norsk kontekst.

På krisesenteret fremstår Sara stille og tilbakeholden. Hun svarer kort på spørsmål, sier ofte «jeg vet ikke» og følger nøye med på hva de ansatte skriver og sier. Hun stiller få egne spørsmål, nikker når hun får informasjon, men ber sjelden om utdyping. Allerede etter to dager

gir hun uttrykk for at hun ønsker å reise hjem igjen, og avslår videre oppfølging. Når ansatte utforsker hvorfor, sier hun blant annet: «Dette kan bli en sak» og «Jeg vil ikke miste barna mine».

Uten tilstrekkelig oppmerksomhet på strukturelle og relasjonelle forhold kan Saras væremåte bli forstått som ambivalens eller manglende vilje til endring. Når hennes erfaringer med sosial ulikhet, avhengighet og begrensede handlingsmuligheter tas i betraktning, kan væremåten i stedet forstås som strategier utviklet for å håndtere vedvarende belastninger og usikkerhet.

Med tanke på hvilke erfaringer Sara har med seg fra opprinnelseslandet, kan hun forbinde hjelpeapparatet med kontrollerende myndigheter hvor ulike instanser bruker informasjon mot henne. Hun kan derfor være redd for å åpne seg overfor ansatte på krisesenteret fordi hun er redd for å miste kontroll over informasjonsflyten, ikke forstår forskjellen mellom ulike tjenester eller fordi hun frykter innblanding fra barnevernet. I tillegg kan hun ha hatt erfaringer med diskriminering, rasisme eller subtile former for ekskludering i det norske samfunnet, noe som har gjort henne mer på vakt overfor offentlige instanser, og forsterket forventningen om ikke å bli forstått eller tatt på alvor.

Saras ønske om å avslutte oppholdet kan dermed være en måte hun prøver å begrense mulig skade på seg selv og eget liv på, heller enn at hun ikke vil ha hjelp. Det ser kanskje ut som tilbaketrekning eller avvisning, men psykologisk sett kan det omhandle at systemet føles uforutsigbart og farlig for henne. I lys av det kan hennes reaksjoner vurderes som en form for beskyttelsesstrategi.

Kasus 3: Når privat- og familieliv er i spill

Amina og Hassan oppsøker familievernet etter initiativ fra Amina. Amina er motivert for hjelp og ønsker støtte til å håndtere økende konflikter i parforholdet, særlig knyttet til barneoppdragelse. Hassan er mer skeptisk til tilbudet. Allerede før første time spør han om familievernet er en offentlig tjeneste, om det føres journal, og om informasjon kan deles videre. I samtalen fremstår han anspent, årvåken og alvorlig.

Hassan har minoritetsbakgrunn og bærer med seg erfaringer fra kontekster der kontakt med offentlige myndigheter har vært forbundet med fare og alvorlige konsekvenser for familien. Som barn opplevde han at faren ble arrestert og utsatt for mishandling etter å ha utfordret lokale myndigheter. Erfaringene har bidratt til en vedvarende forventning om at personer med makt representerer en potensiell trussel, også i møte med hjelpetjenester. Særlig når det gjelder tjenester som berører familieliv og barn. For Hassan er skillet mellom politi, forvaltning og hjelpetjenester ikke nødvendigvis like tydelig som hjelpere i Norge kan ta for gitt at det er. Han kan oppfatte at ulike hjelpere og myndighetspersoner tilhører det samme systemet, og at informasjon kan utveksles, deles videre og gi konsekvenser for familien. En psykolog ansatt i det offentlige kan dermed sees på som en fare.

I timen svarer Hassan kort på spørsmål. Når psykologen inviterer til åpenhet om konflikter i hjemmet, sier han: «Dette vil vi ikke snakke om med fremmede.» Når psykologen understreker betydningen av åpenhet for å kunne hjelpe, trekker Hassan seg ytterligere tilbake. Intervensjonen forsterker hans opplevelse av press og bekrefter en forventning om at sensitiv informasjon kan bli brukt på måter han ikke har kontroll over.

Dersom psykologen ikke tar høyde for Hassans erfaringer, forventninger og kulturelle normer om å holde familieanliggender privat, kan hans reservasjon mot åpenhet forstås som motstand heller enn en måte å beskytte seg selv og sine nærmeste på.

Flere hypoteser samtidig

I begge eksemplene ovenfor opplever både Sara og Hassan åpenhet som risikabelt, heller enn som en forutsetning for hjelp. Kasusene er ment å illustrere at det som fremstår som motstand, kan handle om forsøk på å opprettholde kontroll eller forhindre inngripende vurderinger, dokumentasjon og tiltak.

Dette betyr ikke at reaksjoner og atferd hos personer med minoritetsbakgrunn nødvendigvis må forstås ut fra kulturelle eller strukturelle forhold. De kan også være uttrykk for individuelle psykologiske prosesser, relasjonelle erfaringer, psykiske helseutfordringer eller begrenset motivasjon for endring. Psykologens oppgave er imidlertid ikke å låse seg til én forklaringsmodell, men å undersøke og vurdere flere plausible hypoteser (van der Weele & Karlsen, 2021). Å holde ulike hypoteser oppe, samtidig, kan bidra til mer presise kliniske formuleringer, styrke den terapeutiske alliansen og legge grunnlag for bedre intervensjoner. Det er et ansvar psykologer kan og må ta.

Mistillit i tall og erfaringer

Flere undersøkelser viser at tillit til staten og offentlige institusjoner varierer mellom minoritetsgrupper og mellom ulike typer tjenester. Blant personer registrert i Sametingets valgmanntall oppga 58 % at de hadde ganske liten eller svært liten tillit til at norske myndigheter tar hensyn til samiske interesser og rettigheter (Knutsen & Aslaksen, 2023). Samtidig dokumenterer forskning omfattende erfaringer med diskriminering. I undersøkelsen SAMINOR 2 rapporterte 50,8 % av personer med sterk samisk tilhørighet at de hadde opplevd diskriminering, mot 14,3 % blant ikke-samer (Hansen et al., 2016).

Blant personer med innvandrerbakgrunn viser undersøkelser at mange uttrykker særlig skepsis til tjenester som virker å være kontrollerende eller sanksjonerende, herunder barnevernet (Ipsos, 2018). Barn med innvandrerbakgrunn er overrepresentert som mottakere av barnevernstiltak sammenlignet med barn uten innvandrerbakgrunn (Dyrhaug & Haugstveit, 2024). Overrepresentasjonen innebærer at mange familier med minoritetsbakgrunn har hyppigere og mer inngripende kontakt med en statlig instans som forvalter betydelig makt over familieliv og foreldreroller. Psykologer må derfor være særlig oppmerksomme på hvordan erfaringer

— Mistillit til offentlige tjenester er ikke tilfeldig og oppstår ikke i et vakuum

med myndigheter og hjelpeapparatet kan påvirke den terapeutiske alliansen, og utforske hva skepsis og tilbakeholdenheten kan handle om.

For samiske barn er bildet annerledes, men like fullt problematisk. Samisk tilhørighet registreres i liten grad i offentlige systemer, noe som innebærer at samiske barn usynliggjøres i statistikken (Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2023). Mangelen på data henger sammen med historisk misbruk av etniske registreringer under fornorskningspolitikken, men står i dag i veien for at samiske erfaringer fanges opp i forskning og utvikling av tjenester. Psykologer som arbeider klinisk, bør aktivt utforske hva samisk språk, identitet, historie og tilhørighet betyr i den enkeltes liv, fremfor å legge til grunn at slike forhold er irrelevante. I tillegg kan psykologer bidra til at samiske erfaringer etterspørres, dokumenteres og inkluderes i tjenesteutvikling, forskning og fagutvikling.

Når enkelte grupper har hyppig kontakt med barnevernet, mens andre i mindre grad synliggjøres i statistikk og tjenesteutvikling, kan viktige erfaringer og perspektiver forbli underbelyst. Dette betyr ikke at tjenesteutøvelsen nødvendigvis blir feil, men det kan påvirke hvilke spørsmål psykologer stiller, hvilke forklaringer som fremstår sannsynlige, og hvilke tiltak som vurderes som hensiktsmessige. Når enkelte erfaringer er svakt representert i kunnskapsgrunnlaget, øker risikoen for at klienters reaksjoner forstås gjennom majoritetssamfunnets referanserammer alene. Psykologer må derfor undersøke om kulturelle, historiske og minoritetsrelaterte erfaringer har betydning for den aktuelle problemstillingen de møter på, enten det er i terapeutisk arbeid, gjennom foreldreveiledning eller som veiledere for andre fagpersoner.

Hva bygger tillit?

Å bygge tillit der det finnes mistillit, handler ikke om å fjerne skepsis, men om å tåle den. Mistillit kan ikke korrigeres bort. Jeg mener den må forstås som en meningsfull respons på erfaringer, maktforhold og kontekst.

Et viktig første steg er å anerkjenne mistilliten eksplisitt. Vi psykologer kan alminneliggjøre skepsisen og si noe om at den er forståelig i lys av de erfaringene og forventningene personen foran oss har med seg. På den måten kan vi redusere spenning og åpne for dialog. En slik tilnærming krever at vi som representerer hjelpeapparatet, er ydmyke og klar over at vi kan ha med oss holdninger og blindsoner som påvirker hva vi legger merke til, tolker og reagerer på. Gode intensjoner er ikke alltid tilstrekkelig for å forhindre utilsiktet skade.

Videre er det avgjørende å være bevisst maktasymmetrien mellom hjelper og bruker (Jalali-Moghadam & Nord, 2023). Psykologer i offentlige tjenester forvalter kunnskap, definisjonsmakt og beslutningsmyndighet som kan få store konsekvenser for den enkelte. Hvis vi er tydelig på egen rolle, mandat og begrensninger, kan det bidra til å gjøre relasjonen mer forutsigbar og mindre truende.

Vi kan ikke forvente at brukere skal ha tillit til oss allerede ved første treff. Personer med erfaringer preget av kontroll, diskriminering eller inngripende statlig praksis kan trenge tid før relasjonen føles trygg. Å tåle å ikke bli umiddelbart stolt på er en viktig del av psykologenes profesjonelle praksis. Noen ganger kan det være tillitsbyggende at vi gir eksplisitt uttrykk for at vi forstår at de trenger tid til å gjøre seg nye, korrigerende erfaringer med oss.

Transparens er et viktig element i vårt arbeid. Mange konflikter kan oppstå når prosesser, vurderinger og konsekvenser i hjelpeapparatet fremstår uklare for brukeren. Å forklare hva som skjer, hvorfor det skjer, og hva informasjon brukes til, kan bidra til å redusere opplevelsen av skjult agenda og uforutsigbarhet. Det er vi som har ansvar for å gjøre det klart for den som sitter foran oss, hva vi gjør, hvorfor vi gjør det, og hva følgene kan bli. Dette ansvaret er særlig viktig å ta når klientene selv ikke nødvendigvis kjenner systemet eller sine egne rettigheter.

Til sist krever tillitsbygging kunnskap om hvordan historiske overgrep, assimilering, diskriminering og andre former for strukturell vold fortsatt kan prege møter med offentlige tjenester i dag. Uten denne forståelsen kan mistillit fremstå irrasjonelt, mens den i realiteten kan være basert på erfaringer og systemer som fortsatt virker diskriminerende.

Mistillit er ikke motstand

Mistillit til offentlige tjenester er ikke tilfeldig og oppstår ikke i et vakuum. Som psykologer arbeider vi med klienter i vanskelige livssituasjoner, enten direkte gjennom klinisk virksomhet eller gjennom veiledning og undervisning av annet personell. Vi har en viktig rolle når det gjelder å forstå hvordan klientene påvirkes av erfaringene de har gjort seg med ulike offentlige institusjoner tidligere i livet, og når det gjelder forventningene og frykten de kan kjenne på i kontakten med hjelpeapparatet. Mistillit bor ikke nødvendigvis i enkeltindividet, men springer ut av erfaringer, relasjoner og strukturer. Vi må huske på at det ikke er vår intensjon som avgjør om vi skaper tillit, men hvordan vi blir opplevd – i lys av hva mennesket bærer med seg frem til oss.

REFERANSER

Blindseth, L. & Olsen, S. C. (2026). Urfolksperspektiver i samtaleterapi – en modell for behandleren. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(1), 9–14. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as12ae-Urfolksperspektiver-i-samtaleterapi-en-modell-for-behandleren

Dyrhaug, T. & Haugstveit, F. V. (2024, 24. april). *Mer vanlig med barnevernstiltak blant barn og unge med innvandrerbakgrunn*. Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/artikler/mer-vanlig-med-barnevernstiltak-blant-barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn

Døving, C. A. (Red.). (2022). *Rasisme: Fenomener, forskning, erfaringer.* Universitetsforlaget.

Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, *6*(3), 167–191. https://doi.org/10.1177/002234336900600301

Hansen, K. L., Minton, S. J., Friborg, O. & Sørlie, T. (2016). Discrimination amongst Arctic Indigenous Sami and Non-Sami Populations in Norway: The SAMINOR 2 Questionnaire Study. *Journal of Northern Studies, 10*(2), 45–84. https://doi.org/10.36368/jns.v10i2.847

Hassel, A. (2022). Skeive flyktninger – en dobbel minoritet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *59*(12), 1112–1116. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as11ae-Skeive-flyktninger-en-dobbel-minoritet

Ipsos. (2018). *Tillit til barnevernet blant personer med innvandrerbakgrunn.* Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Tillit_til_barnevernet_blant_personer_med_innvandrerbakgrunn.pdf

Jalali-Moghadam, N. & Nord, J. (2023). Kulturell kompetanse som terapeutisk verktøy. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 60*(6), 359–367. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as05ae-Kulturell-kompetanse-som-terapeutisk-verktoy

Knutsen, V. M. & Aslaksen, E. A. (2023, 7. september). *Seks av ti samer har liten tillit til regjeringen: Ikke særlig overraskende.* NRK Sápmi. https://www.nrk.no/sapmi/seks-av-ti-samer-har-liten-tillit-til-regjeringen_-_-ikke-saerlig-overraskende-1.17372835

Kyllingstad, J. R. (2023). *Rase: En vitenskapshistorie.* Cappelen Damm.

Minde, H. (2005). Fornorskninga av samene – hvorfor, hvordan og hvilke følger. *Gáldu Čála – Tidsskrift for urfolks rettigheter, (3).* https://www.nb.no/items/1ea98054812b0d539bb690d977053945?page=1

NOU 2016: 18. (2016). *Hjertespråket – forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk.* Kommunal- og distriktsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-18/id2515222/

Ngo, V., Løkkeberg, A. G. & Hjeltnes, A. (2024). Norskfødte med innvandrerforeldres erfaringer i psykologisk behandling: en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 61*(5), 306–314. https://doi.org/10.52734/DJXJ1891

Sannhets- og forsoningskommisjonen. (2023). *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskningspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner (Dokument 19 (2022–2023)).* Stortinget. https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2022-2023/dok19-202223.pdf

van der Weele, J. & Karlsen, K. (2021). *Analyse i komplekse barnevernssaker – fra magefølelse til kritisk tenkning.* Gyldendal.

Skriv og del

Psykologtidsskriftet sendes hver måned ut til mer enn 10 000 psykologer. Derfor er Psykologtidsskriftet en unik arena for å dele erfaringer, kunnskap og meninger.

Alt vi publiserer er fritt tilgjengelig. Vi har ingen betalingsmur.



Psykologtidsskriftet

For sjangerbeskrivelser og forfatterveiledning:

TEKST Ulf Stridbeck
Det juridiske fakultet,
Universitetet i Oslo

100 år før Baneheia – riksadvokat Kjerschow om rettspsykologi

Utfordringer med ledende spørsmål, barns troverdighet og falske tilståelser var kjent allerede for hundre år siden.

Utredningen om Baneheiasaken og den uriktige domfellelsen av Viggo Kristiansen kom i februar (NOU 2026: 3). Flere kritiske bemerkninger mot etterforskningen i saken gjelder vitnepsykologiske temaer som hukommelse, troverdighet, avhør og vitneobservasjoner. Tilsvarende tematikk ble tatt opp i forbindelse med andre saker på 1990-tallet, som Bjugn-saken, med påståtte seksuelle overgrep mot barn i Bjugn kommune, og Karmøy-saken, med drapet på Birgitte Tengs (Kringstad, 1997; Jahr, 2015).

Rettspsykologi har etablert seg godt i Norge siden Svein Magnussen og kollegaer begynte å skrive fagartikler på tidlig 2000-tall om troverdighet, hukommelse, avhør av barn og øyevitner (Magnussen & Overskeid, 1998, 2003; Magnussen & Stridbeck, 2001; Magnussen & Melinder, 2004; Rachlew, 2003). Men det var ikke ved årtusenskiftet kombinasjonen norsk psykologi og juss så dagens lys, og det var ikke en psykolog som forfattet den første artikkelen.

Allerede i 1926 finner vi det første essayet med rettspsykologisk innhold, publisert i Aftenposten med tittel «Hvilken tillid kan man ha til de menneskelige utsagn? Utsnitt av den eksperimentelle utsagnspsykologi» (Kjerschow, 1926; se også Stridbeck, 2025). Essayet ble skrevet av riksadvokat Peder Kjerschow, to år før Harald Schjelderup fikk omgjort sitt professorat i filosofi

KONTAKT ulf.stridbeck@jus.uio.no

MERKNAD Stridbeck og Tim Brennen (Psykologisk institutt) er fagansvarlige for emnet PSY4315 – Rettspsykologi, og ledere av den tverrfaglige forskergruppen i rettspsykologi ved UiO.

til psykologi, syv år før Schjelderups artikkel i *Fritt ord* fra 1933 (ofte ansett som startpunktet for rettspsykologien i Norge; Schjelderup, 1933) og åtte år før Norsk psykologforening ble stiftet.

I sitt essay baserte riksadvokat Kjerschow seg blant annet på studier utført av den franske psykologen Alfred Binet og den tyske eksperimentalpsykologen Johannes Schrenk, men også på undersøkelser publisert av den østerrikske juristen Hans Gross og den tyske juristen William Stern. Temaene som tas opp i Kjerschows artikkelserie, som vitnepåvirkning, barns troverdighet og falske tilståelser, har vært sentrale temaer i flere profilerte straffesaker i Norge i moderne tid (Kringstad, 1997; NOU 2007: 7; NOU 2026: 3).

I denne artikkelen går jeg gjennom noen av de sentrale temaene til Kjerschow, viser hvordan temaene relaterer seg til moderne straffesaker, og diskuterer implikasjonene av måten norsk rettspsykologi har utviklet seg på.

Suggesjon og ledende spørsmål

Kjerschow definerer suggesjon som påvirkning på en annens forestilling uten hans vitende, altså å overføre til et menneske en forestilling under hemming av hans egen evne til viljebeslutning (såkalt «fremmedsuggesjon»; Kjerschow, 1926). Kjerschow presiserte at ledende spørsmål er suggestive: De legger til rette for et bestemt svar. Her påpeker Kjerschow noe helt sentralt som også læres bort i dag: Nesten ethvert spørsmål øver en viss innflytelse på svarets innhold. Kjerschow illustrerer med faktorer som i dagens rettspsykologi er meget sentrale; «spørsmaalets logisk-grammatiske form, efter sammenhengen, tonens eftertryk, omgivelsene, eksaminators person og autoritet m.v.» (Kjerschow, 1926). De seneste 20 årene har det blitt publisert mye forskning om avhør, med stort sett samme sluttsatser som hos Kjerschow (se f.eks. Rachlew, 2003; Rachlew & Fahsing, 2015; Brennen & Blandhol, 2025).

Ser vi nærmere på Baneheia-saken, kommer vi med suggesjonsbegrepet inn på kjernen i avhørene med Jan Helge Andersen, som ble dømt sammen med Viggo Kristiansen i 2002. Tragisk nok hadde ikke spørsmålsformuleringene kun «en viss innflytelse», men en avgjørende innflytelse på den uriktige domfellelsen av Kristiansen (NOU 2026: 3). Andersen ble for eksempel spurt om han kunne være et slags offer, i den forstand at Viggo Kristiansen var den mest aktive på åstedet. Andersen inntok en offerrolle og la ansvaret på Kristiansen, som dermed ble vurdert som leder og fikk strengere straff enn Andersen (Fahsing, 2024). Eksemplet illustrerer at ord er suggestible og har en retning. Som Teigen så godt formulerer det; ordene vi bruker «lekker» informasjon (Teigen, 2017).

Barns troverdighet

I 1926, som i Bjugn-saken på 1990-tallet (Magnussen & Melinder, 2004), var meningene om hvorvidt man kunne stole på barn, delte. Kjerschow hevdet at forklaringer fra



barn må vurderes psykologisk, og avhør foretatt på en slik måte «at forfalskninger saavidt mulig undgaas». Kravet var at man ved avhør av barn skulle anvende sakkyndige personer (Kjerschow, 1926).

Bjugn-saken gjaldt mistanker om blotting og seksuelle overgrep mot 46 barnehagebarn med 29 mistenke gjerningsmenn. Den rådgivende psykologen introduserte



FOTO PER ARNESEN / NORDISK FILM DISTRIBUSJON AS

Scene fra den danske dramafilmen *Jagten* (2012), som er regissert av Thomas Vinterberg og delvis inspirert av Bjugn-saken fra 1990-tallet.

gruppebehandling for barna, begrunnet med å motvirke fortrengning og psykiske vansker (Kringstad, 1997). Gruppesamtalene dannet senere grunnlag for dommeravhør av 61 barn, som gjennomgående var preget av jakt på bekreftelser og press fra blant andre foreldre og terapeuter. Presset førte til beskrivelser av rituelle overgrep med flere barn og voksne involvert samtidig, samt fortellinger om seanser med svarte talglys og binding av barn (Kringstad, 1997). Dommeravhørene resulterte i siktelser og tiltaler, men ingen domfellelser (Kringstad, 1997; Magnussen & Melinder, 2004; Langballe et al., 2025).

Studier av Bjugnsaken og lignende samtidige internasjonale barnehagesaker satte i gang forskning på avhørsteknikker i møte med barn (Melinder, 2004; Melinder,



FOTO UKJENT / OSLO MUSEUM

Riksadvokat Peder Kjerschow (1857–1944).

2011; Gamst & Langballe, 2004; se også Magnussen, 2025). Basert på moderne forskning advarer man nå mot ledende avhørsteknikker, og barnesakkyndige gjennomfører nå tilrettelagte avhør på Barnehus. Moderne praksis gjenspeiler Kjerschows vurderinger og anbefalinger. Med Bjugn-saken som referanse er det interessant at forskningen Kjerschow viste til i 1926, var helt klar over hvor lettpåvirkelige barn er.

Falske tilståelser

Kjerschow advarte også mot å stole blindt på en tilståelse uten støttende bevis (Kjerschow, 1933). Når det gjelder falske tilståelser, lanserte Kjerschow noen motiver til hvorfor noen vil «paalyve sig straffskyld og derved utsette sig for et straffonde, endog det alvorligste», og fremhevet særlig press eller feil motivasjon.

Ifølge Kjerschow kunne datidens avhørsmetoder, når de var håndfaste og energiske, føre til falske tilståelser. Falske tilståelser skyldtes blant annet «yngre uerfarne tjenestemenn, som i misforstått tjenesteiver overser eller glemmer de forskrifter de ved innhentelse av forklaringer har at befølge» (Kjerschow, 1933). Han advarte også mot at «… altfor mange 'justismord' i tidenes løp» kunne tilskrives «det psykiske paatrykk paa siktede for å oppnå hans tilstaaelse» (Kjerschow, 1933).

Dessverre vitner domfellelser i moderne tid om at påtalemyndigheten og domstoler til tider stoler på tilståelser uten støttende bevis, og at avhørsmetoder har ført til falske tilståelser. Blant mange eksempler kan nevnes den påtvungne falske tilståelsen i Karmøy-saken (Jahr, 2015) og de frivillige falske tilståelsene i Thomas Quick-sakene (Stridbeck, 2020). I Karmøy-saken er det dokumentert hvordan fetteren til Birgitte Tengs ble presset til å tilstå noe han ikke hadde gjort (Gudjonsson, 2004). Presset og manipuleringen var så voldsom at Asbjørn Rachlew har kalt det psykisk tortur (NRK, 2022).

Quick-sakene omfattet tilståelser i rundt 30 drapssaker. Det er ikke dokumentert at politiet utøvde press, men terapeutene bidro med sterkt oppmuntrende samtaler. På bakgrunn av disse antatt terapiinduserte tilståelsene ble det tatt ut tiltale og avsagt dom i åtte av sakene. Etter gjenåpning ble Thomas Quick senere frifunnet i samtlige (Stridbeck, 2020).

Avhørsteknikker har siden Karmøy-saken hatt en formidabel utvikling i Norge, som i dag er et førende land når det gjelder gode avhør med den såkalte KREATIV-metoden (kommunikasjon, rettssikkerhet, etikk og empati, aktiv bevisstgjøring, tillit gjennom åpenhet og vitenskapelig forankring; Bull & Rachlew, 2020). Den psykologiske forskningen har vært sentral (Rachlew & Fahsing, 2015), men også her var riksadvokat Kjerschow tidlig ute.

Vitnepsykologiens fall og fornyet interesse

Kjerschows advarsler mot justismord i norsk rettsvesen ble verken fulgt opp av ham selv, i avisen, i juristmiljøet eller blant psykologer. Heller ikke den tyske forskningen om vitnepsykologiske problemstillinger som han bygde på, ledet an av Hugo Münsterberg (Münsterberg, 1908), fortsatte, på grunn av krigen og at flere av pionerene flyttet til USA. Den danske juristen Eva Smith skriver at «[v]idnepsykologene forsvandt med Weimarrepubliken, og der ble stille om vidnepsykologien i juridiske kredse i nogle årtier» (Smith, 1986).

Rettspsykologisk forskning gjenoppsto på 1970-tallet i USA med Elisabeth Loftus sin forskning på hukommelse og falske minner. Med publiseringen av vitnepsykologiske fagartikler rundt år 2000 (Magnussen & Overskeid, 1998, 2003; Magnussen & Stridbeck, 2001; Magnussen & Melinder, 2004; Rachlew, 2003), og med etableringen av forskermiljøet rundt vitnepsykologiske problemstillinger noen år senere, ble tematikken vekket til live igjen i Norge. I dag er rettspsykologiske problemstillinger en del av diskusjonen rundt uriktige dommer, blant annet i Baneheia-utredningen, hvor en sentral del av kritikken retter seg mot psykologiske bekreftelsesfeller (Fahsing & Rachlew, 2026).

Dagens forskningsmetoder er til sammenligning mer sofistikerte, avanserte og i antall overlegne det sene 1800-tallets studier, som Kjerschow baserte sine anbefalinger på (Stridbeck, 2025). Men i det store og hele viser forskningen fra sent 1800-tall mye av det samme

som dagens forskning når det gjelder hukommelse, avhør, tilståelser og suggesjon (Brennen & Blandhol 2025; Magnussen, 2025). Et valgemne i rettspsykologi, der juss- og psykologistudenter kan lære om rettspsykologisk forskning, ble først etablert i 2020 av Psykologisk institutt og Juridisk fakultet i Oslo, nesten hundre år etter at Kjerschow foreslo det i 1926.

Rettspsykologisk kunnskapen om avhør, suggesjon og tilståelser ble første gang formidlet den 23. januar for ett hundre år siden av riksadvokat Peder Kjerschow. Hvis Kjerschows advarsel mot fremmedsuggesjon hadde blitt fulgt opp, kunne for eksempel Andersens forklaringer i Baneheia-saken blitt tillagt mindre vekt i den uriktige domfellelsen av Kristiansen (NOU 2026: 3). Hvis advarselen mot falske tilståelser hadde blitt fulgt opp, ville en domstol kanskje ikke ha feilaktig domfelt Fritz Moen for to drap på 1970-tallet (NOU 2007: 7).

Dagens riksadvokat og domstolsjurister ville nok, med dagens kunnskap om psykologi og juss, vurdert tilståelsene annerledes. Hvis fagfeltet hadde fått utviklet seg blant juristene og psykologisk utdannelse for jurister hadde blitt innført tidligere, ville vi med stor sannsynlighet unngått noen uriktige domfellelser. Og dersom psykologene hadde blitt involvert som sakkyndige i straffesaker på et tidligere tidspunkt, kunne retten ha vurdert vitneforklaringer i lys av forskningsbasert kunnskap fremfor å støtte seg på mageølelse og ubegrunnede forestillinger.

REFERANSER

Brennen, T. & Blandhol, S. (2025). *Rettspsykologi*. Cappelen Damm Akademisk.

Bull, R. & Rachlew, A. (2020). Investigative interviewing: from England to Norway and beyond. I S. J. Barela, M. Fallon, G. Gaggioli & J. D. Ohlin (red.), *Interrogation and Torture*. Oxford University Press.

Fahsing, I. (2024). *Sakkyndig analyse av avhør foretatt av Viggo Kristiansen i tidsrommet 22.5 – 17.10 2000*. Utført på oppdrag av Oslo statsadvokatembeter, februar 2024.

Fahsing, I. & Rachlew, A. (2026). Bekreftelsesfeller og bevisvurdering, vedlegg 2 i *NOU 2026: 3*.

Gamst, K. T. & Langballe, Å. (2004). *Barn som vitner. En empirisk og teoretisk studie av kommunikasjon mellom avhører og barn. Utvikling av en avhørsmetodisk tilnærming* [Doktorgradsavhandling]. Det utdanningsvitenskapelige fakultet. Universitetet i Oslo.

Gudjonsson, G. (2004). Drap i Norge. Falsk tro som ledet til falsk tilståelse. *Tidsskrift for strafferett*, *4*(3), 287–315. https://doi.org/10.18261/issn0809-9537-2004-03-02

Jahr, B. O. (2015). *Hvem drepte Birgitte Tengs?* Gyldendal.

Kjerschow, P. (1926). Hvilken tillid kan man ha til de menneskelige utsagn? Utsnitt av den eksperimentelle utsagnspsykologi, *Aftenposten* 23. januar – 22. mars 1926.

Kjerschow, P. (1931). *Hvilken tillit kan man ha til de menneskelige utsagn? Utsnitt av den eksperimentelle utsagnspsykologi*. Cappelens forlag.

Kjerschow, P. (1933). Tilstaaelser i straffesaker. *Norsk Retstidende*, 1–16.

Kringstad, H. (1997). *Bjugnformelen*. Tiden Norsk Forlag.

Langballe, Å., Davik, T. & Brøste, I-L. (2025). *Tilrettelagte avhør av barn*. Gyldendal.

Loftus, E. (1979). *Eyewitness testimony*. Harvard University Press.

Magnussen, S. (2025). *Vitnepsykologi 3.0*. Abstrakt forlag.

Magnussen, S. & Melinder, A. (2004). Seksti år før Bjugn: Harald Schjelderup om vitnepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 814–819. https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2004as09ae-Seksti-ar-for-Bjugn-Harald-Schjelderup-om-vitnepsykologi

Magnussen, S. & Overskeid, G. (1998). Påliteligheten av øyevitneforklaringer. *Lov og Rett*, 387–419. https://doi.org/10.18261/issn1504-3061-1998-07-02

Magnussen, S. & Overskeid, G. (2003). Noen sentrale tema i vitnepsykologi – anno 2003. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 188–203.

Magnussen, S. & Stridbeck, U. (2001). «Vurdering av troverdighet: hva sier forskningen?» *Tidsskrift for strafferett*, *1*(2), 81–97. https://doi.org/10.18261/issn0809-9537-2001-02-01

Magnussen, S. & Stridbeck, U. (2020). «Vurdering av troverdighet: hva sier forskningen anno 2020?» *Tidsskrift for strafferett*, *20*(1), 6–17. https://doi.org/10.18261/issn.0809-9537-2020-01-02

Melinder, A. (2004). *Perspectives on children as witnesses* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.

Melinder, A. (2011). Gjentatte avhør: Flere forhold har betydning for påliteligheten i barns utsagn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *48*(11), 1091–1095. https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2011as11ae-Gjentatte-avhor-Flere-forhold-har-betydning-for-paliteligheten-i-barns-utsagn

Münsterberg, H. (1908). *On the witness stand*. Doubleday.

NOU 2007:7. *Fritz Moen og norsk strafferettspleie*. Justis- og beredskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2007-07/id473769/

NOU 2026: 3. *Straffeforfølgelsen av Viggo Kristiansen*. Justis- og beredskapsdepartementet. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2026-3/id3149017/

NRK (2022, 6. desember). Rachlew mener fetteren ble utsatt for psykisk tortur. *NRK.no*. www.nrk.no/nyheter/rachlew-mener-fetteren-ble-utsatt-for-psykisk-tortur-1.16209532

Rachlew, A. (2003). Norske politiavhør i et internasjonalt perspektiv. *Tidsskrift for strafferett*, *3*(4). https://doi.org/10.18261/issn0809-9537-2003-04-02

Rachlew, A. & Fahsing, I. (2015). Politiavhøret. I R. Aarli, M. Hedlund & S. E. Jebens (red.), *Bevis i straffesaker*. Gyldendal Akademisk.

Schjelderup, H. (1933). Erindringsfeil og vidneprov. Med særlig henblikk på sedelighetssaker. I K. Schjelderup (red.), *Fritt ord – om lovet og religionen*. Gyldendal Norsk Forlag.

Smith, E. (1986). *Vidnebeviset. En vurdering af afhøringsmetoder og vidneforklaringer*, GAD.

Stridbeck, U. (2020). Coerced-Reactive Confessions: The Case of Thomas Quick. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, *20*(4), 305–322. https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1732758

Stridbeck, U. (2025). Rettspsykologi – et vern mot feiltagelser. Riksadvokat Kjerschows artikler i Aftenposten 1926. *Lov og Rett*, *64*(5), 314–333. https://doi.org/10.18261/lor.64.5.4

Teigen, K.H. (2017). *Terningen er rund. Bedømmingspsykologi i tretten kapittel*. Cappelen Damm Akademisk

TEKST Jostein Mattingsdal
Sjøkrigsskolen, Forsvarets høgskole

Vanskelige valg for operative ledere

OMTALT ARTIKKEL

Mattingsdal, J. & Bjørnsen, G. (2026). Tough Calls: Shared Priorities and Sector-Specific Decision-Making Challenges Among Senior Leaders in Norway's Emergency Services. *International Journal of Mass Emergencies & Disasters.* Advance online publication. https://doi.org/10.1177/02807270261463554

Når konsekvensene er usikre og situasjonene uoversiktlige, blir beslutninger vanskeligere.

I juli 2026 utviklet en brann i et rekkehus i Krokstadelva i Drammen seg på få timer til den største boligbrannen i Norge på over hundre år. Mer enn hundre boliger gikk tapt, flere hundre mennesker ble evakuert, og nødetatene mobiliserte ressurser fra store deler av Østlandet. Samtidig måtte operative team fra flere ulike beredskapsorganisasjoner håndtere skiftende vindforhold, røyk, begrenset sikt, utfordringer med vannforsyningen og usikkerhet om hvordan brannen ville utvikle seg videre.

Når en krise er over, vurderes ofte taktiske valg. Kunne noe vært gjort annerledes? Var kommunikasjonen god nok? Ble de riktige prioriteringene gjort? Slike spørsmål er viktige, men de besvares med fasiten i hånd. For lederne som står midt i hendelsen, er utfordringen å forstå en situasjon som stadig endrer seg, samtidig som de må utøve lederskap til tross for risikoen for seg selv, eget personell og andre berørte.

Gjennom en simulert naturkatastrofe undersøkte vi hvordan norske ledere i brann- og redningstjenesten, politiet og Forsvaret vurderer faktorene som gjør beslutninger vanskelige i kriser.

Hva gjør beslutninger vanskelige?

Forskere har lenge vært opptatt av hvordan mennesker tar beslutninger. Vi vet mye om feilvurderinger, kognitive snarveier og faktorer som påvirker beslutningskvalitet (Heukelom, 2014; Klein, 2017). Langt mindre er kjent om

KONTAKT jomattingsdal@mil.no

hvordan operative ledere selv opplever de forholdene som gjør beslutninger krevende (Shortland et al., 2019). For å undersøke forholdene tok vi utgangspunkt i et rammeverk som beskriver syv ulike kilder til beslutningsutfordringer (Yates et al., 2003): konsekvenser, alternativer, prosess, mulige fremtidige utviklinger, klarhet, verdier og råd fra andre.

Da rammeverket ble utviklet, undersøkte forskerne hvordan studenter opplevde relativt ordinære valg i hverdagen, som valg av utdanning, valg i relasjoner og personlige preferanser. Vi ønsket å finne ut om de syv kildene til beslutningsutfordringer også kjennetegner operativ krisehåndtering, der tidspresset er høyere, informasjonen mer usikker og arbeidsoppgavene langt mer risikofylte enn i dagliglivet.

Det vanskeligste er konsekvensene

På tvers av beredskapsetatene vurderte lederne mulige konsekvenser av en beslutning som den viktigste kilden til beslutningsvanskeligheter.

Man kan lett tenke at beslutninger blir utfordrende fordi man mangler informasjon, ressurser eller klare handlingsalternativer. Våre funn tyder på noe annet. Mens Yates et al. (2003) fant at selve prosessen med å komme frem til en beslutning er særlig utfordrende, ble dette ikke rangert tilsvarende høyt i vår studie. Det som fremstod som mest krevende, var snarere usikkerheten knyttet til operative konsekvenser.

Storbrannen i Drammen illustrerer godt hvilken betydning konsekvenser har. Innsatsledelsen måtte kontinuerlig prioritere mellom konkurrerende behov. Skulle ressursene brukes på bygninger som allerede var truet av flammene, eller på områder som ennå ikke var rammet? Når skulle nye områder evakueres?

I ettertid vet vi hva som skjedde. Underveis gjorde ingen det. Nettopp her ligger en av de viktigste innsiktene fra vår studie. Ledere kjenner som regel til hva som er hensiktsmessig. Det som gjør beslutningene krevende, er at hvert valg innebærer ulike uklare risikoer med potensielt uopprettelige følger som må veies opp mot hverandre.

Å forstå hva som kan skje videre

Den nest mest utfordrende siden ved operative beslutninger var å forutse den videre utviklingen i situasjonen. Dette illustrerer en sentral utfordring ved operativt lederskap: Ledere må ikke bare vurdere konsekvensene av egne valg, men også hvordan faremomenter, sivile aktører og andre forhold kan påvirke situasjonen videre. Beslutningene må derfor baseres på tidligere erfaringer, forståelse av situasjonen her og nå samt vurderinger av sannsynlige fremtidige taktiske utviklinger.

Under storbrannen i Drammen visste ingen hvor langt flammene ville spre seg. Vinden skiftet retning, terrengbranner oppsto flere steder, mørket begrenset bruken av helikoptre, og værforholdene endret seg fortløpende. Samtidig måtte beslutninger tas uten at hele situasjonsbildet var tilgjengelig.

METODE

- 203 ledere fra brann- og redningstjenesten, politiet og Forsvaret deltok.
- Alle hadde erfaring fra operative avdelinger med sentrale roller i norsk beredskap.
- Deltakerne gjennomførte en simulert kriseøvelse basert på en fiktiv naturkatastrofe.
- De vurderte syv ulike kilder til beslutningsutfordringer.
- Vi undersøkte betydningen av sektortilhørighet og arbeidserfaring.

HOVEDFUNN

- Konsekvensene av beslutningene opplevdes som den viktigste kilden til beslutningsutfordringer.
- Manglende klarhet og usikkerhet om fremtidige utviklinger var sentrale utfordringer.
- Ledere på tvers av beredskapsetatene var mer like enn forskjellige i hvordan de vurderer beslutningstaking.
- Ledere midt i karrieren rapporterte de største utfordringene knyttet til beslutningsprosesser.

Når lederne i vår studie rangerte usikkerhet knyttet til utviklinger i oppdraget som en av de største beslutningsutfordringene, handlet det nettopp om slike forhold. Kriseledelse innebærer ikke bare å reagere på hendelser som allerede har inntruffet. Det innebærer også å forestille seg hvilke hendelser som kan komme, og å forberede organisasjonen på flere mulige handlingsforløp samtidig.

Flere likheter enn forskjeller

Vi forventet å finne forskjeller mellom ledere i politi, forsvar og brannvesen. Organisasjonene har ulike oppdrag, ulike tradisjoner og ulike profesjonskulturer. Studien viste riktignok enkelte forskjeller. Politiledere la for eksempel større vekt på verdirelaterte utfordringer enn sine militære kollegaer. Likevel var det mest slående hvor like lederne var.

På tvers av sektorene rangerte de konsekvenser, situasjonsklarhet og mulige fremtidige utviklinger som de viktigste utfordringene. Lederne delte i stor grad samme forståelse av hva som gjør beslutninger vanskelige.

En felles forståelse kan bidra til effektivt samvirke mellom norske beredskapsetater, selv om de har ulike ansvarsområder og organisatoriske forankringer. Auglend

(2015) argumenterer for at avklarte ansvars- og myndighetsforhold er avgjørende for effektiv krisehåndtering. Våre funn antyder at en annen mulig forklaring kan være at aktørene deler en felles forståelse av de kognitive utfordringene som oppstår under alvorlige hendelser, herunder usikkerhet, tidspress og behovet for raske beslutninger.

Erfaring gjør beslutningsprosessen lettere

De mest erfarne lederne opplevde beslutningsprosessen som mindre krevende. Resultatet samsvarer med forskning som viser at ekspertise utvikles gjennom langvarig erfaring og sosialisering i praksisfellesskap, som bidrar til utvikling av mentale modeller og taus kunnskap som støtter raskere og mer presise vurderinger (Collins & Evans, 2018).

Samtidig avdekket studien et mer uventet funn. Det var ikke de minst erfarne lederne som opplevde beslutningsprosessene som mest krevende. De største utfordringene ble rapportert av lederne midt i karrieren. En mulig forklaring er at karrieren utvikler seg fra mer avgrensede operative roller til stillinger med større ansvar, hvor kravene øker raskere enn erfaringen.

Beslutninger er ofte krevende uansett

Vår studie peker mot en innsikt som er relevant langt utover beredskapsetatene. Når vi snakker om kriseledelse, handler diskusjonen ofte om prosedyrer, teknologi, organisering og ressurser. Alt dette er viktig. Våre funn tyder imidlertid på at mange av de mest krevende beslutningsutfordringene oppstår selv når lederne kjenner ressursene sine og har flere alternativer tilgjengelig.

Studiens resultater tyder på at det som ofte gjør beslutninger vanskelige i situasjoner som storbrannen i Drammen, ikke primært er mangel på ressurser, men usikkerhet knyttet til konsekvensene av beslutningene og vanskeligheten med å forutse hvordan situasjonen vil utvikle seg.

REFERANSER

Auglend, R. L. (2015). Fordelingen av ansvar og myndighet mellom politi og forsvar ved indre beredskap. *Tidsskrift for strafferett, 15*(3), 316–347. https://doi.org/10.18261/ISSN0809-9537-2015-03-03

Collins, H. & Evans, R. (2018). Studies of Expertise and Experience: A Sociological Perspective on Expertise. I P. Ward, J. M. Schraagen, J. Gore, & E. M. Roth (Red.), *The Oxford handbook of expertise* (s. 85–102). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198795872.013.4

Heukelom, F. (2014). Kahneman and Tversky. Heuristics, Biases, and Prospects for Psychology and Economics. I F. Heukelom (Red.), *Behavioral economics: A history.* (s. 96–132). United States: Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/cbo9781139600224.006

Klein, G. A. (2017). *Sources of power: How people make decisions.* MIT press.

Shortland, N. D., Alison, L. J. & Moran, J. M. (2019). *Conflict: How soldiers make impossible decisions.* Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780190623449.001.0001

Yates, J. F., Veinott, E. S. & Patalano, A. L. (2003). Hard decisions, bad decisions: On decision quality and decision aiding. I S. Schneider & J. Shanteau (Red.), *Emerging perspectives on judgment and decision research* (s. 13–63). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/cbo9780511609978.003

TEKST Line Rønning
Seksjon for luftmilitær ledelse,
Luftkrigsskolen

Aktive veteraner har færre PTSD-symptomer

OMTALT ARTIKKEL

Rønning, L., Anyan, F., Hjemdal, O., Skoog, J., Stene, J. M. A., Bøe, H. J. & Nordstrand, A. E. (2026). The impact of frequency and intensity of physical exercise on long-term PTSD symptoms following war zone stressor exposure among military veterans. *Military Psychology*, 1-11. https://doi.org/10.1080/08995605.2026.2699498

KONTAKT lironning@mil.no

Krigsveteraner som er ofte eller intenst fysisk aktive, kan være bedre beskyttet mot senere PTSD-symptomer.

Potensielt traumatiske hendelser, som militært personell tidvis møter i krigssoner, kan sette dype spor. Noen veteraner utvikler posttraumatiske stressymptomer eller andre psykiske utfordringer, men de fleste klarer seg likevel uten langvarige psykiske helseproblemer (Bøe et al., 2021). Hva gjør at mange kommer seg gjennom slike erfaringer, mens andre strever i årene etterpå?

Jakten på psykisk motstandskraft

Tradisjonelt har forskningen på krigsrelaterte belastninger vært opptatt av risikofaktorene for senere psykiske helseproblemer. De senere årene har oppmerksomheten blitt rettet mer mot hva som bidrar til psykisk motstandskraft og god psykisk helse til tross for belastende opplevelser.

Kunnskap om beskyttelsesfaktorer er særlig relevant fordi psykiske helseplager blant norske Afghanistan-veteraner økte fra 2012 til 2020 (Bøe et al., 2021), et mønster som også er rapportert i internasjonale veteranstudier (f.eks. Karstoft et al., 2017). Samtidig velger mange veteraner å ikke søke hjelp når de opplever psykiske utfordringer (Whitworth & Ciccolo, 2016), og behandling

DESIGN

- Data ble samlet inn gjennom Afghanistanundersøkelsen i 2012 (Forsvaret, 2012) og 2020 (Bøe et al. 2021). Analysene omfattet 3233 veteraner som deltok begge årene.
- Veteranene rapporterte krigsrelaterte belastninger og PTSD-symptomer både i 2012 og 2020. I tillegg rapporterte veteranene hvor ofte og intenst de trente.
- Veteranene ble delt inn i grupper som var lite (≤ 2 ganger per uke) eller mye (≥ 3 ganger per uke) fysisk aktive, samt i grupper som var fysisk aktive med lav/moderat eller høy intensitet. Analysene ble gjennomført separat for disse gruppene.
- Ved hjelp av cross-lagged panelmodeller undersøkte vi om krigsrelaterte belastninger i 2012 var assosiert med PTSD-symptomer i 2020, kontrollert for sammenhengen mellom belastninger og PTSD-symptomer i 2012.

HOVEDFUNN

- Krigsrelaterte belastninger i 2012 var assosiert med PTSD-symptomer i 2020 blant veteraner som var lite fysisk aktive eller med lav til moderat intensitet.
- Blant veteraner som ofte var fysisk aktive eller intenst fysisk aktive, ble det ikke funnet noen sammenheng mellom krigsrelaterte belastninger i 2012 og PTSD-symptomer i 2020.

gir ikke alltid tilstrekkelig effekt for dem som mottar den (Kitchiner et al., 2019). Dermed blir det ekstra viktig å identifisere faktorer som kan styrke psykisk motstandskraft og redusere risikoen for at psykiske plager oppstår eller vedvarer.

Kan fysisk aktivitet styrke motstandskraften?

Fysisk aktivitet har fått økende oppmerksomhet som en mulig beskyttelsesfaktor Å være fysisk aktiv er forbundet med en rekke positive helseutfall, og personer som er fysisk aktive, rapporterer generelt lavere nivåer av depresjon, angst, stress og PTSD (Wang et al., 2023). Både hvor ofte folk er fysisk aktive og hvor intensiv aktiviteten er, kan være avgjørende: Hyppig og intensiv fysisk aktivitet henger sammen med færre PTSD-symptomer blant militært personell (LeardMann et al., 2011; Whitworth & Ciccolo, 2016).

Imidlertid er det fortsatt uklart om fysisk aktivitet også kan beskytte mot posttraumatiske stressymptomer på lang sikt, flere år etter de krigsrelaterte belastningene (Wang et al., 2023; Whitworth & Ciccolo, 2016). Fordi PTSD-symptomer kan vedvare eller utvikle seg flere år etter traumatiske opplevelser, er kjennskap til langsiktig beskyttelse spesielt viktig for forebygging. Vi undersøkte om sammenhengen mellom krigsrelaterte belastninger og PTSD-symptomer åtte år senere var svakere blant Afghanistan-veteraner som ofte var fysisk aktive, og blant dem som var fysisk aktive med høy intensitet.

Beskyttet av hyppig og intensiv fysisk aktivitet

Krigsrelaterte belastninger var assosiert med flere PTSD-symptomer åtte år senere blant veteraner som var lite fysisk aktive, eller som var fysisk aktive med lav til moderat intensitet. Blant veteraner som ofte var fysisk aktive eller som drev med høyintensiv fysisk aktivitet, var sammenhengen imidlertid ikke til stede. Regelmessig og intens fysisk aktivitet ser ut til å kunne beskytte mot senere PTSD-symptomer etter krigsrelaterte belastninger.

Forebygging og oppfølging

Psykiske helseplager hos veteraner oppstår ikke nødvendigvis umiddelbart etter en internasjonal operasjon, men kan utvikle seg eller forsterkes flere år senere (Bøe et al., 2021; Karstoft et al., 2017). Nettopp derfor er det viktig å forstå hvilke faktorer som kan bidra til god psykisk helse i årene etter krevende tjeneste.

Våre funn antyder at fysisk aktivitet kan bidra til å forebygge psykiske helseplager etter belastende operative hendelser, samtidig som den kan integreres i behandlings- og oppfølgingsforløp. Selv om det finnes effektiv behandling for PTSD, har ikke alle tilstrekkelig nytte av behandlingen, og mange fullfører den ikke (Kitchiner et al., 2019). I slike tilfeller kan fysisk aktivitet være et nyttig supplement, der pasienter kan få veiledning om leve- og aktivitetsvaner og konkrete aktivitetsmål. Andre studier har vist at fysisk aktivitet kan redusere angst, depresjon og PTSD-symptomer, samt bidra til økt livskvalitet og velvære hos personer som har vært utsatt for traumatiske opplevelser (Wang et al., 2023). Fysisk aktivitet er dessuten lett tilgjengelig, relativt rimelig og lite stigmatiserende, og kan derfor inngå i oppfølgingen av militært personell både før, under og etter krevende operativ tjeneste.

Selv om studien vår omfatter militære veteraner, kan funnene være relevante også utenfor den militære konteksten. De fleste mennesker vil i løpet av livet oppleve alvorlige belastninger eller potensielt traumatiske hendelser (Benjet et al., 2016), og behovet for å forstå hva som fremmer motstandskraft, er derfor universelt. Behovet gjenspeiles også i Forsvarets satsing på operativ resilienstrening (Nordstrand et al., 2026; Forsvarets sanitet, 2025), der fysisk aktivitet, søvn, restitusjon og kosthold er sentrale. Samlet sett kan fysisk aktivitet være en viktig ressurs for å håndtere belastninger og opprettholde god psykisk helse over tid.

REFERANSER

Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., Shahly, V., Stein, D. J., Petukhova, M., Hill, E., Alonso, J., Atwoli, L., Bunting, B., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Huang, Y., Lepine, J. P., ... Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327–343. https://doi.org/10.1017/S0033291715001981

Bøe, H. J., Nordstrand, A. E., Engen, H. G., Gjerstad, C. L., Bakker, L. P., Thoresen, S., Birkeland, M. S. & Blix, I. (2021). *Afghanistanundersøkelsen 2020: Veteraners erfaringer, helse og livskvalitet etter tjeneste i Afghanistan 2001–2020*. Forsvaret.

Forsvaret. (2012). *Afghanistan-undersøkelsen 2012: En undersøkelse av psykisk helse hos norsk militært personell som har tjenestegjort i Afghanistan 2001–2011*. https://www.forsvaret.no/aktuelt-og-presse/publikasjoner/afghanistan-undersokelsen-2020/Afghanistan-unders%C3%B8kelsen%202012.pdf

Forsvarets sanitet. (2025, 9. oktober). *Nye manualer for Operativ Resilienstrening*. https://www.forsvaret.no/om-forsvaret/organisasjon/forsvarets-sanitet/nye-manualer-for-operativ-resilienstrening

Karstoft, K.-I., Nielsen, A. B. S. & Andersen, S. B. (2017). *Isaf7 – 6,5 år efter hjemkomst*. Danish Veteran Centre. https://www.veterancentret.dk/globalassets/vetc/dokumenter/videnskabelige-rapporter-og-artikler/-isaf7_65_ar_efter_hjemkomst-.pdf

Kitchiner, N. J., Lewis, C., Roberts, N. P. & Bisson, J. I. (2019). Active duty and ex-serving military personnel with post-traumatic stress disorder treated with psychological therapies: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 10*(1), Article 1684226. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1684226

LeardMann, C. A., Kelton, M. L., Smith, B., Littman, A. J., Boyko, E. J., Wells, T. S. & Smith, T. C. (2011). Prospectively assessed posttraumatic stress disorder and associated physical activity. *Public Health Reports, 126*(3), 371–383. https://doi.org/10.1177/003335491112600311

Nordstrand, A. E., Engen, H. G., Rønning, L., Gjerstad, C. L. & Adler, A. B. (2026). Psychological resilience on the frontlines: Operational Resilience Training for Ukrainian combat medics. *Military Psychology*, 1–11. https://doi.org/10.1080/08995605.2026.2698195

Wang, Z., Jiang, B., Wang, X., Li, Z., Wang, D., Xue, H. & Wang, D. (2023). Relationship between physical activity and individual mental health after traumatic events: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology, 14*(2), Article 2205667. https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2205667

Whitworth, J. W. & Ciccolo, J. T. (2016). Exercise and post-traumatic stress disorder in military veterans: A systematic review. *Military Medicine, 181*(9), 953–960. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00488

Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

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

Del dine etiske refleksjoner i Etikkpanelet.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Psykologtidsskriftet

TEKST Eirik Mathiesen
Allmennpsykiatrisk klinikk – Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Universitetssykehuset Nord-Norge

Fellesskap som varer

OMTALT ARTIKKEL

Mathiesen, E., Straumsnes, L., Sørlie, T., Bystad, M. & Wynn, R. (2026). The value of peer-support after the 22 July 2011 terrorattack: a follow-up focus-group study of gatherings for survivors from Utøya in Tromsø, Norway. *BMC Psychology*, *14*(1), 1150. https://doi.org/10.1186/s40359-026-04921-8

Over ti år etter Utøya beskriver overlevende at det viktigste i oppfølgingen var et trygt fellesskap.

Mange overlevende opplever langvarige psykiske belastninger etter terror og andre katastrofer. Samtidig vet vi mindre om hva slags oppfølging de selv opplever som mest hjelpsom over tid.

Etter terrorangrepene 22. juli 2011 ble det etablert et gruppebasert oppfølgingstilbud for overlevende fra Utøya som var bosatt i Tromsø. Tilbudet oppsto etter ønske fra ungdommene selv og besto av samlinger annenhver uke over tre år. Gruppene ble ledet av to erfarne psykiatriske sykepleiere og kombinerte psykoedukasjon med åpne samtaler om deltakernes egne erfaringer og utfordringer.

Vi ønsket å undersøke hvordan deltakerne selv vurderte betydningen av dette tilbudet tolv år etter terrorangrepet.

Fellesskapet var det viktigste

Det tydeligste funnet fra vår analyse var betydningen av fellesskapet. Deltakerne beskrev en opplevelse av at det bare var mennesker som hadde vært på Utøya, som helt og fullt kunne forstå erfaringene deres. De opplevde å møte

KONTAKT eirikmathiesen@gmail.com

mennesker som umiddelbart forsto hva de snakket om, og som satt med mange av de samme erfaringene. Fellesskapsfølelsen reduserte opplevelsen av isolasjon og ble en kilde til tilhørighet.

Et annet viktig funn var at bedringsprosessen tok tid. Selv om de mest akutte reaksjonene gradvis avtok, beskrev deltakerne at behovet for gruppen vedvarte. Flere fortalte at de først i ettertid forsto gruppens betydning, og at den fortsatt representerte et fellesskap de kunne komme tilbake til når livet ga dem nye utfordringer. Vi mener studien illustrerer hvordan tilfriskning etter kollektive traumer sjelden følger en lineær utvikling, men innebærer perioder med både fremgang og tilbakefall.

Deltakerne vektla også hvordan gruppene var organisert. Faste rammer, profesjonelle gruppeledere og en kombinasjon av struktur og fleksibilitet gjorde det lettere å møte opp og skapte en opplevelse av trygghet. Psykoedukasjon, normalisering av reaksjoner, humor og praktisk erfaringsutveksling ble beskrevet som viktige elementer. Flere opplevde at gruppen ga dem noe de ikke fant i individuell terapi alene, som særlig gjaldt i den første tiden etter terrorangrepet.

Kliniske implikasjoner

Studien støtter betydningen av å se recovery etter kollektive traumer som en sosial prosess, ikke bare en individuell. Funnene tyder på at profesjonelt tilrettelagte likepersonsgrupper kan gi noe som individuell behandling ikke helt kan erstatte: en opplevelse av gjensidig forståelse, normalisering og tilhørighet mellom mennesker som deler felles erfaringer.

Vi vil spesielt trekke frem tre forhold fra analysen vi anser som avgjørende: at tilbudet kom raskt i gang, at deltakerne selv fikk være med på å forme gruppen, og at oppfølgingen hadde tilstrekkelig varighet. Studien illustrerer samtidig at fagpersoners rolle ikke bare er å lede terapeutiske prosesser, men å legge til rette for et trygt fellesskap der deltakerne kan støtte hverandre over tid.

DESIGN

- Kvalitativ fokusgruppestudie.
- 13 tidligere deltakere i et gruppebasert oppfølgingstilbud etter terrorangrepet på Utøya.
- Fokusgruppeintervjuer gjennomført tolv år etter terrorangrepet.
- Tematisk analyse inspirert av *grounded theory*.

HOVEDFUNN

- Fellesskapet mellom mennesker med felles traumeerfaring var den viktigste opplevde gevinsten.
- Tidlig etablering og langvarig oppfølging hadde stor betydning.
- Profesjonell fasilitering ga struktur, trygghet og normalisering.
- Humor, praktisk støtte og erfaringsdeling styrket gruppetilhørigheten.
- Gruppetilbudet ble av flere beskrevet som et viktig supplement til individuell og familieorientert behandling.

Ulik opplevelse av endring i KAT og EFT

Hanna Aardal forsket på effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) og emosjonsfokusert terapi (EFT) ved depresjon, og endringene pasientene opplevde som følge av terapien. Aardal gjennomførte en randomisert kontrollert studie og semistrukturerte intervjuer (*mixed methods*).

I den første avhandlingsartikkelen undersøkte Aardal effekten av 9–18 timer med KAT eller EFT (n = 111). Tolv måneder etter gjennomført behandling viste deltakerne i begge gruppene forbedring i angst- og depresjonssymptomer, selvbilde og relasjonskvalitet, og i forholdet til egne tanker og følelser.

I den andre avhandlingsartikkelen gjennomførte Aardal semistrukturerte intervjuer for å undersøke pasientenes opplevelse av endring i terapiforløpet. Pasientene opplevde blant annet bedre forståelse av egne problemer og interpersonlig fungering etter både KAT og EFT. Samtidig var det noen forskjeller: Pasientene i KAT-forløp ga mer uttrykk for at de fikk nye strategier for å håndtere utfordringene sine, mens pasientene i EFT-forløp ga mer uttrykk for å komme mer i kontakt med og lytte mer til følelser.

I den tredje avhandlingsartikkelen undersøkte Aardal betydningen av negative barndomsopplevelser (*adverse childhood experiences*) kvantitativt. Pasienter med slike opplevelser hadde høyere symptomnivå før behandlingen begynte, men terapiforløpene var like effektive som for pasienter uten slike opplevelser.

På bakgrunn av forskningen i avhandlingen argumenterer Aardal for at symptombedring etter terapi kan oppnås både gjennom fellesfaktorer og terapispesifikke endringsmekanismer.



FOTO CECILIE BANNOW

Hanna Aardal
Short-term psychotherapy for depression in routine care: Exploring outcomes and change processes in emotion-focused and cognitive behavioral therapy

Disputas 02.10.2026

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Mestring av foreldrerollen

Marit Burkeland-Lie undersøkte faktorer av betydning for foreldres opplevelse av foreldrerollen og relasjonen de har til egne små barn.

I den første avhandlingsartikkelen fant Burkeland-Lie støtte for at en norsk versjon av et måleinstrument for foreldres mestringsforventninger målte forventningene på reliabelt vis blant foreldre med barn i alderen 0–3 år. Foreldres mestringsforventninger beskriver oppfatninger om egen evne til å utføre ulike deler av foreldrerollen.

I den andre avhandlingsartikkelen undersøkte Burkeland-Lie sammenhengen mellom spedbarnsforeldres økonomiske belastning, psykiske helse, foreldrestress og mestringsforventninger. Foreldre med større økonomisk belastning rapporterte også flere psykiske helseplager, mer foreldrestress og svakere mestringsforventninger, uavhengig av om de hadde ett eller flere barn.

I den tredje avhandlingsartikkelen undersøkte Burkeland-Lie foreldrepraksis hos mødre som hadde opplevd vold eller overgrep, og relasjonen mødrene hadde til egne barn (5–11 år). Mødrene rapporterte høy grad av positiv samhandling, varme og nærhet i relasjonen til egne barn, og lite konflikt og inkonsekvent oppdragelsesstil. Samtidig rapporterte de mer konflikt i relasjonen til barna enn mødre som ikke hadde opplevd vold eller overgrep.

Med utgangspunkt i avhandlingsresultatene argumenterer Burkeland-Lie for at det kan være viktig å ta hensyn til økonomisk belastning og foreldres sårbarhet når man utvikler tiltak for familier.



FOTO UiB

Marit Burkeland-Lie
Exploring the complexities of parenthood: Examining parental well-being, parenting practices, and experiences across family circumstances and child developmental stages

Disputas 23.10.2026

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

TEKST Eva Brekke
Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Universitetet i Innlandet
Forskningssenter for rus og psykiske lidelser (ROPforsk), Sykehuset Innlandet HF
Torhild Kielland
Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Universitetet i Innlandet
Ida Falchenberg
Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Universitetet i Innlandet
Lars Lien
Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Universitetet i Innlandet
Forskningssenter for rus og psykiske lidelser (ROPforsk), Sykehuset Innlandet HF

Evaluering av Videreutdanning i psykedelisk terapi

Studentene var opptatt av å etablere psykedelisk terapi som en anerkjent og forsvarlig behandlingsform.

KONTAKT
Eva.Brekke@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Kielland er seksjonsleder og Brekke er ansatt ved seksjonen hvor videreutdanningen gjennomføres. Falchenberg er emneansvarlig og Lien er faglig ansvarlig for videreutdanningen. Deler av rapporten har inngått i Kielland og Brekkes semesteroppgave i emnet Universitets- og høyskolepedagogikk ved Universitetet i Innlandet våren 2026. Falchenberg opplyser å ha mottatt økonomisk støtte fra California Institute of Integral Studies og Axon Research Foundation i løpet av de siste tre år.

Videreutdanningen i psykedelisk terapi ved Universitetet i Innlandet (INN) ble lansert i 2025 for å møte et kompetansebehov i fagfeltet. Her presenterer vi deler av evalueringen, hvor vi undersøkte studenterfaringer fra det første kullet.

Psykedelisk terapi har fått økt vitenskapelig og klinisk oppmerksomhet de siste tjue årene. Psykedeliske stoffer som ketamin, MDMA og psilocybin har terapeutisk effekt i kombinasjon med psykoterapi i et strukturert behandlingsforløp, blant annet ved behandling av depresjon, posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og rusmiddellidelser (Aday et al., 2020; Andersen et al., 2021). Selv om mange av studiene på psykedelisk behandling fortsatt er i tidlige faser, peker resultatene mot et bredt terapeutisk potensial.

Ketaminassistert behandling (KAP) er delvis integrert i de offentlige helsetjenestene i Norge. En sentral milepæl var beslutningen i august 2025 om å innføre ketaminbehandling i norsk offentlig spesialisthelsetjeneste for pasienter med behandlingsresistent depresjon, som første land i verden (Beslutningsforum for nye metoder, 2025). Ketamin, som opprinnelig er et anestesimiddel, kan ha

— ketamin, MDMA og psilocybin har terapeutisk effekt i kombinasjon med psykoterapi

effekt ved blant annet behandlingsresistent depresjon, bipolar depresjon og PTSD (Wilkinson et al., 2021). MDMA-assistert terapi og psilocybin-assistert terapi har også et økende kunnskapsgrunnlag i behandling av ulike psykiske lidelser (Bogenschutz et al., 2022; Goksøyr et al., 2020; Goodwin et al., 2022). Norge har en sentral rolle i kunnskapsutviklingen om MDMA-assistert terapi ved PTSD og depresjon (Kvam et al., 2026).

Effekten av psykedelisk behandling er nært knyttet til samspillet mellom farmakologi, subjektiv opplevelse og terapeutisk ramme, inkludert forberedelse, støtte under sesjonen og integrasjon i etterkant (Yaden & Griffiths, 2021). Terapeutens kunnskap om endrede bevissthetstilstander og kompetanse i å tilrettelegge for og ivareta pasientenes opplevelse er sentralt, noe som skiller psykedelisk terapi fra annen farmakologisk behandling.

Pasienterfaringer kan gi en dypere forståelse av virkningsmekanismer og eksistensielle forhold ved behandlingen. Forfatter og teolog Eskil Skjeldal (2026) har nylig beskrevet sine egne erfaringer med KAP for depresjon i en essay-serie i avisen Dag og Tid. Han skriver blant annet: «Kroppen er vekt opp frå ein lang dvale. Eg tiner, vaknar opp til mitt eige liv.»

En kvalitativ studie av norske psykologers og legers erfaringer med etiske utfordringer i KAP (Schüttler et al., 2026) konkluderer med at ketaminbehandling bør kombineres med strukturert psykoterapi for å ivareta den terapeutiske dybden i takt med at tilgjengeligheten øker. For å sikre dette foreslår forfatterne blant annet utdanninger som fremmer erfaringsbasert kunnskap om psykedelisk terapi.

Flere land (for eksempel Canada og Australia) har utviklet regulerte modeller for psilocybin-assistert og/eller MDMA-assistert behandling utenfor tradisjonell legemiddelgodkjenning (Health Canada, 2025; Therapeutic Goods Administration, 2023). På bakgrunn av den vitenskapelige utviklingen og regulatoriske initiativer vil nok mange vestlige land innføre lignende modeller for begrenset klinisk bruk de neste årene, særlig innen psykisk helsevern.

Samlet sett peker utviklingen mot en gradvis institusjonalisering av psykedelisk terapi og en «forsiktig optimisme» blant fagpersoner og pasienter (Skjeldal, 2026). Det vil være behov for flere psykologer og annet helsepersonell med kompetanse i psykedelisk terapi for å kunne tilby dette innenfor faglig forsvarlige rammer.

Bakgrunn

Videreutdanningen i psykedelisk terapi ved INN er utviklet for å dekke dette kompetansebehovet og tilbyr en bred vitenskapelig innføring i psykedelisk terapi (Universitetet i Innlandet, 2025). Studiet er et tverrfaglig deltidsstudium på masternivå som kombinerer nettbasert undervisning med fysiske samlinger. Programmet var i studieåret 2025–2026 organisert som digital undervisning hver torsdag kveld og med to fysiske samlingsdager. Utdanningen gir en systematisk innføring i det historiske, farmakologiske, kliniske og etiske grunnlaget for psykedelisk terapi, med særlig vekt på terapeutens rolle i behandlingsforløpet. Et sentralt element er ferdighetstrening i forberedelse, gjennomføring og integrasjon av psykedeliske erfaringer i terapiforløp. Utdanningen gir erfaringsbasert opplæring i å støtte terapeutiske prosesser i endrede bevissthetstilstander gjennom holotropisk pust og simulering samt praktisk trening i ketaminbehandling på egne klinikkdager.

Målgruppen for videreutdanningen er studenter som ønsker en bred innføring i det vitenskapelige grunnlaget for psykedelisk terapi. Ved opptak høsten 2025 var videreutdanningen forbeholdt autorisert helsepersonell. Utdanningstilbudet er det første i sitt slag i Norge og favner ulike historiske, juridiske og samfunnsmessige perspektiver. I den opprinnelige studieplanen skulle studentene få prøve ketaminbehandling som en del av den praktiske og erfaringsbaserte opplæringen i klinikk (Isachsen, 2025a). Dette ble trukket tilbake etter at Helsedirektoratet vurderte det som uforsvarlig praksis fordi det innebar å tilby legemidler til friske personer (Isachsen, 2025b). Tilbudet om å prøve ketamin ble erstattet med utprøving av holotropisk pust. Økt forståelse av subjektive opplevelser og virkningsmekanismer under psykedelisk terapi antas å bidra til kompetanse i å sikre god forberedelse og pasientsamtykke, samt innsikt i hva som kan støtte den terapeutiske prosessen, sett fra pasientens perspektiv.

Siden videreutdanningen er den første i sitt slag i Norge og retter seg mot et relativt nytt fagfelt, ønsket vi å evaluere utdanningen på en måte som kunne være overførbar til andre kontekster, med særlig vekt på det faglige innholdet, den pedagogiske strukturen og opplevd relevans for klinisk praksis.

En målsetting med evalueringen har vært å bidra til intern kvalitetsutvikling ved at resultatene brukes i den

videre planleggingen og utviklingen av emnet (Handal, 2023). Vi ønsker også å gjøre materialet fra evalueringen kjent for flere. Her rapporterer vi forventningene studentene oppga å ha til videreutdanningen ved oppstart, og hvordan de evaluerte videreutdanningen ved avslutningen. Vi håper at materialet kan være nyttig i arbeidet med å etablere opplæringsprogrammer og videreutdanninger i andre kontekster.

Gjennomføring av evalueringen

Vi gjennomførte to elektroniske spørreundersøkelser om studentenes forventninger til emnet og studentenes erfaringer med emnet via Nettskjema i Canvas. Alle de 51 studentene fikk et spørreskjema før første samling og på siste fysiske samling. De ble spurt om profesjon og arbeidsplass, motivasjon for å søke opptak, opplevd tilegnelse av kunnskap, ferdigheter og kompetanse, og tilfredshet med utdanningen. I tillegg fikk de åpne spørsmål om forventninger til og erfaringer fra videreutdanningen. Vi mottok 42 (82 %) besvarelser på spørreskjemaet ved opptak og 29 (57 %) besvarelser ved avslutning. Studentene samtykket til å delta i undersøkelsen og til senere deling av materialet. Evalueringen hadde tilråding fra Sikt (ref. 817708). Svarene på de lukkede spørsmålene ble samlet og presentert i tabeller med oversikt over antall og prosent. Tekstsvarene ble anonymisert og samlet i et eget dokument, som ble lest av alle forfatterne. Teksten ble kodet med meningsfulle begreper, og kodene ble sortert i temaer. Deretter ble teksten sortert tematisk og oppsummert i en sammenhengende tekst, inspirert av kvalitativ tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

Funn fra evalueringen

Som profesjon oppga 20 (48 %) av deltagerne at de var sykepleiere eller vernepleiere, 11 (26 %) psykologer, ni (21 %) leger og to (5 %) annet helsepersonell. Som aktuell arbeidsplass oppga 14 (33 %) av deltagerne privat praksis, ti (24 %) psykisk helsevern, seks (14,5 %) somatisk spesialisthelsetjeneste, fire (9,5 %) tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), fire (9,5 %) kommunal psykisk helse- eller rustjeneste og fire (9,5 %) annen arbeidsplass.

Ved oppstart ble studentene spurt om motivasjonen for å søke på videreutdanningen. De fleste oppga indre motivasjon i form av faglig (88 %), personlig (74 %), terapeutisk (62 %) og medisinsk (31 %) interesse, i tillegg til et ønske om å jobbe med psykedelisk terapi i fremtiden (91 %). Færre var motivert av oppfordring fra leder (7 %), at psykedelisk terapi tilbys på aktuell arbeidsplass (7 %), eller vedlikehold av spesialitet (2 %).

For å få et bilde av hvor relevant studentene opplevde innholdet i videreutdanningen, spurte vi hvor viktige læringsutbyttemålene var for dem (se Tabell 1).

Tabell 1

Opplevd læringsutbytte ved avslutning av studiet (n = *29*)

	Verken enig eller uenig	Enig	Svært enig
Jeg har ervervet meg følgende kunnskap i løpet av videreutdanningen:			
Kunnskap om historisk, kulturelt og vitenskapelig grunnlag for psykedelisk terapi		9 (31 %)	20 (69 %)
Kunnskap om farmakologi, virkningsmekanismer og risiko ved bruk av psykedeliske stoffer		10 (35 %)	19 (66 %)
Forståelse av etiske, juridiske og samfunnsmessige problemstillinger knyttet til feltet		7 (24 %)	22 (76 %)
Videreutdanningen har bidratt til at jeg har oppnådd følgende ferdigheter:			
Jeg kan anvende kunnskap om forberedelse, oppfølging og integrering av psykedeliske erfaringer i klinisk kontekst	1 (3 %)	9 (31 %)	19 (66 %)
Jeg kan vurdere pasientens behov og egnethet for psykedelisk terapi ut fra et helhetlig perspektiv	1 (3 %)	14 (48 %)	14 (48 %)
Jeg kan reflektere kritisk over terapeutrollen i psykedelisk arbeid og egne holdninger		5 (17 %)	24 (83 %)
Videreutdanningen har bidratt til at jeg har oppnådd følgende kompetanse:			
Jeg kan kommunisere med pasienter og kolleger om psykedelisk terapi på en etisk og faglig forsvarlig måte	2 (7 %)	10 (35 %)	17 (59 %)
Jeg har utviklet en forståelse for viktigheten av terapeutisktilstedeværelse, trygghet og empati i psykedelisk terapi	1 (3 %)	3 (10 %)	25 (86 %)
Jeg kan bidra til fagutvikling og tverrfaglig diskusjon om psykedeliske tilnærminger i helsevesenet		12 (41 %)	17 (59 %)
Jeg kan bidra i ketaminbehandling	2 (7 %)	7 (24 %)	20 (69 %)
Jeg kan anvende kompetansen som et supplement til annen terapeutisk praksis i tråd med gjeldende etiske og juridiske rammer	1 (3 %)	11 (39 %)	16 (57 %)
Jeg kan bidra med skadereduserende veiledning og integrasjonsstøtte til personer med psykedeliske erfaringer	1 (3 %)	9 (31 %)	19 (66 %)
Jeg kan bidra i forskning på psykedelisk terapi	1 (3 %)	11 (38 %)	17 (59 %)

Tabell 2

Alt i alt, hvor fornøyd er du med videreutdanningen i psykedelisk terapi? (n = *29)*

	Misfornøyd	Verken fornøyd eller misfornøyd	Fornøyd eller svært fornøyd
Kvaliteten på forelesningene			29 (100 %)
Relevans for praksis		3 (10 %)	26 (90 %)
Relevans for forskning		3 (10 %)	26 (90 %)
Forelesernes kunnskap om temaet		2 (7 %)	27 (93 %)
Informasjon underveis i videreutdanningen		2 (7 %)	27 (93 %)
Mulighet for egenaktivitet	3 (10 %)	4 (14 %)	22 (76 %)
Generelt læringsutbytte			29 (100 %)

Studentene svarte i hovedsak at alle læringsutbyttemålene var viktige eller svært viktige. Kompetansemålet om å kunne bidra i forskning om psykedelisk terapi skilte seg litt ut ved at fire studenter (10 %) opplevde dette som mindre viktig eller svært uviktig. Ved avslutning av studiet fikk studentene spørsmål om i hvilken grad de hadde *oppnådd* de ulike læringsutbyttemålene i løpet av utdanningen. Studentene sa seg i hovedsak enig eller svært enig i at de hadde oppnådd målene (Tabell 1).

For å undersøke generell tilfredshet med videreutdanningen ble studentene spurt hvor fornøyde de var med ulike aspekter ved videreutdanningen. Studentene svarte i hovedsak at de var fornøyde eller svært fornøyde med videreutdanningens struktur og innhold (Tabell 2). Mulighet for egenaktivitet skilte seg noe ut, da tre av de som svarte, var misfornøyde med dette, og bare åtte var svært fornøyde.

De skriftlige svarene ble sortert i tre temaer: (1) Kunnskap og kompetanse, (2) Rammer, organisering og nettverk og (3) Historisk og juridisk kontekst.

Kunnskap og kompetanse

Teoretisk dybdekunnskap om psykedelisk terapi var en klar forventning hos studentene ved oppstart av studiet, og tekstsvarene utdyper kompetansemålene i studieplanen for emnet. Evidensbasert kunnskap om virkningsmekanismer, kontraindikasjoner og protokoller for medisinsk behandling ved ulike diagnoser, samt effekten av å kombinere psykedeliske stoffer med psykoterapi ble nevnt av flere. Økt innsikt i lovverk, retningslinjer og etikk ble også nevnt. Historie, samfunnsmessig kontekst, urfolksperspektiver, fenomenologi, økologi, spiritualitet samt det mystiske og sjelelige ved psykedelika ble understreket av flere studenter. Kunnskap om selve terapiprosessen fra forberedelse til integrasjon, samt kunnskap om relasjon, roller og håndtering av eventuelle risikosituasjoner ble også trukket frem.

Studentene håpet å oppnå faglig trygghet og kompetanse og få verktøy for å utøve psykedelisk terapi på en forsvarlig måte. Flere forventet å kunne ta et mer informert standpunkt til selve terapiformen.

«Jeg ønsker å lære så mye som mulig om alt som er relevant for å kunne tilby god og forsvarlig psykedelisk terapi.»

Besøk på en klinikk som driver med ketaminbehandling og øvelser i holotropisk pust, ble trukket frem som særlig positivt av studentene ved slutten av utdanningen. Flere ønsket mer praksis, flere refleksjonsoppgaver, enda flere konkrete teknikker og mer trening i terapeutisk arbeid. Muligheten til å hospitere ved en ketaminenhet i etterkant av utdanningen ble foreslåttbsom en potensiell styrking av utdanningen.

Flere av studentene syntes det var synd at de ikke fikk egenerfaring med ketamin. Dette ville gitt rom for erfaringsbasert læring og gjort dem mer fortrolige med opplevelsen pasientene går gjennom, noe man antok ville forbedre den terapeutiske alliansen. Erfaring med holotropisk pust ble oppfattet som et godt alternativ av noen.

«Jeg tror den opprinnelige planen hvor studentene selv fikk oppleve en ketaminbehandling, ville vært svært nyttig, men da dette ikke lot seg gjøre, var holotropisk pust et meget godt alternativ (begge deler ville antakelig vært det aller beste).»

Rammer, organisering og nettverk

Det kom mange positive tilbakemeldinger om organiseringen og gjennomføringen av utdanningen. Høyt faglig nivå, dyktige foredragsholdere og god bredde i temaer ble trukket frem. Mange var imponert over den generelle organiseringen og gjennomføringen av utdanningen, og satte stor pris på strukturen, punktligheten, informasjonen og kontakten med studieleder.

Faglig fellesskap, nettverksbygging og erfaringsutveksling ble fremhevet som en sentral motivasjon for å søke seg til studiet. Flere håpet at videreutdanningen kunne gi profesjonelle muligheter innen klinisk arbeid, forskning og internasjonalt samarbeid på feltet.

De fysiske samlingene ble vurdert som særlig verdifulle, og mange ønsket flere slike samlinger, i tillegg til sosiale aktiviteter og gruppearbeid. Noen etterlyste også muligheten til å opprettholde kontakt etter endt utdanning, enten gjennom strukturerte nettverk eller ved en utvidelse av utdanningen.

Historisk og juridisk kontekst

Ved oppstart var mange spente på hvordan videreutdanningen ville ivareta nyansene og unngå slagside når det gjaldt polariserte temaer innenfor fagfeltet. Kunsten

å balansere en vestlig, evidensbasert tilnærming med urfolksperspektiver og økologisk-spirituelle tilnærminger ble trukket frem som potensielt krevende. Den juridiske og historiske konteksten hvor psykedelika omfattes av narkotikalovgivningen, ble også fremhevet som utfordrende.

En nyansert og helhetlig tilnærming til psykedelisk terapi forankret i vestlig forskning, etisk forsvarlig praksis og etterlevelse av lover og regler ble ansett som avgjørende for å sikre at behandlingsformen blir anerkjent og får et positivt omdømme.

«Optimalt sett så håper jeg vi utdannes som gode ambassadører for å få gjort psykedelisk terapi om til 'forsvarlig helsehjelp' i Norge. Det krever at vi har en viss kunnskap om […] vestlig forskning.»

Ved slutten av utdanningen uttrykte flere at nyanser og ulike perspektiver hadde blitt ivaretatt på en god måte gjennom variasjon i temaer og forelesninger og balanse mellom ulike historiske tilnærminger. Et sunt og kritisk blikk og en edruelig tilnærming til psykedelisk behandling ble pekt på som noe positivt som ga studentene en god følelse gjennom utdanningen.

«Alt fra ufo-slides til konservative 'antihippie'-holdninger. Det har opplevdes veldig fint med perspektiver fra et bredt spekter.»

En student etterlyste en tydeligere forbindelse til etablert kunnskap om endringsmekanismer i psykoterapi, for å forstå hvordan psykedelisk behandling kan være en katalysator for endringsprosesser:

«For å flytte feltet fra mystisisme til evidensbasert medisin må vi forstå hvordan den akutte psykedeliske opplevelsen kan fungere som en katalysator for kjente prosesser.»

Mens noen syntes at det var positivt at forelesere snakket om egne erfaringer med bruk av psykedelika, opplevde andre dette som upassende og fryktet at det kunne sette fagfeltet i et dårlig lys.

«Jeg har opplevd det upassende med forelesere som snakker om egen rusbruk som rekreasjonell bruk av psykedelika. Dette mener jeg bidrar til at fagfeltet blir devaluert og sett på som en gjeng fagfolk som har tvilsom moral og som lefler med ulovlige rusmidler.»

Oppsummering

Vi forstår studentenes evaluering slik at innholdet i videreutdanningen er relevant for klinikere innen fagfeltet i Norge, og at man har «truffet godt» i utformingen av videreutdanningen.

Ønsket om å etablere psykedelisk terapi som en anerkjent og forsvarlig behandlingsform var et gjennomgående tema i studentenes besvarelser, illustrert med sitatet «fra mystisisme til evidensbasert terapi». Ved avslutning trakk flere frem at det hadde vært god variasjon i temaer og forelesninger og balanse mellom ulike historiske perspektiver, samtidig som undervisningen var preget av «et sunt og kritisk blikk» og «en edruelig tilnærming» til psykedelisk behandling. Det at videreutdanningen åpnet for en nyansert tilnærming, kan tenkes å bidra til et konstruktivt ordskifte på feltet. Videreutdanningen fremstår dermed som en arena for refleksjon og nyansering, slik høyere utdanning bør være, på et felt der debatten ellers kan være polarisert og gi lite rom for nyanser (Handal, 2023).

I evalueringen kan vi se spor av det Handal (2023, s. 134) beskriver som «mellomrommet mellom undervisning og læring». I flere av kategoriene finner vi eksempler på nettverksbygging mellom samlingene, positive tilbakemeldinger på organisering og informasjon, interesse for utvikling av faget og egen faglig utvikling samt ønsker om mer praksis, flere refleksjonsoppgaver, enda flere konkrete teknikker og mer trening i terapeutisk arbeid.

Muligheten til å bygge faglige nettverk og utveksle erfaringer ble løftet frem som særlig verdifullt ved videreutdanningen. Mange skrev likevel at de skulle ønske det hadde vært enda flere muligheter for gruppearbeid og nettverksbygging og fremhevet hvor viktige de fysiske samlingene hadde vært. Noen etterlyste også muligheten til å opprettholde kontakt etter endt utdanning, enten gjennom strukturerte nettverk eller ved en utvidelse av utdanningen. En alumnigruppe ble derfor etablert for studentene på grunnlag av denne tilbakemeldingen. Studieplanen for neste kull har også blitt revidert, med flere fysiske samlinger og større muligheter til nettverksbygging. For studieåret 2026–2027 legges det opp til digital undervisning annenhver torsdag og fem fysiske samlingsdager, i stedet for ukentlig digital undervisning og to fysiske samlingsdager. Denne endringen vil bli evaluert nøye, ettersom mange studenter også setter pris på digitale løsninger.

Videreutdanningen i psykedelisk terapi har gjennomgående fått svært gode tilbakemeldinger fra studentene, med enkelte forslag til forbedringer. Evalueringen tyder på at videreutdanningen imøtekommer behovet for økt kompetanse i psykedelisk terapi blant norsk helsepersonell. Muligheten til å bygge nettverk og tilegne seg kunnskap og kompetanse, samt den nyanserte tilnærmingen til et fagfelt som ellers kan være preget av en polarisert debatt, ble særlig verdsatt av studentene.

REFERANSER

Aday, J. S., Mitzkovitz, C. M., Bloesch, E. K., Davoli, C. C. & Davis, A. K. (2020). Long-term effects of psychedelic drugs: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 113*, 179–189. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.03.017

Andersen, K. A. A., Carhart-Harris, R., Nutt, D. J. & Erritzoe, D. (2021). Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 143*(2), 101–118. https://doi.org/10.1111/acps.13249

Beslutningsforum for nye metoder. (2025, 25. august). *Kan ta i bruk ketamin som behandlingsmetode ved behandlingsresistent depresjon.* Nye metoder. https://www.nyemetoder.no/om-systemet/beslutningsforum-for-nye-metoder-og-nasjonale-beslutninger/

Bogenschutz, M. P., Ross, S. & Bhatt, Baron, T., Forcehimes, A. A., Laska, E., Mennenga, S. E., O'Donnell, K., Owens, L. T., Podrebarac, S., Rotrosen, J., Tonigan, J. S. & Worth, L.S. (2022). Percentage of heavy drinking days following psilocybin-assisted psychotherapy vs placebo in the treatment of adult patients with alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 79*(10), 953–962. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2096

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Goksøyr, I., Kvam, T., Lund-Høie, S. & Stewart, L. (2020). Sikkerhet og effekt av 3,4-methylendioksymetamfetamin (MDMA)-assistert psykoterapi ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD). *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 57*(12), 886–897. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2020as11ae-Sikkerhet-og-effekt-av-3-4-methylendioksymetamfetamin-MDMA-assistert-psykoterapi-ved-posttraumatisk-stresslidelse-PTSD-

Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Brusch, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D., … Malievskaia, E. (2022). Single-dose psilocybin for treatment-resistant depression. *New England Journal of Medicine, 387*, 1637–1648. https://doi.org/10.1056/nejmoa2206443

Handal, G. (2023). Studentevaluering av undervisning. I H. I. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Red.), *Når læring er det viktigste. Undervisning i høyere utdanning* (2. utg., s. 120–149). Cappelen Damm Akademisk.

Health Canada. (2025). Controlled Substances Regulations: SOR/2025-242. *Canada Gazette, Part II, 159*(26). https://gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2025/2025-12-17/html/sor-dors242-eng.html

Isachsen, H. B. (2025a, 3. september). Starter utdanning i psykedelisk terapi – studentene får selv prøve ketaminbehandling. *Dagens Medisin*. https://www.dagensmedisin.no/beslutningsforum-intravenos-ketaminbehandling-ketamin/starter-utdanning-i-psykedelisk-terapi-studentene-far-selv-prove-ketaminbehandling/703862

Isachsen, H. B. (2025b, 9. september). Universitetet ville la studenter prøve ketamin: – Uforsvarlig. *Dagens Medisin*. https://www.dagensmedisin.no/beslutningsforum-depresjon-helsedirektoratet/universitetet-ville-la-studenter-prove-ketamin-uforsvarlig/704675

Kvam, T.-M., Goksøyr, I. W., Rog, J., van de Vooren, I.-T. J., Stewart, L. H., Autran, I., Berthold-Losleben, M., Mørch-Johnsen, L., Holst, R., Røssberg, J. I., Clausen, I. & Andreassen, O. A. (2026). MDMA-assisted therapy for major depressive disorder: A seven-month follow-up proof of principle trial. *Journal of Psychiatric Research, 193*, 302–308. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.11.030

Schüttler, S. S., Parker, J. N. & Münster, D. (2026). Psychedelic ethics in practice: The case of ketamine-assisted psychotherapy in Norway. *Journal of Psychedelic Studies* (published online ahead of print 2026), Article 2054.2026.00486. https://doi.org/10.1556/2054.2026.00486

Skjeldal, E. (2026, 14. juni). Oppvakning til eige liv. *Dag og tid, Essay*. https://www.dagogtid.no/samfunn/oppvakning-til-eige-liv/684058

Therapeutic Goods Administration. (2023). *Therapeutic Goods Legislation Amendment (2023 Measures No. 2) Regulations 2023*. https://www.tga.gov.au/products/regulations-all-products/legislation-and-legislative-instruments/therapeutic-goods-legislation-amendment-2023-measures-no-2-regulations-2023

Universitetet i Innlandet. (2025, 22. august). *Studieplan for emnet VUSYT Videreutdanning i psykedelisk terapi*. https://studiekatalog.edutorium.no/inn/nb/program/VUSYT/2025

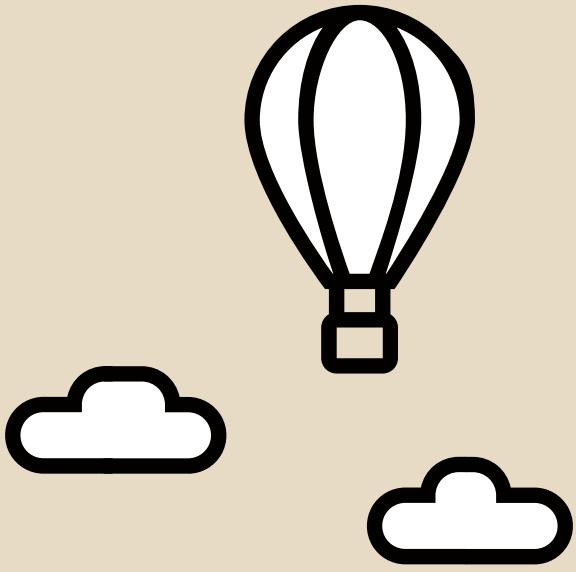
Wilkinson, S. T., Rhee, T. G., Joormann, J., Webler, R., Ortiz Lopez, M., Kitay, B., Fasula, M., Elder, C., Fenton, L. & Sanacora, G. (2021). Cognitive Behavioral Therapy to Sustain the Antidepressant Effects of Ketamine in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 90*(5), 318–327. https://doi.org/10.1159/000517074

Yaden, D. B. & Griffiths, R. R. (2021). The subjective effects of psychedelics are necessary for their enduring therapeutic effects. *ACS Pharmacology & Translational Science, 4*(2), 568–572. https://doi.org/10.1021/acsptsci.oc00194

Fritt og åpent for alle

Vi mener psykologisk kunnskap bør komme alle til gode.

Derfor er alt vi publiserer åpent og fritt tilgjengelig for alle på www.psykologtidsskriftet.no



Psykologtidsskriftet

Extremism as an educational challenge

TEKST Artikkelen er oppsummert og presentert av redaksjonen

TEORETISK ARTIKKEL
Marlene Bruun Lauridsen

Psykologtidsskriftet.no

DOI: 10.52734/EQQS0271

Skann QR-koden for å lese full versjon av artikkelen på nettsiden:

Psykologtidsskriftet publiserte nylig en engelskspråklig, teoretisk artikkel om ekstremisme, skrevet av Marlene Bruun Lauridsen. Artikkelen *Understanding Reactive and Proactive Extremism- The Transforming Power of Safety in Education*, som kun er tilgjengelig på nett, er forankret i samfunnsorientert, sosialpsykologisk og pedagogisk forskning på skolens betydning for tilhørighet. Den videreutvikler og nyanserer begreper om ekstremisme og forebygging snarere enn å presentere ny empiri.

I introduksjonen trekker Lauridsen inn øvrig forskning på voldelig ekstremisme, der ekstremistiske handlinger, som terrorangrepet 22. juli, forstås som målrettet vold for å oppnå ideologiske eller politiske mål. Samtidig kan voldelige ekstremister være mer drevet av emosjonell sårbarhet enn av ideologiske overbevisninger. Ekstremismen kan da være et forsøk på å finne tilhørighet og skape mening i tilværelsen.

I artikkelen videreutvikler Lauridsen sin tidligere modell til *The Transforming Power of Safety*-modellen, som illustrerer hvordan emosjonell utrygghet kan bidra til voldelig ekstremisme. Hun skiller mellom reaktiv og proaktiv ekstremisme for å forklare ulike motiver for ekstremistiske handlinger. I artikkelen forstås skolens rolle i forebygging som avgjørende, og Lauridsen understreker behovet for en mer nyansert forståelse av motiver for ekstrem vold.

Hovedfunn

Lauridsen forsøker å finne svar på hvordan emosjonell trygghet og gode sosiale relasjoner påvirker menneskers reaksjoner på sårbarhet. I modellen betraktes emosjonell trygghet som en forutsetning for å være innenfor toleransevinduet (*window of tolerance*), der tanker, kroppslige fornemmelser og følelser er integrert, og man kan være sosialt engasjert og utøve god emosjonsregulering. Hvorvidt sårbare mennesker møtes med emosjonell trygghet, antas å avgjøre om sårbarheten motiverer til ekstremistisk vold.

I artikkelen beskriver Lauridsen reaktiv ekstremisme som emosjonelt «varm», der sårbarhet og følelser av skam, sinne eller frykt motiverer til impulsive voldshandlinger. Proaktiv ekstremisme beskrives derimot som emosjonelt «kald». Her begår personen ekstremistiske handlinger for å fullbyrde en ideologisk overbevisning, emosjonelt frakoblet egen og andres emosjonelle opplevelse.

Når mennesker blir møtt med trygge sosiale relasjoner, vil de være mer engasjerte og emosjonelt koblet på seg selv og andre. Hvis sårbare mennesker derimot blir møtt med ekskludering eller manglende emosjonell trygghet, kan det føre til tilbaketrekning og emosjonell frakobling. Forsøk på å gjenetablere egen sosial status kan så gi seg utslag i ekstremistisk vold.

Implikasjoner

Ifølge Lauridsen tilsier skillet mellom reaktiv og proaktiv ekstremisme at skolens forebyggende arbeid både må bidra til å ivareta elevenes emosjonelle behov ved å skape trygghet, og legge til rette for reflekterende dialog som kan utfordre ideologiske overbevisninger. Skolen kan bidra til forebygging ved å tilrettelegge for meningsfull deltakelse og å anerkjenne at identitetsutforskning og kontroversielle tanker er en viktig del av å være barn og ungdom.

Lauridsens teoretiske perspektiv har noen kliniske implikasjoner som artikkelen ikke berører eksplisitt, blant annet for kliniske møter med unge personer som fremstår motivert for voldelig ekstremisme. Uttrykk for ekstremistisk tankegods reflekterer ikke nødvendigvis en genuin ideologisk overbevisning, men kan gjenspeile umøtte emosjonelle behov. Ved reaktiv ekstremisme kan ungdom trenge hjelp med å finne arenaer der de opplever fellesskap og tilhørighet, mens proaktiv ekstremisme tilsier at de kan ha behov for å bli møtt med reflekterende dialog.

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 11, 2026 DOI: 10.52734/EPRB7436

Henrik Herrebrøden
Institutt for psykologi, pedagogikk og juss, Høyskolen Kristiania

Andrine Torgersen Wara
Institutt for psykologi, pedagogikk og juss, Høyskolen Kristiania

Kamilla Skaftnes
Institutt for psykologi, pedagogikk og juss, Høyskolen Kristiania

Fysisk trening som behandling av depresjon – Forskningsevidens og norske psykologers bidrag

Sammendrag

Utfordringer i helsevesenets behandlingskapasitet har bidratt til fokus på tilgjengelige intervensjoner som kan hjelpe mot psykiske lidelser. Vi utforsket derfor hvordan norske psykologer kan bruke fysisk trening i behandling av depresjon i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis. Først gjennomførte vi et litteratursøk som undersøkte effekten av fysisk trening i behandling av depresjon hos voksne mennesker. Deretter brukte vi et spørreskjema for å kartlegge norske psykologers (N = 151) bruk av fysisk trening i klinisk praksis. Funn fra vår litteraturgjennomgang tilsier at pasienter med depresjonsdiagnose som trener fysisk – som eneste behandling eller sammen med annen behandling – gjerne oppnår en reduksjon av depressive symptomer som tilsvarer eller overgår effekt av annen type behandling (for eksempel antidepressiva og terapi). Funn fra spørreundersøkelsen tyder på at fysisk trening blir diskutert med en relativt stor andel pasienter som lider av angst eller depresjon, samtidig som psykologer nokså sjelden diskuterer konkrete treningsaspekter med pasientene. Vi diskuterer relevante barrierer blant psykologer og pasienter, som kan hindre inkludering av fysisk trening i depresjonsbehandling. Vi presenterer også forslag til hvordan psykologer kan bidra til konkret treningsveiledning. Fysisk trening fremstår som et evidensbasert behandlingsalternativ ved depresjon og et mulig satsningsområde i norsk psykisk helsevern.

Nøkkelord: fysisk trening, depresjon, systematisk litteraturgjennomgang, spørreskjema, evidensbasert psykologisk praksis

KONTAKT henrik.herrebroden@kristiania.no

MERKNAD Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

CC BY 4.0

Forekomst av depresjon ser ut til å øke i vestlige samfunn (se for eksempel Goodwin et al., 2022). Samtaleterapi og medisinering er ofte virkningsfullt, men behandlingsformene har sine begrensninger. Først og fremst har ikke alle mennesker umiddelbar tilgang til terapi. For å eksemplifisere kan norske sykehus ha opptil 16 ukers ventetid for behandling av psykiske lidelser (Helse Sør-Øst, 2025). Det er uheldig ettersom venteliste er forbundet med forverring i depresjonssymptomer (Noetel et al., 2024). Mangler i behandlingstilbud kan ofte ramme mennesker med svake økonomiske forutsetninger (Lopes et al., 2023; Moitra et al., 2022). Videre responderer pasienter ulikt på ulike behandlingstilbud. Ikke alle pasienter med depresjon ønsker samtaleterapi, og minst 30 % av depresjonstilfeller kan være *resistente* ved at ulike behandlinger med antidepressiva ikke fører til ønsket resultat (se McIntyre et al., 2023). I lys av disse utfordringene fremstår fysisk trening som et interessant supplement eller alternativ som kan bidra til å redusere symptomer hos pasienter diagnostisert med depresjon (Clegg et al., 2026; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022). Dessuten er trening tilgjengelig – det kan utøves gratis, av mange ulike mennesker og på ulike måter.

Vår artikkel belyser hvordan norske psykologer kan bruke fysisk trening i depresjonsbehandling innen rammene av evidensbasert psykologisk praksis (EBPP; Norsk psykologforening, 2007). EBPP er et rammeverk som kan hjelpe psykologer med å velge behandlingstilnærming i forløp med pasienter. Rammeverket innebærer tre hovedkomponenter: Psykologen skal integrere best tilgjengelig forskning, bruke sin kliniske ekspertise, og ta høyde for klientens individuelle kontekst og karakteristikker. Dermed vil vi besvare en tredelt problemstilling:

1. Hva sier oppdatert forskningslitteratur om effekten av fysisk trening i behandling av depresjon?
2. Hvordan bruker norske psykologer fysisk trening i behandling i dag?
3. Hvordan kan fysisk trening tilpasses den enkelte klienten ut fra relevante pasientkarakteristikker og norsk psykologkontekst?

Bakgrunn

Fysisk aktivitet og trening

Fysisk aktivitet kan defineres som kroppslig, muskulær bevegelse som resulterer i energiforbruk (Caspersen et al., 1985). Fysisk trening er en kategori av fysisk aktivitet, nærmere bestemt planlagt, systematisk og repetert fysisk aktivitet med formål om å forbedre eller vedlikeholde fysisk yteevne (Caspersen et al., 1985). Vår artikkel omhandler fysisk trening, heretter referert til som *trening*. Sammenlignet med det mer overordnede begrepet fysisk aktivitet, er trening et konsept som er enklere å skille fra inaktivitet og annen naturlig aktivitet. Relativt intens trening kan også være spesielt nyttig for pasienter med depresjon, sammenlignet med roligere fysisk aktivitet (Noetel et al., 2024; Singh et al., 2023). Det er imidlertid verdt å bemerke at et relativt høyt fysisk aktivitetsnivå, målt som antall skritt per dag, også er forbundet med reduserte depresjonssymptomer, både hos pasienter med depresjon (Ramsey et al., 2022; Refisch et al., 2026) og i den generelle befolkningen (Bizzozero-Peroni et al., 2024). Skillet mellom fysisk aktivitet og trening er heller ikke tydelig i alle sammenhenger. Å starte med fysisk aktivitet kan trolig oppleves som mer overkommelig enn trening, spesielt for visse pasientgrupper (for eksempel inaktive eller alvorlig syke mennesker), og det kan være et steg på veien mot trening.

Effekt av trening

Det finnes rikelig med forskning som tilsier at trening reduserer depresjonssymptomer (for eksempel Clegg et al., 2026; Kvam et al., 2016; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022; Singh et al., 2023). Metaanalyser og litteraturgjennomganger tilsier at mennesker med diagnostisert depresjon gjerne får en symptomreduksjon av moderat effektstørrelse som følge av trening, sammenlignet med kontroll, noe som tilsvarer effekten av psykoterapi eller antidepressiva (Clegg et al., 2026; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022). Slike omfattende litteraturgjennomganger kan imidlertid ha store og varierende omfang. De kan for eksempel inkludere studier med kliniske og ikke-kliniske utvalg (Singh et al., 2023) samt publiserte og ikke-publiserte rapporter fra flere tiår tilbake (Noetel et al., 2024). De inkluderte studiene kan også være metodisk heterogene, eksempelvis ved å ha ulike treningsintervensjoner og mål på depresjonssymptomer. Det kan derfor være hensiktsmessig å vurdere oppsummert forskning på et mer detaljert nivå enn via overordnede funn fra metaanalyser, dersom man vil vurdere klinisk relevans og hente inspirasjon til egen praksis som psykolog.

Mulige virkningsmekanismer

Trening kan motvirke depresjon gjennom en rekke biologiske og psykososiale mekanismer (for en oversikt, se Kandola et al., 2019a). Dårlig fysisk form kan henge sammen med både økt risiko for depresjon samt økt alvorlighetsgrad i depressive symptomer (Kandola et al., 2019b; Papasavvas et al., 2016). Forbedret oksygenopptak og reduserte depresjonssymptomer kan gå hånd i hånd (Danielsson et al., 2014; Kruisdijk et al., 2019). Potensielle biologiske mekanismer for hvordan trening kan hjelpe mot depresjon, innebærer endringer i hjernen på ulike nivåer. Trening kan eksempelvis bidra til gunstige endringer i hjernens blodtilførsel samt generasjon av nye nerveceller i hjernedeler av særlig klinisk relevans (for eksempel hippocampus; Kandola et al., 2019a). Videre

kan trening bidra til reduserte kortisolnivåer og bedre søvn (Beserra et al., 2018; De Nys et al., 2022). Fra et psykososialt perspektiv kan trening bidra til sosial støtte samt bedre selvfølelse, særlig gjennom et endret syn på egen kropp og fysikk (Kandola et al., 2019a). Trening kan dessuten ha gunstige kognitive effekter (se Buschert et al., 2018; Imboden et al., 2020; Olson et al., 2017) og gi akutt reduksjon i grubling (Brand et al., 2018).

Relativt få studier har testet potensielle mekanismer som mediatorvariabler (se Noetel et al., 2024). De mange, mulige mekanismene kan imidlertid være noe av årsaken til at trening ser ut til å hjelpe mange ulike pasienter. Depresjonssymptomers alvorlighetsgrad ser ikke ut til å ha tydelig innvirkning på treningens effektivitet (Noetel et al., 2024; Schuch et al., 2016). Alder og kjønn kan påvirke effekt ved visse former for trening, men slike sammenhenger fremstår noe usikre (Noetel et al., 2024). Pasienter med depresjon kan se ut til å respondere noe bedre på trening dersom de innehar visse fysiske, psykologiske og sosiale karakteristikker. Eksempelvis kan trening være særlig effektivt dersom pasienten har relativt stor grad av somatiske symptomer, selvfølelse og sosial støtte, men relativt få studier har utforsket disse variablene (se Schuch et al., 2016).

Det finnes også generelle pasientfaktorer som kan være til fordel eller hinder for treningsintervensjoner. Eksempelvis vil indre motivasjon, hvorvidt man finner trening givende i seg selv, påvirke sannsynlighet for fysisk aktivitet blant pasienter (Sørensen, 2006). Pasienter med depresjon kan være utfordrende å få i aktivitet, grunnet lav energi, tiltakslyst, selvtillit og selvfølelse, samt kognitive vansker. Psykologer bør imidlertid være en egnet yrkesgruppe som kan hjelpe slike pasienter til å overkomme hindringer og øke motivasjon for trening (Burton et al., 2010).

Psykologers treningsveiledning

Når det gjelder forskning om hvordan psykologer bruker trening i klinisk arbeid, er evidensgrunnlaget tynt. En studie av Burton et al. (2010), fra australsk kontekst, tilsier at psykologer flest er komfortable med å gi generelle råd om trening, men lite komfortable med å lage tilpassede treningsprogrammer til pasienter. Dette gir mening, ettersom trening tradisjonelt har fått liten eller ingen oppmerksomhet i utdanningen av psykologer, i motsetning til andre behandlingstiltak.

Norske myndigheter har heller ikke gitt særlig klare råd til psykologer om hvordan trening bør implementeres. Helsedirektoratet trakk i 2023 sine retningslinjer for behandling av depresjon, og den tidligere versjonen inneholdt nokså generelle anbefalinger om fysisk aktivitet (se Helsedirektoratet, 2009, s. 36). Helsedirektoratet har imidlertid kommet med oppdaterte faglige råd om fysisk aktivitet som forebygging og behandling av ulike lidelser, inkludert depresjon (Helsedirektoratet, 2025, del 3.3). Hvorvidt psykologer flest er informert om rådene, er uvisst. I tillegg til begrenset kunnskap er begrenset konsultasjonstid en annen hindring for helsepersonell som vil promotere fysisk aktivitet (Albert et al., 2020). Mange psykologer prioriterer trolig andre samtaletemaer på grunn av tidspress og egen kompetanse.

Det finnes imidlertid eksempler på formell integrering av trening i offentlig psykisk helsevern i Norge. St. Olavs hospital (www.stolav.no) har sin *Treningsklinikk* ved Avdeling for psykose og rehabilitering, og Universitetssykehuset Nord-Norge (www.unn.no) tilbyr *Medisinfri behandling* hvor fysisk aktivitet og trening utgjør en komponent. Hvordan norske psykologer flest promoterer trening med sine pasienter, har imidlertid vært uklart.

Fremgangsmåte

Vi utforsket trening som evidensbasert behandlingsalternativ for depresjon gjennom en tredelt tilnærming. Vår innledende delproblemstilling omhandler første komponent i EBPP, forskningsevidens. Vi gjennomførte dermed et systematisk litteratursøk om effekten av fysisk trening ved depresjon. Neste delproblemstilling adresserer andre komponent i EBPP, klinisk praksis, som belyses gjennom en spørreundersøkelse om norske psykologers bidrag til implementering av trening hos pasienter med angst eller depresjon. Vår tredje delproblemstilling tar for seg siste komponent i EBPP: hvordan behandling kan implementeres i lys av pasientens karakteristikker og kontekst. Sistnevnte adresserer vi ved å drøfte relevante funn fra litteraturgjennomgangen og spørreundersøkelsen i lys av norsk kontekst. Her bruker vi også vår faglige bakgrunn for å komme med konkrete anbefalinger til praksis.

Artikkelen er skrevet av tre personer som har klinisk og vitenskapelig interesse for psykologfaglige perspektiver på fysisk trening ved depresjon. HH er forsker og psykolog med erfaring fra privat klinisk praksis samt idrettspsykologisk rådgivning. ATW har en mastergrad i arbeids- og organisasjonspsykologi og KS har kandidatutdannelse i psykologi fra Aarhus Universitet.

I det følgende beskrives litteratursøket som utforsket effekten av fysisk trening ved depresjon, samt spørreundersøkelsen som utforsket hvordan norske psykologer bruker trening i egen praksis.

Systematisk litteratursøk

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i databasen PubMed 26. mars 2024. Formålet var å finne et utvalg randomiserte kontrollerte studier der voksne med depresjon mottok treningsintervensjon. Vi benyttet søkeordene «depression», «depressive disorder», «exercise» og «therapeutics», med relaterte emneord – se Supplement (tilgjengelig online) for flere detaljer om søket. Søkets

Tabell 1

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Voksne deltakere	Deltakere under 18 år
Depresjon (alle typer/alvorlighetsgrader, med/uten komorbid angst)	Alvorlige/gjennomgripende somatiske eller psykiske lidelser
Undersøkte trening	Undersøkte ikke trening
To eller færre grupper fikk treningsintervensjon	Tre eller flere grupper fikk treningsintervensjon
Målte depresjonssymptomer med et validert kartleggingsverktøy	Målte ikke depresjonssymptomer med et validert kartleggingsverktøy
Randomiserte kontrollerte studier	Andre studiedesign
Kontrollgrupper var inaktive eller fikk annen intervensjon enn trening	Kontrollgrupper gjennomførte trening som eksplisitt del av studiedeltakelse
Publisert siste ti år før søksdato	Publisert mer enn ti år før søksdato
Engelsk	Andre språk enn engelsk
Kvantitativt resultat	Kvalitativt resultat

inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert i Tabell 1. Ti artikler gjensto etter søket og seleksjonsprosessen. Alle artikler ga uttrykk for at deltakerne var diagnostisert med en form for depresjon.

Spørreundersøkelse

Et kort og anonymt spørreskjema ble utviklet og administrert via Nettskjema (www.nettskjema.no). Målet var å utforske grad av psykologers bidrag til trening som del av behandling ved angst eller depresjon. I spørsmålene ba vi psykologer om å indikere hvor stor pasientandel som fikk forslag eller diskusjon om fysisk trening i behandling, hvilke aktiviteter som ble diskutert eller anbefalt, samt på hvilket detaljnivå psykologene snakket om trening med sine pasienter. Vi ønsket å samle responser fra et representativt utvalg psykologer i offentlig og privat sektor. Undersøkelsen ble derfor delt på ulike måter, nærmere bestemt via Facebook-siden *Psykologer*, e-post til ledere av private psykologtjenester (som igjen delte undersøkelsen med sine tilknyttede psykologer) samt via direkte tekstmelding til psykologer som ble funnet på nettsider med kontaktinformasjon. Undersøkelsen og data fra responser er åpent tilgjengelig på Open Science Framework: https://osf.io/kr5yh/files.

Totalt svarte 176 psykologer i tidsrommet 21. juli til 21. august 2025. Av alle respondentene oppfylte 151 psykologer kriteriene ved å rapportere at de, gjennom de siste seks måneder, hadde hatt minimum 10 pasientkonsultasjoner i snitt per arbeidsuke samt regelmessige individuelle konsultasjoner (tilsvarende hver arbeidsuke) med pasient(er) med påvist angst- og/eller depresjonslidelse(r). Trettitre (21,85 %) av de kvalifiserte respondentene identifiserte seg som psykologer, mens de resterende 118 (78,15 %) identifiserte seg som psykologspesialister. De kvalifiserte respondentene var fordelt i offentlig sektor (n = 51; 33,77 %), privat sektor (n = 54; 35,76 %) og en kombinasjon (n = 46; 30,46 %).

Våre funn

Systematisk litteratursøk

I Tabell S2 og S3 i online-supplementet presenteres utfyllende informasjon om de ti inkluderte studiene og deres respektive funn. Der det var tydelig presentert og tilgjengelig i artiklene, baserte vi våre resultater på analyser med deltakerne som fullførte studien (*per protocol analysis*). Der dette manglet, hentet vi resultater fra analyser med samtlige deltakere som ble randomisert til en gruppe (*intention to treat analysis*) – se online-supplement for mer informasjon. I det følgende presenterer vi overordnede resultater om effekten av trening på depresjonssymptomer.

Effekt av trening over tid

Syv studier (Buschert et al., 2018; Imboden et al., 2020; Kerling et al., 2015; Murri et al., 2015; Olson et al., 2017; Sarubin et al., 2014; Schuch et al., 2015) viste statistisk signifikant reduksjon i depressive symptomer, på tvers av grupper over tid. De resterende tre artiklene (Danielsson et al., 2014, Hidalgo & Sotos, 2021; Kruisdijk et al., 2019) oppga ikke statistisk signifikans av tidseffekt. I Tabell S2 i online-supplementet beskrives intervensjonsgruppenes fullføringsgrad og gjennomsnittlige symptomreduksjon over tid. Samlet indikerer resultatene at trening kan bidra til reduksjon av depressive symptomer.

Effekt av trening versus annen oppfølging

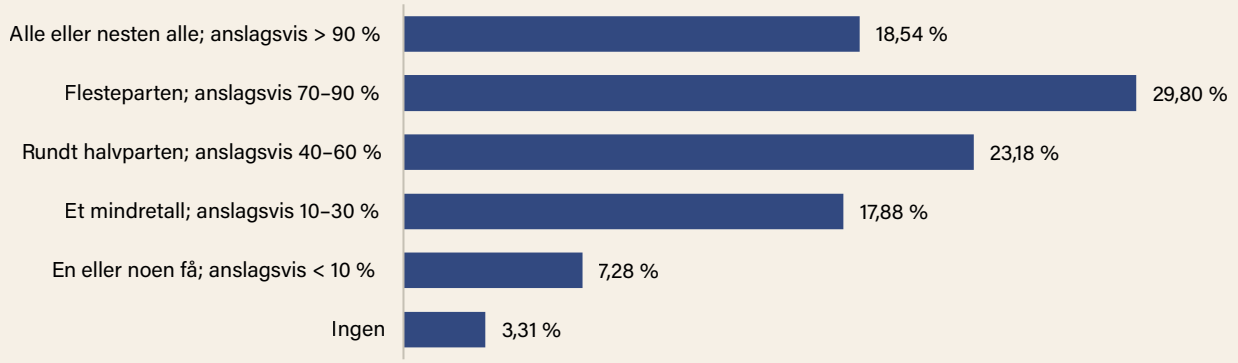
Fem studier rapporterte et resultat som tilsa statistisk signifikant bedre symptomutvikling i en intervensjonsgruppe sammenlignet med en kontrollgruppe. Utholdenhetstrening ga større symptomreduksjon enn rådgivning om fysisk aktivitet (Danielsson et al., 2014) samt tøying (Olson et al., 2017). Schuch et al. (2015) fant at utholdenhetstrening, i tillegg til normal oppfølging, ga større symptomreduksjon enn normal oppfølging alene. Murri et al. (2015) fant at kombinasjonen av utholdenhetstrening og antidepressiva ga flere og tidligere remisjoner enn antidepressiva alene. Kerling et al. (2015) viste at normal oppfølging kombinert med utholdenhetstrening ga flere responser (minst 50 % reduksjon i målte symptomer) enn kun normal oppfølging. Basert på resultatene vi fokuserte på (med kun deltakere som fullførte intervensjon, der dette var tilgjengelig), viste de resterende fem studiene ingen statistisk signifikant forskjell der en treningsintervensjon ble sammenlignet med en kontrollbetingelse som involverte henholdsvis ergo- eller kunstterapi (Buschert et al., 2018), antidepressiva (Hidalgo & Sotos, 2021; Sarubin et al., 2014), normal oppfølging (Kruisdijk et al., 2019) eller normal oppfølging kombinert med tøying (Imboden et al., 2020). Samlet tyder de inkluderte studiene på at en treningsintervensjon kan være like effektiv eller mer effektiv enn annen type oppfølging i behandling av depresjon.

Spørreundersøkelse

Det primære spørsmålet i spørreundersøkelsen var «Med omtrent hvor stor andel av dine pasienter med påvist angst eller depresjon, har du de siste seks måneder foreslått eller diskutert fysisk trening som behandling eller del av behandlingen?». Psykologers responser er fremvist i Figur 1. De fem respondentene som rapporterte null tilfeller, mottok ikke flere spørsmål i undersøkelsen. De resterende 146 respondentene ble spurt om de hadde foreslått konkrete treningsformer eller aktiviteter med de aktuelle pasientene de siste seks måneder, hvorav 108 respondenter (73,97 %) svarte «ja». De 108 respondentene ble bedt om å velge blant aktuelle aktiviteter.

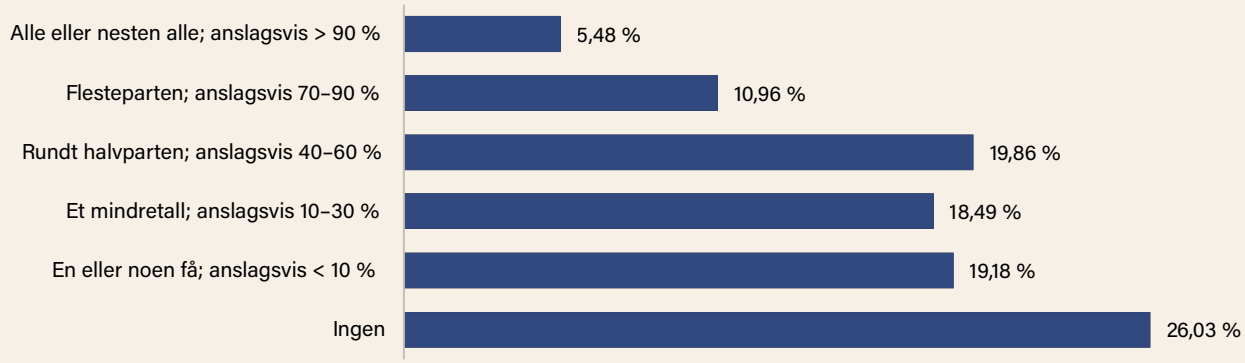
Figur 1

*Psykologers (*n *= 151) responser om pasientandel som fikk forslag/diskusjon om trening*



Figur 2

*Psykologers (*n *= 146) responser om pasientandel som fikk konkretiserende diskusjon/anbefaling om trening*



Aktivitetskategoriene de hadde anbefalt eller diskutert i konsultasjoner, var gange (86,11 %), yoga (69,44 %), styrketrening (63,89 %), utholdenhetstrening (48,15 %), løping (43,52 %), annet (21,30 %), dans (20,37 %), sykling (19,44 %), ski (10,19 %), roing/padling (7,41 %) og en bestemt idrettsgren (3,70 %).

De 146 respondentene som hadde foreslått eller diskutert trening, oppga også i hvor stor grad de hadde diskutert eller anbefalt konkrete aspekter ved trening (for eksempel intensitet eller varighet for treningsperiode). Responser tilsa at dette ble gjort i mindre grad enn å diskutere trening mer generelt – se Figur 2. Til slutt oppga de i hvor stor grad de hadde delt eller anbefalt et konkret program eller en informasjonskilde vedrørende trening. Dette fremsto enda sjeldnere basert på valg av de respektive alternativene: «Alle eller nesten alle» (2,05 %), «Flesteparten» (0,00 %), «Rundt halvparten» (8,90 %), «Et mindretall» (15,07 %), «En eller noen få» (15,75 %), «Ingen» (58,22 %).

Drøfting

Målet med vår artikkel er å belyse hvordan norske psykologer kan bruke fysisk aktivitet i depresjonsbehandling innen rammene av evidensbasert psykologisk praksis.

Vi tok for oss første komponent av EBPP, forskningsgrunnlag, med en systematisk litteraturgjennomgang. Der fant vi at de fleste pasienter med depresjon oppnår reduserte depressive symptomer etter en periode med trening. Halvparten av studiene tilsa at treningsgrupper oppnådde statistisk signifikant større symptombedring enn kontrollgrupper som fikk annen intervensjon. I tillegg fant vi at trening kan gi noen tilleggsfordeler av relevans for hverdagslig fungering, som forbedret oksygenopptak og kognitiv prestasjon – se online-supplement, Tabell S2. Overordnet er våre funn i tråd med konklusjonen til andre, større litteraturgjennomganger (Clegg et al., 2026; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022). Det finnes altså forskningsbasert støtte for bruk av trening i depresjonsbehandling.

Deretter utforsket vi komponenten i EBPP som omhandler klinisk ekspertise, da vi ønsket å finne ut mer om norske psykologers forhold til trening i klinisk praksis. Funn fra spørreundersøkelsen tilsier at de aller fleste psykologer berører temaet i sitt kliniske arbeid, men med ulik andel pasienter og på ulikt detaljnivå. Svært få psykologer (3,31 %) oppga at trening ikke hadde blitt foreslått eller diskutert i behandling av angst eller depresjon de siste seks måneder. De resterende respondentene oppga at de foreslo eller diskuterte trening med en varierende andel pasienter. Dette tilsier at diskusjon om trening er vanlig, men på ingen måte standard praksis i psykologers behandling av angst eller depresjon.

Respondenter indikerte videre ulike aktiviteter som ble anbefalt eller diskutert med pasientene. Gange (86,11 %) og yoga (69,44 %) var de hyppigst valgte alternativene, etterfulgt av styrketrening (63,89 %) og utholdenhetstrening (48,15 %). Funnene tyder på at psykologer kan promotere ulike aktiviteter, men oftest aktiviteter som gjerne innebærer begrenset fysisk intensitet. Ved spørsmål om hvorvidt konkrete aspekter ved trening (som intensitet eller varighet på treningsperiode) ble diskutert, tilsa responsene at de fleste psykologer gjør dette med under halvparten av pasientene med angst eller depresjon. Omtrent 26 prosent oppga at dette ikke hadde skjedd med noen av de aktuelle pasientene i løpet av de seks siste måneder. Enda sjeldnere tilbød psykologene en anbefaling eller deling av konkret program eller informasjonskilde som angår trening: Over halvparten av respondentene valgte alternativet «ingen pasienter» ved dette spørsmålet. Overordnet er våre funn fra spørreundersøkelsen i tråd med funn av Burton et al. (2010) som tilsier at psykologer gjerne diskuterer trening som et element i pasientoppfølging, men at mange pasienter må se til andre rådgivere for konkret treningsveiledning.

Kliniske implikasjoner

Våre funn tyder på at fysisk trening har forskningsmessig støtte i behandling av depresjon, og at norske psykologer gir et begrenset bidrag til trening for pasienter med angst eller depresjon. Gitt de positive effektene av trening, samt den relativt lave risikoen for uønskede effekter (Posadzki et al., 2020), kan psykologer i større grad bruke trening som et tiltak i behandling av depresjon. Samtidig – i tråd med tredje komponent i prinsipperklæringen om EBPP (Norsk psykologforening, 2007) – bør trening alltid tilpasses pasientens egenskaper, preferanser og kontekst. I det videre vil vi drøfte hvordan trening kan implementeres på en måte som hensyntar både forskningsevidens og individene som psykologer jobber med. Videre vil vi komme med konkrete anbefalinger for hvordan psykologer kan integrere fysisk trening i depresjonsbehandling i norsk kontekst.

Implementering av trening

Litteraturen vi har presentert, tilsier at en rekke ulike treningsformer gir positive resultater. Dette gir støtte til ordtaket om at den beste treningen er den som blir gjort, og valg av aktivitet virker ikke avgjørende. Likevel er det verdt å merke seg noen overordnede funn fra større litteraturgjennomganger. For det første later det til å være et positivt forhold mellom fysisk intensitet og psykisk symptomlindring (Noetel et al., 2024; Singh et al., 2023). Om pasienten har tilstrekkelig motivasjon og fysiske forutsetninger, kan det virke fornuftig å gradvis trappe opp treningen til et nivå som utfordrer pasientens fysiske kapasitet. Mange psykologer i vår spørreundersøkelse rapporterte gange og yoga som noe de diskuterte eller anbefalte. Dette er aktiviteter som ofte involverer begrenset intensitet, og flere psykologer kan oppmuntre til mer

intensiv aktivitet der forholdene tillater det.

Videre tilsier Singh et al. (2023) sin metaanalyse at intervensjoner av kort varighet (altså 12 eller færre uker), samt moderat frekvens (4–5 økter) per uke, var det mest effektive for reduksjon av depresjonssymptomer. Økter av moderat varighet (30–60 min) hadde tilsvarende effekt som lengre økter (Singh et al., 2023). I lys av dette kan det virke fornuftig å starte i det små, med halvtimesøkter fire dager i uken over en kort periode. En pasient kan ha lettere for å si seg villig til å forsøke et slikt prosjekt sammenlignet med mer omfattende trening over tid. Det er imidlertid verdt å bemerke at ulike intervensjoner, av ulik varighet, kan være mer eller mindre egnet for å oppnå bestemte virkningsmekanismer. Eksempelvis kan mer enn 12 ukers trening være nødvendig for å oppnå funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen (se Kandola et al., 2019a).

For at implementering av trening skal skje, er det imidlertid også verdt å reflektere over psykologers rolle. Vår spørreundersøkelse tilsier at psykologer gjerne diskuterer eller anbefaler, men i liten grad gir konkrete råd og bidrag til trening. Det samme gjelder trolig mange fastleger, som også kan finne det vanskelig å hjelpe pasienter i gang med trening på grunn av begrenset tid og kompetanse (Dolan & O'Regan, 2025). Sannsynligvis blir mange pasienter, i beste fall, oppmuntret til å trene, men i stor grad overlatt til seg selv når det kommer til implementering. Interessant nok kan intervensjoner med høy grad av autonomi, der pasienten får relativt stor medvirkning i hvordan trening skal gjennomføres, gi svakere effekt hos pasienter med depresjon enn intervensjoner med tydeligere føringer (Noetel et al., 2024). Depresjonens symptomer kan bidra til utfordringer med å iverksette eller vedlikeholde krevende trening på eget initiativ. En psykolog bør være egnet til å veilede nettopp denne pasientgruppen mot trening.

Videre vil vi komme med mer konkrete anbefalinger til norske psykologer, først i form av et forslag til målsettingsprosess som kan benyttes i dialog med pasienten, og dernest i form av forslag til hvordan psykologer kan bidra direkte og indirekte til fysisk trening.

En tredelt målsettingsprosess

Å sette mål er en vanlig og naturlig start på intervensjoner som skal bidra til økt fysisk aktivitet hos enkeltindivider (Swann et al., 2021). Psykologer kan hjelpe pasienter med målsetting via en tredelt prosess. I første steg kan pasientens overordnede hovedmål kartlegges. Hovedmålet kan eksempelvis være å oppnå vektreduksjon eller bedre humør gjennom regelmessig trening (se Firth et al., 2016). Her kan psykologer være en egnet samtalepartner som bidrar til at pasienten setter mål basert på sunne behov. Med kjennskap til pasientens liv vil psykologen kunne kartlegge og avdekke eventuelle konflikter i hens mål og gjøremål i livet, som kan utgjøre en barriere mot fysisk aktivitet (se Rhodes et al., 2016). I andre steg kan psykologer kartlegge barrierer og ressurser. Opplevde barrierer mot fysisk aktivitet blant psykisk syke kan inkludere stress og lavt humør (Firth et al., 2016), lav tro på egen evne til å trene i stresset eller trist tilstand (Ussher et al., 2007) samt dårlig evne til planlegging for å overkomme utfordringer (*coping planning*; Sniehotta et al., 2005). Psykologers kunnskap og terapeutiske evner bør komme godt med i samtaler om slike hindringer. Eksempelvis kan en emosjonsfokusert eller metakognitiv tilnærming utforske pasientens forhold til egne følelser i treningssituasjoner, og en kognitiv tilnærming kan belyse mulige handlingsrom og løsninger. Det vil også være relevant å adressere pasientens ressurser der det er aktuelt, eksempelvis dersom pasienten viser tegn på motivasjon, planmessighet eller andre psykologiske faktorer som kan bidra til implementering av trening (se Koepl et al., 2025; Rhodes et al., 2022).

I tredje steg bør det settes korttidsorienterte mål som angår hverdagslig implementering av trening. Dette bør gjøres i lys av de foregående stegene: Hovedmål kan brytes ned i mer oppnåelige og progressive delmål, og de kartlagte hindringene kan føre til mål om hvordan disse kan overvinnes. Spesielt med pasienter som har lite erfaring med trening, kan det være hensiktsmessig å fokusere mer på læring enn spesifikk måloppnåelse (Swann et al., 2021, 2023). Eksempelvis kan psykologen bidra til å lage mål om noen aktiviteter som kan utforskes eller læres, uavhengig av prestasjon eller resultat. Ideelt sett bør den tredelte målsettingsprosessen kulminere i en konkret plan for implementering av trening (Koepl et al., 2025; Noetel et al., 2024). Det er trolig her mange psykologers bidrag stopper, basert på funn fra vår undersøkelse og Burton et al. (2010).

Samarbeid og direkte veiledning

Om psykologer skal gi mer aktive og konkrete bidrag til implementering av trening, kan det skje på en indirekte eller direkte måte. Et indirekte bidrag innebærer tett samarbeid med andre yrkesgrupper med relevant kompetanse, eksempelvis treningsfysiologer eller personlige trenere. Norsk helsepersonell har testet «trening på resept» som konsept i ulike sammenhenger (se for eksempel Rotevatn, 2014). Psykologer kan således henvise til fagfolk som kan gi personlig tilpasset treningsveiledning, og ha tettere dialog med slike yrkesgrupper.

En mer direkte mulighet er at psykologer gir konkret treningsveiledning selv. Et viktig tiltak i den forbindelse vil være utdanning eller videreutdanning som sørger for at dette blir et forsvarlig alternativ. Det forutsetter også prioritering – det bør settes av tid til diskusjon om trening i kliniske kontekster. Med utvikling av psykologers utdanning og prioritering vil flere av fremtidens psykologer trygt kunne gjøre det samme som noen av våre respondenter, ved å dele konkret informasjon om trening med pasientene. Det finnes flere gode ressurser tilgjengelig på nett, blant annet informasjon og trenings-

program fra Helsenorge (2026). Helsedirektoratet har publisert råd om fysisk aktivitet ved depresjon, der flere aktuelle ressurser og tilbud er tilgjengelig (Helsedirektoratet, 2025, del 3.3), og Danielsen (2021) har publisert en kunnskapsoppsummering om fysisk aktivitet i kontekst av psykisk helsearbeid. For å være i stand til å evaluere tilgjengelig informasjon, og ikke minst kunne tilpasse anbefalinger til pasienters kontekst i tråd med EBPP, vil imidlertid utdanning og styrking av psykologers kompetanse være hensiktsmessig.

Norge byr på unike muligheter for fysisk aktivitet og trening. I tillegg til treningsstudioer har vi rik tilgang til natur og friluftsområder, selv i de største byene. Å tilbringe tid i natur og grønne områder kan gi positive helsegevinster i seg selv (se Smyth et al., 2022). Norge er i verdenstoppen når det kommer til idrettsdeltakelse (Green et al., 2015; Rambøll Management Consulting, 2023).

Kort oppsummert bør det finnes muligheter for en norsk psykolog som ønsker å hjelpe sine pasienter til økt fysisk aktivitet, gjerne i kombinasjon med andre behandlingsformer. Oppløftende nok virket majoriteten av våre respondenter klar over at trening er relevant for pasienter. Dette er i tråd med Burton et al. (2010) sin studie, som fant at psykologer var positive til å lære mer om hvordan trening kan implementeres i eget klinisk arbeid. En mer konkret adressering av trening blant psykologer kan være en nøkkel til bedre behandling i en befolkning med økende forekomst av depresjon.

Metodiske begrensninger

Vår litteraturgjennomgang var av begrenset omfang, med søk i kun én database (PubMed). Dette skyldtes delvis vårt fokus på studier av klinisk relevans samt tidsbegrensninger. Interesserte lesere som ønsker en bredere og mer grundig gjennomgang av tilgjengelig forskning, kan henvises til større oversiktsartikler om trening og depresjon (Clegg et al., 2026; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022).

De fleste inkluderte studiene hadde dessuten høy risiko for skjevhet (*bias*) – se Figur S2 i online-supplementet for vår risikovurdering – i tråd med resultater fra Noetel et al. (2024). Dette skyldes delvis at intervensjonsstudier med trening hos deltakere med depresjon er krevende å gjennomføre på en vitenskapelig rigid måte. Eksempelvis er det vanskelig å unngå frafall, og frafall kan knyttes til utfallsmålet (grad av depressive symptomer).

Videre var det, med unntak av Imboden et al. (2020), ingen av våre inkluderte studier som undersøkte effekt av trening over tid etter fullført intervensjon. Fremtidige studier med longitudinelt design vil være nyttig for å si noe om treningsintervensjoners effekt på lengre sikt i populasjoner med depresjon.

Vår spørreundersøkelse har svakheter som er typiske for selvrapportering. Eksempelvis belaget vi oss på respondenters hukommelse fremfor å benytte mer objektive tilnærminger. Undersøkelsen var dessuten kort og generell. Den undersøkte bruk av trening med pasienter som lider av angst *eller* depresjon. Vi spurte psykologene om begge typer lidelser, fremfor kun depresjon, for å øke responsraten og fordi slike lidelser ofte forekommer samtidig. Selv om slike lidelser ofte er komorbide, er de imidlertid også ulike. Promotering av trening i depresjonsbehandling kan ha andre utfordringer (knyttet til pasientens energi og tiltakslyst) enn hva tilfellet er i angstbehandling. Basert på vårt spørreskjema er det ikke mulig å vite hvor mange psykologer som bruker trening, eller hvordan de bruker trening, kun rettet mot depresjon. Dermed kan vår undersøkelse anses som en innledende, overordnet kartlegging av psykologers bruk av trening i behandling av angst og depresjon, som gjerne kan følges opp av grundigere utforsking.

Konklusjon

Med mange pasienter med depresjon og utfordringer i behandlingskapasiteten vurderer vi trening som et evidensbasert alternativ og potensielt satsningsområde i norsk psykisk helsevern. Trening er effektivt mot depresjon ifølge vår og andres litteraturgjennomgang (Clegg et al., 2026; Noetel et al., 2024; Recchia et al., 2022). Samtidig kan pasienter med depresjon ha karakteristikker som gjør trening utfordrende. Psykologer har relevant kompetanse og posisjon til å hjelpe nettopp denne pasientgruppen med trening. Derfor er det oppløftende at mange psykologer i vår undersøkelse rapporterte at de snakket om trening med sine pasienter med angst eller depresjon. Samtidig diskuterte relativt få psykologer trening på et detaljert nivå med majoriteten av pasientene. I lys av vårt presenterte evidensgrunnlag anbefaler vi at flere psykologer vurderer å bidra til trening på en mer konkret måte. Psykologsamtaler kan resultere i treningsveiledning, enten indirekte i samarbeid med andre yrkesgrupper eller direkte der psykologer gir veiledning selv, forutsatt nok kompetanse. Implementering av trening bør være et tema der psykologer kan integrere sin kliniske kompetanse og gi anbefalinger i tråd med oppdatert evidens.

REFERANSER

Albert, F. A., Crowe, M. J., Malau-Aduli, A. E. & Malau-Aduli, B. S. (2020). Physical activity promotion: a systematic review of the perceptions of healthcare professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(12), 4358. https://doi.org/10.3390/ijerph17124358

Beserra, A. H. N., Kameda, P., Deslandes, A. C., Schuch, F. B., Laks, J. & Moraes, H. S. D. (2018). Can physical exercise modulate cortisol level in subjects with depression? A systematic review and meta-analysis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 40*(4), 360-368. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0155

Bizzozero-Peroni, B., Díaz-Goñi, V., Jiménez-López, E., Rodríguez-Gutiérrez, E., Sequí-Domínguez, I., Núñez de Arenas-Arroyo, S., López-Gil, J. F., Martínez-Vizcaíno, V. & Mesas, A. E. (2024). Daily step count and depression in adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open, 7*(12), e2451208. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.51208

Brand, S., Colledge, F., Ludyga, S., Emmenegger, R., Kalak, N., Sadeghi Bahmani, D., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U. & Gerber, M. (2018). Acute bouts of exercising improved mood, rumination and social interaction in inpatients with mental disorders. *Frontiers in Psychology, 9*, 249. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00249

Burton, N. W., Pakenham, K. I. & Brown, W. J. (2010). Are psychologists willing and able to promote physical activity as part of psychological treatment? *International Journal of Behavioral Medicine, 17*(4), 287-297. https://doi.org/10.1007/s12529-010-9087-8

Buschert, V., Prochazka, D., Bartl, H., Diemer, J., Malchow, B., Zwanzger, P. & Brunnauer, A. (2018). Effects of physical activity on cognitive performance: a controlled clinical study in depressive patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 269*, 555-563. https://doi.org/10.1007/s00406-018-0916-0

Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports, 100*(2), 126-131. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrepo0100-0016.pdf

Clegg, A. J., Hill, J. E., Mullin, D. S., Harris, C., Smith, C. J., Lightbody, C. E., Dwan, K., Cooney, G. M., Mead, G. E. & Watkins, C. L. (2026). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD004366. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004366.pub7

Danielsen, K. K. (2021). *Fysisk aktivitet i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap.* https://hdl.handle.net/11250/2771783

Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E. L., Carlsson, J. & Waern, M. (2014). Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: A controlled study. *Journal of Affective Disorders, 168*, 98-106. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.049

De Nys, L., Anderson, K., Ofosu, E. F., Ryde, G. C., Connelly, J. & Whittaker, A. C. (2022). The effects of physical activity on cortisol and sleep: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology, 143*, 105843. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105843

Dolan, S. & O'Regan, A. (2025). How can physical activity promotion be optimised in general practice: A narrative review of the literature. *Irish Journal of Medical Science, 194*(3), 969–987. https://doi.org/10.1007/s11845-025-03932-5

Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R. & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 46*(14), 2869-2881. https://doi.org/10.1017/S0033291716001732

Goodwin, R. D., Dierker, L. C., Wu, M., Galea, S., Hoven, C. W. & Weinberger, A. H. (2022). Trends in US depression prevalence from 2015 to 2020: The widening treatment gap. *American Journal of Preventive Medicine, 63*(5), 726-733. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.05.014

Green, K., Thurston, M., Vaage, O. & Roberts, K. (2015). '[We're on the right track, baby], we were born this way'! Exploring sports participation in Norway. *Sport, Education and Society, 20*(3), 285-303. https://doi.org/10.1080/13573322.2013.769947

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.* https://folk.ntnu.no/flovig/Rundskriv%20og%20behandlingsveiledninger/Stemningslidelser%20IS-1561.pdf

Helsedirektoratet. (2026, 25. juni). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling.* https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling

Helsenorge. (2026, 1. juni). *Trening og fysisk aktivitet.* https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/

Helse Sør-Øst. (2025). *Ventetider ved tilbudene innen helse og arbeid.* https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake-helse-og-arbeid/ventetider-ved-tilbudene-innen-helse-og-arbeid#psykiske-lidelser

Hidalgo, J. L. T. & Sotos, J. R. (2021). Effectiveness of physical exercise in older adults with mild to moderate depression. *Annals of Family Medicine, 19*(4), 302-309. https://doi.org/10.1370/afm.2670

Imboden, C., Gerber, M., Beck, J., Holsboer-Trachsler, E., Pühse, U. & Hatzinger, M. (2020). Aerobic exercise or stretching as add-on to inpatient treatment of depression: Similar antidepressant effects on depressive symptoms and larger effects on working memory for aerobic exercise alone. *Journal of Affective Disorders, 276*, 866-876. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.052

Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Hendrikse, J., Sabiston, C. M. & Stubbs, B. (2019a). Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 107*, 525-539. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040

Kandola, A., Ashdown-Franks, G., Stubbs, B., Osborn, D. P. J. & Hayes, J. F. (2019b). The association between cardiorespiratory fitness and the incidence of common mental health disorders: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 257*, 748-757. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.088

Kerling, A., Tegtbur, U., Gützlaff, E., Kück, M., Borchert, L., Ates, Z., von Bohlen, A., Frieling, H., Hüper, K., Hartung, D., Schweiger, U. & Kahl, K. G. (2015). Effects of adjunctive exercise on physiological and psychological parameters in depression: a randomized pilot trial. *Journal of Affective Disorders, 177*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.006

Koepl, K. L., Wambsganz, A., Roell, L., Schwaiger, R., Fischer, T., Falkai, P., Hasan, A., Schmitt, A. & Maurus, I. (2025). Determinants of physical activity and exercise in individuals with mental illness: results from a large cross-sectional online survey. *BMJ Open, 15*(6), e092862. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092862

Kruisdijk, F., Hopman-Rock, M., Beekman, A. T. F. & Hendriksen, I. (2019). EFFORT-D: results of a randomised controlled trial testing the EFFect of running therapy on depression. *BMC Psychiatry, 19*, 1-14. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2156-x

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H. & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 202*, 67-86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063

Lopes, F. V., Ravesteijn, B., Van Ourti, T. & Riumallo-Herl, C. (2023). Income inequalities beyond access to mental health care: a Dutch nationwide record-linkage cohort study of baseline disease severity, treatment intensity, and mental health outcomes. *The Lancet Psychiatry, 10*(8), 588-597. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00155-4

McIntyre, R. S., Alsuwaidan, M., Baune, B. T., Berk, M., Demyttenaere, K., Goldberg, J. F., Gorwood, P., Ho, R., Kasper, S., Kennedy, S. H., Ly-Uson, J., Mansur, R. B., McAllister-Williams, R. H., Murrough, J. W., Nemeroff, C. B., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Sanacora, G., Schatzberg, A. F. … & Maj, M. (2023). Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry, 22*(3), 394-412. https://doi.org/10.1002/wps.21120

Moitra, M., Santomauro, D., Collins, P. Y., Vos, T., Whiteford, H., Saxena, S. & Ferrari, A. J. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Medicine, 19*(2), e1003901. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003901

Murri, M. B., Amore, M., Menchetti, M., Toni, G., Neviani, F., Cerri, M., Rocchi, M. B. L., Zocchi, D., Bagnoli, L., Tam, E., Buffa, A., Ferrara, S., Neri, M., Alexopoulos, G. S. & Zanetidou, S. (2015). Physical exercise for late-life major depression. *British Journal of Psychiatry, 207*(3), 235–242. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150516

Noetel, M., Sanders, T., Gallardo-Gómez, D., Taylor, P., del Pozo Cruz, B., Van Den Hoek, D., Smith, J. J., Mahoney, J., Spathis, J., Moresi, M., Pagano, R., Pagano, L., Vasconcellos, R., Arnott, H., Varley, B., Parker, P., Biddle, S. & Lonsdale, C. (2024). Effect of exercise for depression: Systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ, 384*, e075847. https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075847

Norsk psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis.* Norsk psykologforening. https://www.psykologforeningen.no/fag-og-politikk/psykologprofesjonen/prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis

Olson, R. L., Brush, C. J., Ehmann, P. J. & Alderman, B. L. (2017). A randomized trial of aerobic exercise on cognitive control in major depression. *Clinical Neurophysiology, 128*(6), 903-913. https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.01.023

Papasavvas, T., Bonow, R. O., Alhashemi, M. & Micklewright, D. (2016). Depression symptom severity and cardiorespiratory fitness in healthy and depressed adults: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine, 46*, 219-230. https://doi.org/10.1007/s40279-015-0409-5

Posadzki, P., Pieper, D., Bajpai, R., Makaruk, H., Könsgen, N., Neuhaus, A. L. & Semwal, M. (2020). Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health, 20,* 1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09855-3

Rambøll Management Consulting. (2023). *Hva vet vi om mangfold og inkludering i idretten? En kunnskapssammenstilling om deltakelse, barrierer og tiltak*. https://www.idrettsforbundet.no/contentassets/e7edfa47f77e457abf83827d39c3e1d8/hva-vet-vi-om-mangfold-og-inkludering-i-idretten_kunnskapssammenstilling.-endelig.pdf

Ramsey, C. M., Lynch, K. G., Gehrman, P. R., Vairavan, S., Narayan, V. A., Li, Q. S. & Oslin, D. W. (2022). Daily steps and depressive symptoms: a longitudinal evaluation of patients with major depressive disorder in the precision medicine in mental health care study. *Journal of Affective Disorders, 300*, 334-340. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.116

Recchia, F., Leung, C. K., Chin, E. C., Fong, D. Y., Montero, D., Cheng, C. P., Yau, S. Y. & Siu, P. M. (2022). Comparative effectiveness of exercise, antidepressants and their combination in treating non-severe depression: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine, 56*(23), 1375-1380. https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105964

Refisch, A., Gutfleisch, L., Emden, D., Holstein, V., Gruber, M., Goltermann, J., Richter, M., Janette, R., Anna, F., Leehr, E., Meinert, S., Borgers, T., Flinkenfügel, K., Stein, F., Thomas-Odenthal, F., Usemann, P., Teutenberg, L., Alexander, N., Redlich, R. … & Opel, N. (2026). Association of daily step count with depressive symptoms in patients with major depressive disorder using a smartphone app (ReMAP): Longitudinal study. *JMIR Mental Health, 13*, e81120. https://doi.org/10.2196/81120

Rhodes, R. E., Cox, A. & Sayar, R. (2022). What predicts the physical activity intention–behavior gap? A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine, 56*(1), 1-20. https://doi.org/10.1093/abm/kaab044

Rhodes, R. E., Quinlan, A. & Mistry, C. D. (2016). Do other goals influence physical activity? A systematic review examining the relationship between other goals and physical activity behavior. *Preventive Medicine, 91*, 306-317. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.033

Sarubin, N., Nothdurfter, C., Schüle, C., Lieb, M., Uhr, M., Born, C., Zimmermannc, R., Bühner, M., Konopka, K., Rupprecht, R. & Baghai, T. C. (2014). The influence of Hatha yoga as an add-on treatment in major depression on hypothalamic-pituitary-adrenal-axis activity: A randomized trial. *Journal of Psychiatric Research, 53*, 76-83. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.02.022

Schuch, F. B., Dunn, A. L., Kanitz, A. C., Delevatti, R. S. & Fleck, M. P. (2016). Moderators of response in exercise treatment for depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 195*, 40-49. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.014

Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., Rocha, N. S. & Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of Psychiatric Research, 61*, 25-32. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.005

Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E. M. & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine, 57*(18), 1203-1209. https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195

Rotevatn, E. (2014, 28. juni). Trening på resept. *trening.no*. https://www.trening.no/helse/trening-pa-resept/

Smyth, N., Thorn, L., Wood, C., Hall, D. & Lister, C. (2022). Increased wellbeing following engagement in a group nature-based programme: The green gym programme delivered by the conservation volunteers. *Healthcare, 10* (6), 978. https://doi.org/10.3390/healthcare10060978

Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U. & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology, 35*(4), 565-576. https://doi.org/10.1002/ejsp.258

Swann, C., Jackman, P. C., Lawrence, A., Hawkins, R. M., Goddard, S. G., Williamson, O., Schweickle, M. J., Vella, S. A., Rosenbaum, S. & Ekkekakis, P. (2023). The (over) use of SMART goals for physical activity promotion: A narrative review and critique. *Health Psychology Review, 17*(2), 211-226. https://doi.org/10.1080/17437199.2021.2023608

Swann, C., Rosenbaum, S., Lawrence, A., Vella, S. A., McEwan, D. & Ekkekakis, P. (2021). Updating goal-setting theory in physical activity promotion: a critical conceptual review. *Health Psychology Review, 15*(1), 34-50. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706616

Sørensen, M. (2006). Motivation for physical activity of psychiatric patients when physical activity was offered as part of treatment. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 16*(6), 391-398. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00514.x

Ussher, M., Stanbury, L., Cheeseman, V. & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Services, 58*(3), 405-408. https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.405

TEKST Svein A. Alfarnes
Tidlig intervensjon og rehabilitering (TIRe), DPS Groruddalen, Akershus universitetssykehus

Fortsatt behov for endringer i rettspsykiatrien

KOMMENTAR TIL

Rasmussen, K. & Melle, K. H. (2026). Status i norsk rettspsykiatri. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(9), 593-594.


Status i norsk rettspsykiatri

KONTAKT Svein.Atle.Alfarnes@ahus.no

MERKNAD Alfarnes har fått tall om NERS-registrerte sakkyndigeoppdrag fra advokat Nils Christian Nordhus, som jobber for økt transparens i norsk rettspsykiatri. Det er ingen formelle eller uformelle bindinger mellom Alfarnes og Nordhus.

Mye gjenstår før rettpsykiatriske vurderinger er etterprøvbare og sammenlignbare på tvers av saker.

Takk til Kirsten Rasmussen og Karl Heinrik Melle for kommentaren til min kronikk. De har rett i et grunnleggende prinsipp: Retten avgjør tilregnelighetsspørsmålet, ikke de sakkyndige. De sakkyndige utreder og beskriver de faglige premissene. Min formulering om at de «må vurdere utilregnelighet», var upresis. Jeg mente at de sakkyndige belyser premissene for rettens vurdering.

Imidlertid er det ikke nok å spørre hvem som formelt avgjør. Man må også spørre hvordan premissene etableres, dokumenteres og etterprøves. Et slikt perspektiv ligger bak min kritikk. Et naturlig spørsmål rundt Breivik-saken og de ulike sakkyndige vurderingene blir: Kunne konflikten vært unngått med fast bruk av standardiserte tester og verktøy?

Har det skjedd noe med arbeidsmetodene til de sakkyndige post Breivik-saken? Grøndahl (2010) dokumenterte i sin tid at bare halvparten brukte standardiserte tester og kartleggingsverktøy. Mange bruker bare seg selv som måleinstrument. Mange administrerer gullstandarden for voldsrisikovurdering, HCR-20 V3, på egen hånd, uten å kode risikofaktorene i et team. Slik bruk reduserer den prediktive validiteten til verktøyet, og øker risikoen for emosjonell bias og stigmatisering (Dernevik, 2004). De sakkyndige har uten tvil høy kompetanse. Spørsmålet er hvordan vurderingene kan bli mer transparente, etterprøvbare og sammenlignbare på tvers av saker.

Fra reform til transparent praksis

Rasmussen og Melle peker med rette på at en del har endret seg med etableringen av Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS) i 2018. Kompetansekravene er tydeligere, oppnevningen av sakkyndige er sentralisert og mer systematisert, og det tilbys faglige møter og seminar. Endringene er reelle forbedringer.

Utfordringen er imidlertid en annen: Noen sakkyndige får langt flere saker enn andre. NERS' register viser at de fem øverste på deres liste hadde mellom 489 og 661 saker fra 2018 til 2025. Det later også til at de sakkyndige nederst på listen bare fikk en håndfull med oppdrag (basert på personlig meddelelse fra advokat Nils Christian Nordhus; tallene er fra NERS' register over sakkyndige i perioden 2018–2025).

Høy oppdragsmengde er ikke problematisk i seg selv, og gjentatt samarbeid er ikke nødvendigvis et habilitetsproblem. Men mønstrene bør undersøkes empirisk. At to sakkyndige har arbeidet sammen før, kan være en fordel – de kjenner hverandres arbeidsform. Svært stabile konstellasjoner over tid kan likevel reise spørsmål om variasjon og uavhengighet. NERS har løpende oversikt over hvor mange oppdrag som utføres av de sakkyndige. Transparens rundt ordningen vil kunne styrke tilliten.

Hva med rettspsykiatriske klinikker?

Rasmussen og Melle kaller ideen god og er ikke uenige i den, som er et godt utgangspunkt for videre diskusjon. Argumentet mitt er ikke at dagens arbeid er mangelfullt. Argumentet er at en institusjonell ramme kan samle flere kompetanseområder og metodiske ressurser rundt samme undersøkelse.

Rasmussen og Melle skriver at forskjellen i rettspsykiatrisk praksis mellom Norge, Sverige og Danmark i de alvorligste sakene «antagelig allerede er ganske liten». Skal påstanden brukes mot en annen organisering av sakkyndig arbeid, bør den undersøkes empirisk. Langvarig observasjon kan gi bedre informasjonsgrunnlag enn noen få samtaler med to sakkyndige. Men varighet sikrer ikke nødvendigvis metodisk kvalitet. Det avgjørende er hvordan observasjonene dokumenteres, hvilke verktøy som brukes, hvordan faglige perspektiver integreres, hvordan alternative hypoteser vurderes, og hvordan motstridende informasjon håndteres. Her har norsk rettspsykiatri fortsatt et utviklingsområde.

Wold et al. (2026) skriver at utvalg for rettspsykiatri gjennom hospiteringsbesøk har startet et arbeid med å sanke erfaring fra våre naboland. Formålet er å få mer kompetanse om hvordan rettspsykiatrisk sakkyndighet kan kvalitetssikres, og hvordan kompetanseutvikling og faglig oppdatering best kan ivaretas. Høsten 2026 skal utvalget besøke Rättsmedicinalverket i Göteborg blant annet, og i 2025 besøkte de Justisministeriet i Danmark.

ABC-kurs eller spesialisering?

Rasmussen og Melle har trolig rett i at min beskrivelse av sakkyndighetsutdanningen som et «kort ABC-kurs» gir et for snevert bilde. Rognum-utvalget bygget på at rettspsykiatrisk kompetanse skulle hvile på ordinær spesialistkompetanse i psykiatri eller klinisk psykologi, supplert med særskilt rettspsykiatrisk kompetanse på B- og C-nivå. Dagens modell bør derfor heller beskrives som en spesialistbasert rettspsykiatrisk kvalifisering. Men spørsmålet står: Sikrer modellen en felles metodisk standard? Diskusjonen om norsk rettspsykiatri har behov for å etablere en tydeligere sertifisering eller spesialisering, bør fortsette.

REFERANSER

Alfarnes, S. A. (2026). Breivik-saken skapte lite endring i rettspsykiatrien. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(7), 474–476. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso7ae-Breivik-saken-skapte-lite-endring-i-rettspsykiatrien

Dernevik, M. (2004). *Structured clinical assessment and management of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders.* [Doktorgradsavhandling, Karolinska Institutet]. https://hdl.handle.net/10616/39264

Grøndahl, P. (2010). *A comparative and empirical analysis of practices in Norwegian forensic psychiatry.* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo].

Rasmussen, K. & Melle, K.H. (2026). Status i norsk rettspsykiatri. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(9), 593–594. https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso9ae-Status-i-norsk-rettspsykiatri

Wold, A., Løvgren, P. J., Graasvoll, G., Sverdrup, K., Skjelbred, M. K. & Kosmo, L. Ø. (2026, 29. juni). Rettspsykiatrisk sakkyndighet har et forbedringspotensial. *Rett24*. https://rett24.no/articles/rettspsykiatrisk-sakkyndighet-har-et-forbedringspotensial

TEKST Øyvind Urnes
Privatpraksis

Replikk til Karterud om væren

KOMMENTAR TIL

Karterud, S. (2026). Kropp og sjel er forskjellige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(10), 655-656.



Kropp og sjel er forskjellige

Det som blir borte i Urnes sin tekst, er spørsmålet om væren.

Min forståelse er i tråd med Heideggers tenkning.

Spørsmålet om væren står sentralt i min artikkel. Min kollega og gode venn Sigmund Karterud har oversett denne problemstillingen i min tekst «Den kroppslige psyken – refleksjoner om psykiske lidelser», som ble publisert i Psykologtidsskriftets septemberutgave. Jeg skriver «vår subjektive væren og vår opplevde kropp utgjør to aspekter av den kroppslige psyken». Forståelsen av væren er forankret i «den erfarende kroppen» når vi mennesker handler og virker i verden. Jeg mener at denne forståelsen er i tråd med Heideggers tenkning om *dasein*. Hjernen kan absolutt tenkes og undersøkes uten psyken – hvorfor bruker Karterud ordet «sjelen»? – men psyken er forankret i hjernens nevronale prosesser.

Heldigvis vil kategorien borderline personlighetsforstyrrelse bli borte ved innføring av ICD-11 i 2028/29. Prototypen «borderline» er en tingliggjøring av værensproblemer hos personer med vanskeligheter med å finne seg selv og omgås med andre mennesker. Prototyper er objektivering av personers væremåte.

Huden og neglene er deler av vår opplevde kropp. Tenk på hvor mye vekt det blir lagt på negledesign og kosmetiske produkter.

KONTAKT oyvindurnes@online.no

Å gi tredjepart innsyn i klientens helseopplysninger krever etisk refleksjon om konsekvensene.

Når samtykket til å heve taushetsplikten ikke er nok



FOTO TORGEIR RØRVIK

TEKST Rebecka Mikkelsen
Jessheim Psykologsenter
Klinikk Toppetasjen

Psykisk vold i nære relasjoner har ulike ansikt og kan være vanskelig å fange opp. Kontrollerende atferd kan være en del av psykisk vold, og kan komme til uttrykk i sammenhenger som omhandler offerets helsesituasjon og møter med helsevesenet. Noen ganger kan kontrollen utøves gjennom tilgang på sensitive helseopplysninger om offeret. Hva skal psykologen gjøre når en pasient samtykker til hevet taushetsplikt overfor en tredjepart, og det samtidig er mistanke om vold og kontroll i relasjonen?

Et ja uten autonomi

Helsepersonell er opplært til å respektere pasientens autonomi. Pasienten eier sin historie, og har en bestemmelsesrett over hvem som skal få vite hva om han eller henne. Dette gjelder også taushetsbelagte helseopplysninger om pasienten. Taushetsplikten er til for pasienten, og pasienten kan regulere overfor hvem og hvilke instanser opplysningene gis videre. Denne reguleringen av informasjonsflyt er som regel ukomplisert. Men i noen tilfeller stiller saken seg annerledes, hvor et ja til hevet taushetsplikt ikke er uttrykk for pasientens rett til selvbestemmelse. Slik kan det være i relasjoner hvor pasienten er utsatt for kontroll fra en tredjepart, og tredjeparten ønsker innsyn i pasientens helseopplysninger.

KONTAKT rebecka@psykologjessheim.com

Tenk deg en voksen pasient som hever helsepersonellets taushetsplikt overfor partner, der partner kan få innsyn i diagnoser, vurderinger, tidligere behandling og journalopplysninger. I trygge relasjoner er dette som regel uproblematisk og tegn på tillit. Men det finnes relasjoner som er utrygge, hvor samtykket ikke bæres av tillit, men av frykt. Kanskje har helsepersonellet hatt flere samtaler med partneren, hvor vedkommendes behov og ønske om innsyn i kliniske opplysninger virker mer sentralt og påfallende enn omsorg for pasienten. Mistanken om vold i relasjonen kan ha ligget der lenge, uten at den har blitt direkte bekreftet. For noen pasienter kan det å fortelle om vold i relasjonen nesten virke farligere enn å ikke fortelle om den. For hvis ingenting skjer, forverres kanskje ikke volden. Det kan vekke en uro i den kliniske mageføelsen.

Hva skal helsepersonellet gjøre når pasienten samtykker til at taushetsbelagte opplysninger kan deles med en tredjepart hvor det er mistanke om voldsutøvelse i relasjonen? Den enkleste løsningen er å tenke at med samtykket i havn, er problemet løst. Pasienten har samtykket og beslutningskompetansen er til stede. Taushetsplikten er opphevet. Eller? Den etisk ansvarlige løsningen kan være å stoppe opp.

Gransking som ser ut som omsorg

Jeg mener at forståelse av kontroll som ledd i psykisk vold bør interessere enhver som arbeider i helsevesenet. For kontroll handler ikke bare om hvem man får møte eller hvor man får gå. Den kan rette seg mot selve retten til å ha noe for seg selv, som et terapirom og en journal. I noen relasjoner er tanken på å ikke ha kontroll på det som sies i dette private rommet, uutholdelig for den voldsutøvende part. For i nettopp dette rommet får ikke kontrollen over narrativet om hvem pasienten er, fritt spillerom. Det kan skape en uro hos den som utøver kontroll. Da melder spørsmålene seg. Hva sa du til psykologen? Hva vurderte psykologen? Fikk du en diagnose? Kan jeg få se journalen?

Uroen kan også komme til uttrykk gjennom at utøveren forsøker å påvirke klinikerens informasjonsgrunnlag om pasienten, eller ved å så tvil rundt troverdigheten ved pasientens egen rapportering. Sånn sett kan kontrollen infiltrere seg i klinikerens fortolkningsramme, dersom sistnevnte ikke er bevisst.

Enkeltstående spørsmål om hvordan det gikk hos psykologen, kan være helt normale i et nært forhold. Problemet oppstår når spørsmålene inngår i et mønster der tredjeparten ber om tilgang til taushetsbelagte opplysninger eller regelmessig ønsker å komme med egen informasjon om og perspektiv på pasienten for å utøve kontroll over vedkommende. I slike forhold kan tredjepartens innsyn i helseopplysninger være en betingelse for fred mellom pasienten og tredjeparten. Et slikt scenario utfordrer en av helsevesenets viktigste verdier: selvbestemmelse.

Et ufrivillig ja er ikke et gyldig ja

Like mye som autonomi innebærer å ha retten til å si ja, forutsetter den en reell mulighet til å si nei. Et samtykke til deling av taushetsbelagte opplysninger skal være *frivillig* og *informert* (helsepersonelloven § 22, 2026). Hvis en pasient som nekter tredjepart journalinnsyn risikerer å bli utsatt for psykisk vold og trusler, bør man vurdere om samtykket kan anses som frivillig eller ikke. Hvis ikke frivillighetskriteriet er oppfylt, er ikke samtykket gyldig. Det betyr ikke at helsepersonell skal erklære voksne pasienter ute av stand til å bestemme over egne opplysninger fordi vi mener de lever i vanskelige forhold. Det ville være et alvorlig tegn på paternalisme og en umyndiggjøring av pasienten. Men det betyr at vi må våge å undersøke konteksten rundt samtykket. Først må vi spørre om pasienten har beslutningskompetanse til å forstå hva delingen innebærer. Deretter om samtykket er tilstrekkelig informert, og om det faktisk er frivillig.

Helsedirektoratet presiserer at et gyldig samtykke gir helsepersonell rett til å gi opplysningene videre, men helsepersonellet kan likevel avstå fra å dele uten begrunnelse (2026). Samtidig kan også indirekte eller underforstått samtykke etter omstendighetene være tilstrekkelig. Direktoratet bruker interessant nok som eksempel på indirekte samtykke en pasient som kommer til konsultasjon med en ektefelle eller annen nærstående, og gjennom sin atferd anses å samtykke til at informasjon utveksles når tredjeperson er til stede. I relasjoner hvor tredjepart utøver kontroll som ledd av psykisk vold, er underforstått samtykke en etisk fallgruve, åpenheten kan være vanskelig å skille fra føyelighet som følge av frykt.

— Et journalnotat kan bli ammunisjon i en maktkamp utenfor terapirommet



ILLUSTRASJON KRISTIAN UTRIMARK

Samtykket er ikke en ordre som må følges blindt. Det er en juridisk åpning som ikke fritar helsepersonell for å bruke faglig skjønn. Hvis faglig skjønn og andre opplysninger tilsier at tredjeparts innsyn kan være til skade for pasienten, mener jeg det er grunn til å være føre var.

Helseopplysninger som ammunisjon

Å ha et kritisk blikk er særlig viktig i psykisk helsevern. En psykologs journal inkluderer pasientens subjektive fortellinger, terapeutens observasjoner, hypoteser, differensialdiagnostiske overveielser og beskrivelser av et menneske som gjør seg sårbart ved å våge å fortelle om høyst personlige anliggender. Tar man opplysningene ut av behandlingskonteksten og inn i en voldelig relasjon, kan formuleringene få et helt annet liv.

En diagnostisk hypotese kan bli presentert som en dom over hvem pasienten er. Kliniske beskrivelser kan brukes til å diskreditere pasientens oppfatning og troverdighet. Et journalnotat kan bli ammunisjon i en maktkamp utenfor terapirommet, og det kliniske verktøyet har fått en helt annen funksjon enn det det er ment å ha. Dette er særlig risikabelt dersom tredjeparten vil ha tilgang på dokumentasjon som beskriver pasienten med et klinisk språk. Det kliniske språket kan bli definerende utenfor behandlingskonteksten, særlig i rettslige sammenhenger.

Taushetsplikten beskytter et rom

Taushetsplikten er et juridisk hinder mot fri informasjonsdeling, men har også en psykologisk funksjon. Den skaper et trygt og privat rom til å tenke høyt i. Et lukket rom er særlig viktig for mennesker som lever i sterk relasjonell kontroll, og opplysningene som kommer frem i rommet, må forvaltes på en trygg måte. I slike situasjoner kan helsepersonellets oppgave være å verne om pasientens autonomi lenge nok til å avklare hva pasienten faktisk ønsker. Å spørre hva samtykket omfatter, og hva et nei kan koste, fratar ikke pasienten selvbestemmelse. Det tar selvbestemmelsen på alvor.

Retten til egen journal

Helsepersonells mulighet til å avstå fra å gi pasientopplysninger direkte til en tredjeperson, selv om pasienten har samtykket, er ikke det samme som å nekte pasientens eget innsyn. Pasientens rett til egen journal står svært sterkt. Pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 åpner bare for begrenset innsyn når det påtrengende nødvendig for å hindre alvorlig skade, eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til nærstående. Terskelen er høy, og begrensningen kan ikke uten videre gjelde hele journalen (2026).

En behandler kan derfor normalt ikke tilbakeholde innsyn i journalen i frykt for at tredjeperson kan få fatt i

den, for å så bruke den mot pasienten. Helsepersonellet kan med andre ord nekte å selv bli leverandør av opplysninger til en tredjepart som utøver kontroll og vold over pasienten. Å forhindre at pasienten gjennom egen innsynsrett og rett til kopi på journal blir en slik leverandør er vanskeligere. Vi kan undersøke om pasienten er beslutningskompetent, konteksten samtykket skjer under, og hvorvidt samtykket er informert. Å sørge for at helseopplysninger ikke blir et redskap som forsterker en mulig kontrollsituasjon, er en viktig oppgave. Men vi kan ikke uten videre konfiskere pasientens autonomi i autonomiens navn.

Frihet til å velge

Å blottlegge seg på det såreste forutsetter høy grad av trygghet og tillit i relasjonen, og at den som får innsyn, forvalter opplysningene på en omsorgsfull måte. Dessverre skjer ikke all blottleggelse under trygge rammer. Noen mennesker er i relasjoner der kontroll er forkledd som nærhet. Kontrollen kan være subtil og se ut som omsorg, mens realiteten er maktasymmetri og en kontrollerende atferd som ledd i et voldsbilde. Derfor er det viktig å huske på at et samtykke ikke fritar helsepersonell fra å utvise etisk bevissthet før de deler pasientopplysninger med øyne og ører som ikke tilhører pasienten selv. Noen ganger er den mest ivaretakende responsen på et samtykke til opphevet taushetsplikt derfor å avstå fra å dele umiddelbart, men å undersøke hvor reell pasientens mulighet til å *ikke* dele helseopplysningene faktisk er. For hadde pasienten friheten til å si nei?

REFERANSER

Helsedirektoratet. (2026, 1. juli). § 22. *Bortfall av taushetsplikt ved samtykke m.m.* https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/taushetsplikt-og-opplysningsrett/-22.samtykke-til-a-gi-informasjon

Helsepersonelloven. (2026). *Lov om helsepersonell.* (LOV-2026-06-19-42). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2026). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* (LOV-2026-06-19-42). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_6#§5-3

Anmeld bok for Psykologtidsskriftet

Bokanmeldelser er populært lesestoff hos oss.

Som bokanmelder holder du deg faglig oppdatert.

Interessert? Kontakt redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Psykologtidsskriftet

Mer informasjon:

Uten etterprøvbare premisser
mister testene vitenskapelig verdi.

Pearson svekker tilliten til faglige vurderinger



FOTO PRIVAT

TEKST Erik Winther Skogli
Gunn Nybakken
Stine Ericson
Elisabeth Øverland

I sitt svar til vår kronikk «Pearson hindrer nødvendig innsyn» (Skogli et al., 2026) skriver Gert Jaap Schoppink (2026) at Pearson har «endret måten normdata er presentert på» i sine nyeste tester. Han begrunner endringen med at testforlaget vil «beskytte testene mot uautorisert kopiering og bruk utenfor de kvalitetssikrede systemene testene er validert for». Schoppink viser til at manualene fortsatt inneholder informasjon om normeringsutvalg og psykometriske egenskaper, og mener opplysningene bidrar til kjennskap om testenes normgrunnlag.

Vi er glade for at Pearson tar ansvaret med å beskytte testenes integritet på alvor, og setter pris på at testleverandøren engasjerer seg i debatten. Vi ønsker likevel å kommentere noen av påstandene som fremsettes i tilsvaret til oss. Vi mener Pearson ikke svarer på vår kritikk, men i stedet argumenterer på en måte som er egnet til å villede.

Svarer ikke på kritikken

Det er ikke korrekt, slik Schoppink skriver, at Pearson kun har «endret måten normdata er presentert på». Realiteten er at normdataene i CELF-5 (Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Fifth Edition) og WAIS-5 (Wechsler Adult Intelligence Scale – Fifth Edition) ikke lenger blir presentert overhodet. Da kan ikke klinikerne lenger kontrollere normene de skal bygge vurderingene sine på, men må stole blindt på skåringsprogrammer de ikke har innsyn i. Tidligere feil ble oppdaget nettopp *fordi* klinikerne hadde tilgang på normene. Når Pearson fjerner denne tilgangen, fjernes også muligheten for å fange opp feil.

KONTAKT erik.winther.skogli@sykehuset-innlandet.no

MERKNAD Forfatternes tilhørighet fremkommer i nettutgaven.

Schoppink skriver videre at manualene fortsatt inneholder informasjon om normeringsutvalg og testenes psykometriske egenskaper, men later ikke til å ha forstått hva kritikken vår handler om. Beskrivelser av normeringsutvalg og testers psykometriske egenskaper er ikke ensbetydende med at normene nødvendigvis reflekterer populasjonen de er ment å representere. Problemene med WISC-III, Leiter-3 (Leiter International Performance Scale - Third Edition) og WISC-5 handlet ikke om mangelfulle beskrivelser av normdata eller testenes psykometriske egenskaper, men om normenes kliniske brukbarhet. For eksempelet med Koding i WISC-5 som vi viste til i vår opprinnelige kronikk, var problemet at normene ikke samsvarte med testens faktiske egenskaper. Igjen minner vi om at det var klinikerne selv som oppdaget problemet – fordi normene var kjent.

Alvorlig endring

Når Pearson hindrer innsyn som ellers kunne ha bidratt til å kvalitetssikre normdata, svekkes testenes faglige integritet. Enda mer alvorlig er det at endringen vil svekke tilliten til psykologiske og pedagogiske vurderinger som foretas på bakgrunn av Pearsons mye brukte tester. Faglige vurderinger uten åpne og etterprøvbare premisser mister sin vitenskapelige verdi.

Vi setter pris på at Pearson åpner for å diskutere problemstillingene vi adresserer, med fagmiljøet. Derfor oppfordrer vi fagforeninger, utdanningsinstitusjoner og helseforetak til å gå i dialog med testleverandøren om hvordan vi kan utforme morgendagens testverktøy, med god faglig kvalitetssikring i alle ledd.

REFERANSER

Schoppink, G. J. (2026). Pearson beskytter testenes integritet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(10), 663. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as09ae-Pearson-beskytter-testenes-integritet-

Skogli, E. W., Nybakken, G., Ericson, S., Køhn, K. & Øverland, E. (2026). Pearson hindrer nødvendig innsyn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 63*(9), 604–606. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as09ae-Pearson-hindrer-nodvendig-innsyn

LES PÅ PSYKOLOGTIDSSKRIFTET.NO

KRONIKK
Når taushetsbelagt informasjon bør deles

FAGARTIKKEL
Fra asylhager til evidensbasert behandling – fysisk aktivitet i psykisk helsevern

INTERVJU
Forskningen på psykedelika vokser opp

Psykologer må beskytte det mest private rommet vi har.

Mikrofoner ut av terapirommet



FOTO ENA KRESO

TEKST Aili Røtterud Løchen
Oslo kommune

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

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

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

Faglig og etisk avveiing

Helsedirektoratets retningslinjer for sertifiserte KI-verktøy er klare: Helsepersonell og virksomheter bør selv vurdere hva bruken av tale-til-utkast betyr for deres kliniske praksis og deres pasientpopulasjon (Helsedirektoratet, 2026).

KONTAKT ailiroloch@proton.me

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

ILLUSTRASJON KNUT LØVÅS

— Presset om å plassere mikrofoner i samtalerom hvor pasientene prøver å finne tillit til oss, er ubehagelig

Gevinster som høyere kvalitet på journalinnhold, raskere dokumentasjon og mer frigitt tid trekkes frem – men skal veies mot faglige og etiske vurderinger som kun den enkelte behandler og pasientgruppe kan foreta.

Retningslinjene fra Helsedirektoratet stiller også spørsmål til oss fagfolk: Er det noe ved akkurat deres pasientpopulasjon eller arbeidsform som krever ekstra varsomhet? Med tanke på hvor ofte psykologer møter mennesker som sliter med alvorlige traumer, tillitsvansker og grensesetting, skulle man tro vi ville gå varsomt frem og fylle debattspalter, diskusjoner og møterom med argumenter om hvordan mikrofoner kan påvirke terapirommet. Men den store debatten har foreløpig uteblitt.

Nedkjølingseffekter av overvåkning

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

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

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

Hemmer åpenhet og tillit

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

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

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

Tidkrevende journalføring

Journalføring og dokumentasjon er en tidstyv til bekymring for mange psykologer. Årsakene til at journal blir så tidkrevende ved enkelte arbeidsplasser, er sammensatte, men mikrofoner og fullstendige opptak av samtaler vil neppe løse problemene ved systemene vi allerede har. Én årsak til at journalføring tar tid, er de svært varierende normene for journalføring fra arbeidssted til

arbeidssted og behandlere imellom. Noen journalfører etter et «jo mer, jo bedre»-prinsipp, som innebærer mye unødvendig dokumentasjon som heller kan bli utleverende for pasienten, enn avgrenset til nødvendige helsefaglige vurderinger. En annen årsak er rett og slett dårlige journalsystemer. Jeg har selv vært borti systemer i det offentlige som henger seg opp i timevis, krever dobbel dokumentasjon i ulike brakker du må hente frem med bitte små knapper og ikoner med pikselgrafikk fra 90-tallet – uten gode muligheter for å kommunisere med fastlege og spesialisthelsetjeneste.

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

Å være tilliten verdig

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

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

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

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

Et klart og tydelig nei

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

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

REFERANSER

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

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

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

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

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

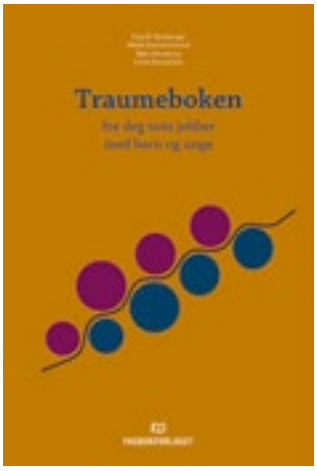
Lillekjendlie, A. (2026). Når terapirommet kobles på internett. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *63*(2), 98–100. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026as02ae-Nar-terapirommet-kobles-pa-internett

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

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

TEKST Thea Degvold
DPS Gjøvik
Svale Eines Amlien
DPS Gjøvik

Traumebølgen



BOK *Traumeboken – for deg som jobber med barn og unge*
FORFATTER Dag Øystein Nordanger, Bjørn Brunborg, Mette Garmannslund, Cristo Borracherro
ÅR 2026
FORLAG Fagbokforlaget
SIDER 212

Traumeboken kan være en felles referanseramme i møte med barn og unge med traumeerfaringer.

Traumeboken er en kort og praksisnær innføring i hvordan potensielt traumatiserende erfaringer kan påvirke barns utvikling, selvregulering og relasjoner, og i hvordan voksne rundt barnet kan bidra til trygghet og reguleringsstøtte. Boken er skrevet for en bred gruppe av fagpersoner som møter barn og unge, blant annet lærere, helsesykepleiere, miljøterapeuter og ansatte i barnevernet. Den handler ikke primært om psykoterapi eller bearbeiding av traumeminner, men om hvordan traumefaglig kunnskap kan brukes i barnets hverdagsmiljø.

Operasjonalisering av traumesensitiv omsorg

Bokens faglige hovedramme er utviklings- og reguleringsorientert. Utviklingstraumer forstås ikke bare ut fra det negative barnet har vært utsatt for, men også ut fra utviklingserfaringer barnet kan ha fått for lite av. Toleransevinduet brukes gjennomgående for å forstå over- og underaktivering, sammen med en nevrobiologisk inspirert forståelsesmodell for stress og regulering. Samregulering, mentalisering og trygge relasjoner beskrives som sentrale for utviklingen av barnets egen evne til å finne tilbake til toleransevinduet. Boken tar også opp dissosiasjon og integrasjonsvansker, og viser hvordan blant annet sterke atferdsuttrykk, selvskading og rus kan forstås ut fra hvilken funksjon de har for barnet.

Særpreget ligger i hvordan denne forståelsen omsettes til konkrete tiltak. Forfatterne beskriver hvordan de voksne kan arbeide bevisst omkring stress- og traumetriggere, tilpasse krav og grenser og hjelpe barnet til flere mestringsopplevelser. De foreslår også sansemessige, kroppslige og relasjonelle aktiviteter, blant annet lek, rytme, bevegelse og musikk, i tillegg til psykoedukasjon og samtaler med barnet. Samtidig rettes oppmerksomheten mot hjelperen selv: Selvregulering, mentalisering, veiledning og psykologisk trygghet i arbeidsmiljøet behandles som relevante for kvaliteten på samspillet med barnet. De siste delene av boken utvider perspektivet til recovery, resiliens, tverrfaglig samarbeid og betydningen av familiens og samfunnets rammebetingelser.

Vi mener boken passer særlig godt for ansatte i barnevernet og i barnevernsinstitusjoner. De arbeider med en selektert barne- og ungdomspopulasjon der alvorlig omsorgssvikt og traumelidelser forekommer hyppigere enn i barnebefolkningen generelt. Her vil traumeperspektivet derfor oftere være en relevant forståelsesramme, og bokens modeller og forslag til reguleringsstøtte kan relativt

— Boken favner bredt på få sider

direkte inngå i det miljøterapeutiske arbeidet. For lærere, helsesykepleiere og andre som møter barn gjennom universelle tjenester, er traumekunnskap også viktig, men traumeperspektivet må i større grad inngå som én av flere mulige forståelsesrammer for uspesifikke regulerings-, oppmerksomhets- og atferdsvansker.

Bokens styrke ligger i oversettelsen fra teori til praksis. Men noen ganger er veien litt for kort fra velment kunnskapsformidling til anbefalinger om bestemte intervensjoner. Felles biltur omtales for eksempel som en situasjon hvor «det trygghetsskapende er maksimert» (s. 136). Slik kan det godt være for mange barn, men noen kan også ha traumepåminnere knyttet til bil, eller oppleve det utrygt å være i en situasjon der fysisk avstand til den voksne vanskelig kan reguleres. Eksempelet illustrerer et mer generelt poeng: Hva som virker regulerende, avhenger av barnets historie, reaksjonsmønster og relasjonen til den voksne.

Den fjerde traumebølgen

Boken utgis i en tid der traumeperspektivet har fått en sterk posisjon både faglig og kulturelt. Judith Herman beskrev i *Trauma and Recovery* (1992) traumefeltets historie som tre bølger av faglig oppmerksomhet, knyttet til henholdsvis hysteri/overgrepstraumer, krigstraumer og relasjonelle traumer i forbindelse med kvinnefrigjøringen. Dagens brede interesse for utviklingstraumer kan kanskje forstås som en fjerde traumebølge.

At mennesker utsatt for vold, overgrep og alvorlig omsorgssvikt lettere får reaksjonene sine forstått i lys av det de har opplevd, er mer enn kun et faglig fremskritt. Slike oppmerksomhetsbølger har historisk også hatt en viktig politisk funksjon ved å gi utsatte grupper større offentlig anerkjennelse, flytte forklaringen fra individuell svakhet til erfaringer de faktisk har vært utsatt for, og gjøre disse erfaringene relevante for samfunnets ansvar, rettigheter og hjelpetilbud. Samtidig med slike oppmerksomhetsbølger følger en risiko for begrepsmessig ekspansjon. Haslam og McGrath (2020) har beskrevet hvordan *trauma* over tid er blitt brukt om stadig flere typer erfaringer. Jo bredere traumebegrepet og traumeperspektivet anvendes, desto viktigere blir det å skille mellom normale belastninger, potensielt traumatiserende hendelser, traumereaksjoner og traume*lidelser*.

Det samme problemet blir tydelig i omtalen av dissosiasjon. Begrepet brukes om ulike fenomener også i faglitteraturen. I en nyere paraplyoversikt over 75 systematiske oversikter og metaanalyser fant Garofalo og kolleger (2026) et tydelig misforhold mellom hvordan dissosiasjon konseptualiseres og hvordan fenomenet måles. Feltet er omtrent delt mellom kategoriske og dimensjonale forståelser, og selv om dissosiasjon hovedsakelig forstås som flerdimensjonalt, analyseres det ofte ved hjelp av én samlet totalskår. Studien etterlyser derfor bedre samsvar mellom teoretisk konseptualisering og operasjonalisering av begrepet. For en bok rettet mot lesere uten spesialistkompetanse, ville derfor enda tydeligere avgrensninger mellom dissosiasjon i klinisk betydning og andre former for frakobling og oppmerksomhetsendring vært nyttig.

Kritikken mot den moderne forståelsen av traumebegrepet er ikke først og fremst en kritikk av *Traumeboken*. Forfatterne er flere steder tydelige på at symptomene og atferdsuttrykkene de beskriver, ikke er spesifikke for traumer. Vår innvending handler snarere om formidlingseffekten. De konkrete og levende beskrivelsene av hvordan traumer kan påvirke selvregulering, relasjoner og utvikling, kan få større tyngde hos leseren enn de kortere forbeholdene om at de samme uttrykkene også kan ha andre forklaringer.

Her ligger også bokens viktigste spenn. Styrken er at forskningsbasert utviklings- og traumekunnskap gjøres forståelig og anvendelig for voksne som møter barn utenfor terapirommet. De konkrete reguleringsstrategiene, oppmerksomheten på hjelperens egen fungering og den tydelige miljøterapeutiske orienteringen gjør boken særlig relevant for tjenester som arbeider tett på utsatte barn. Samtidig øker nettopp tilgjengeligheten behovet for presisjon. Mange av tiltakene for trygghet, forutsigbarhet og reguleringsstøtte er gode også for barn uten traumelidelser, og de samme atferdsuttrykkene kan ha ulike årsaker. Når disse beskrives innenfor rammen av en bok om traumer, kan traumeperspektivet likevel få større forklaringskraft hos leseren enn forfatterne eksplisitt tillegger det.

Alt i alt er *Traumeboken* et vellykket og praksisnært bidrag til formidling av traumefaglig kunnskap. Den lykkes særlig godt med å vise hvordan utviklings- og reguleringsperspektiver kan omsettes til konkrete handlinger i barnets hverdagsmiljø. For psykologer kan den også være nyttig som felles referanseramme i samarbeid med barnevern, skole og andre tjenester. Boken favner bredt på få sider, og lykkes i stor grad med det den setter seg fore: å gjøre traumefaglig kunnskap forståelig og anvendelig utenfor terapirommet. Ψ

REFERANSER

Garofalo, C., Severi, I., Bruno, G., Delvecchio, E., Schimmenti, A. & Mazzeschi, C. (2026). The conceptualization and assessment of dissociation: An umbrella review of synthesis studies. *Clinical Psychology Review*, *124*, 102702. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2026.102702

Haslam, N. & McGrath, M. J. (2020). The Creeping Concept of Trauma. *Social Research, 87*(3), 509–531. https://www.jstor.org/stable/27215635

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Nordanger, D. Ø., Brunborg, B., Garmannslund, M. & Borracherro, C. (2026). *Traumeboken – for deg som jobber med barn og unge.* Fagbokforlaget.

Medlemsnytt er produsert av Norsk psykologforening.

Når kan journalopplysninger rettes eller slettes?


Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

Katja Boye
Rådgiver i Jus- og arbeidslivsavdelingen

Mange har spørsmål om reglene for retting og sletting av opplysninger i pasientjournaler. Reglene er strenge, særlig når noen ønsker at opplysninger skal fjernes helt.

En signert journal skal som hovedregel ikke endres. Samtidig er det grunnleggende for pasientens personvern og helsehjelp at journalopplysningene er korrekte. Derfor finnes det regler om retting og sletting.

Retting innebærer at uriktige, ufullstendige eller utilbørlige opplysninger korrigeres på en etterprøvbar måte. Sletting innebærer at opplysningene fjernes, og vilkårene er derfor strengere.

Retting av journalopplysninger

Etter helsepersonelloven § 42 skal helsepersonell rette uriktige, ufullstendige eller utilbørlige opplysninger eller formuleringer. Det kan skje på eget initiativ eller etter krav fra den opplysningene gjelder. Eksempler kan være feil navn eller fødselsdato, eller mangelfulle opplysninger om helsetilstand eller behandling.

Det er helsepersonellet som har ført journalen, eller den som har det overordnede ansvaret, som vurderer om vilkårene for retting er oppfylt. I en helseinstitusjon er det den journalansvarlige som tar avgjørelsen, så langt som mulig i samråd med den som skrev journalnotatet.

Når opplysningene rettes, skal den opprinnelige teksten ikke strykes over, overskrives eller på annen måte gjøres uleselig. Journalen skal i stedet føres på nytt, eller tilføyes en datert rettelse. Da er det mulig å se både den opprinnelige opplysningen og hva som senere er korrigert.

Et signert journalnotat kan altså korrigeres når vilkårene er oppfylt, men rettingen må skje slik at journalen fortsatt er etterprøvbar.

Sletting av opplysninger krever mer

Sletting av hele eller deler av en pasientjournal reguleres av helsepersonelloven § 43. Vilkårene er strengere enn ved retting. Journalen skal dokumentere helsehjelpen som er gitt, muliggjøre tilsyn i ettertid og kan ha betydning ved et eventuelt erstatningskrav.

For at opplysninger skal kunne slettes, må slettingen være ubetenkelig ut fra allmenne hensyn. Den må heller ikke være i strid med arkivlova. Dette er særlig aktuelt for journaler fra offentlige virksomheter.

I tillegg må minst ett av følgende vilkår være oppfylt:

- Opplysningene er feilaktige eller misvisende og føles belastende for den de gjelder.
- Opplysningene er åpenbart ikke nødvendige for å gi pasienten helsehjelp.

Kravet om at slettingen må være ubetenkelig ut fra allmenne hensyn, viser til at det ikke er hensynet til pasient som skal vurderes, men hensynet bak dokumentasjonsplikten. Sletting kan føre til at opplysninger om behandlingen eller vurderingen av pasientens helsetilstand går tapt. Opplysninger som kan ha betydning for fremtidig helsehjelp, tilsyn eller et senere erstatningskrav, taler mot sletting av opplysningene, selv om pasienten opplever dem som belastende.

Dersom journalen kan dokumentere gjentatte eller systematiske feil i behandlingen av flere pasienter, kan hensynet til kontroll og tilsyn være særlig relevant. Dette må vurderes konkret i hver sak. Opplysninger som ikke er eller har vært av betydning for dokumentasjonen av helsehjelpen, vil lettere kunne oppfylle kravet om at sletting. Som eksempel på dette viser Helsedirektoratet til opplysninger om pasientens etnisitet eller politiske ståsted.

Hva skjer dersom kravet avslås?

Dersom et krav om retting eller sletting avslås, skal kravet og begrunnelsen dokumenteres i journalen. Avslaget kan påklages til Statsforvalteren, og psykologen må informere pasienten om klagemuligheten.

Det er helsepersonellet som vurderer om vilkårene for retting eller sletting er oppfylt.

Trenger du noen å diskutere vilkårene med, kan du kontakte Jus- og arbeidslivsavdelingen. Les mer på psykologforeningen.no.

Medlemsnytt er produsert av Norsk psykologforening.

NORSK PSYKOLOG FORENING

Blir det jobb til alle nye psykologer?



Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen

Bjarte Bønes Bruntveit

Visepresident i Psykologforeningen

Arbeidsmarkedet for psykologer synes å ha blitt trangere det siste året, men behovet for psykologtjenester er ikke mindre enn før.

Økt antall psykologer og mindre vekst på de største arbeidsplassene våre skaper bekymringer. Jeg tror likevel det er store muligheter. Det ville være et merkelig valg å utdanne stadig flere psykologer samtidig som vi aksepterer ventelister, manglende kommunale psykologtjenester og udekkede behov blant eldre.

Når Norge får stadig flere psykologer, bør ambisjonen være å bruke dem for å løse disse samfunnsutfordringene. Spørsmålet er derfor ikke først og fremst om Norge har bruk for alle psykologene som utdannes. Spørsmålet må være hvordan vi velger å ta kompetansen deres i bruk.

Arbeidsmarked i endring

I år har det i økende grad kommet henvendelser og uttalelser om at arbeidsmarkedet for psykologer har endret seg. Flere tillitsvalgte og enkeltmedlemmer forteller at arbeidsmarkedet for psykologer har endret seg. De forteller om lengre søkerlister og at det er vanskeligere å få jobb. Dette gjelder ikke bare de store byene, også steder der det tidligere har vært lett å få jobb opplever økt konkurranse.

> «Psykologtjenester kuttes raskt når lovpålagte tjenester må prioriteres.»

Vi har ikke statistikk og tall som viser at arbeidsledighet er et problem hos psykologer, men det er grunn til å tro at det tar lengre tid for nyutdannede å få sin første jobb. De som da vil ha størst utfordringer med å finne jobb, er psykologer på lisens, det vil si psykologer som har tatt utdannelsen i utlandet. Også i privat sektor blir konkurransen større.

Behovet er ikke borte

Det er verdt å skille mellom behov og etterspørsel. Det er ikke blitt færre pasienter i psykisk helsevern og vi har mye vi kan gjøre bedre innen forebygging og inkludering i skole og arbeidsliv.

Etterspørselen etter psykologarbeidskraft styres av økonomiske rammer og politiske prioriteringer. Helseforetak og kommuner har strammere økonomi og mindre rom til å ansette. Den største arbeidsgiveren for psykologer er helseforetakene,

> «Psykologene har vært svært ettertraktet på arbeidsmarkedet.»

og flere foretak har innført ansettelsesstopp eller andre begrensninger for å få kontroll over økonomien. Det gjør at det lyses ut færre stillinger.

Mange kommuner har dessuten stram økonomi. Psykologtjenester kuttes raskt når lovpålagte tjenester må prioriteres.

Den store mangelen på helsepersonell

I Helsepersonellplan 2040 anslås det at Norge vil mangle 42 000 helsearbeidere i 2040. Det meste av mangelen gjelder sykepleiere og helsefagarbeidere, som utgjør 39 000 av disse.

For de andre gruppene er bildet mer variert. Statistisk sentralbyrå sine prognoser peker mot mangel på bioingeniører, helsesekretærer, vernepleiere, jordmødre, radiografer, tannleger og fysioterapeuter. Prognosene anslår samtidig et overskudd av psykologer, leger, ergoterapeuter og tannpleiere. Dersom beregningene slår til, vil dette kunne gi et annet arbeidsmarked enn det profesjonen har vært vant til. Samtidig har tidligere spådommer om overskudd på psykologer ikke slått til. Psykologene har vært ettertraktet på arbeidsmarkedet.

Den store veksten av psykologer

Til tross for prognoser om overskudd av psykologer, har det blitt startet to nye profesjonsstudier i år. Det blir i dag gitt autorisasjon til rundt 500 psykologer hvert år, som er nær en dobling på 20 år.

Mellom en fjerdedel og tredjedel av nye norske psykologer har tatt utdannelsen i utlandet. Derfor er det fornuftig at en prøver å utdanne en større andel i Norge. Interessen for faget er svært stor, og det er langt flere søkere enn studieplasser.

«Det er politisk flertall for å fortsterke opptrappingsplanen for psykisk helse.»

Hvor skal psykologene jobbe?

Det er knyttet usikkerhet til prognosene om overskudd på psykologer. De forteller ikke noe om hvor stor viljen er til å satse på tjenestene der psykologene jobber. Tidligere prognoser tydet på at veksten i spesialisthelsetjenesten skulle stoppe opp. I stedet har tjenestene vokst kraftig. Hvis helsetjenestene vokser mer enn antatt kan det også endre behovet for psykologer. I tillegg er det politisk flertall for å forsterke opptrappingsplanen for psykisk helse.

Det burde bety noe.

Eldre er en gruppe som bruker psykologtjenester mindre enn resten av befolkningen. Her er det store udekkede behov, og det finnes betydelige muligheter for å utvikle tjenestene videre.

Det er også viktig å ha en bred forståelse av hva psykologkompetanse kan brukes til. Psykologer bidrar på langt flere arenaer enn i spesialisthelsetjenesten.

Likeverdige tjenester til hele landet er en ambisjon som kan oppnås når det er balanse mellom tilbud og etterspørsel. Mange kommuner har i dag ikke tilknyttet psykolog selv om det er lovpålagt. Med politisk vilje til å prioritere dette, kan flere psykologer få jobb i kommunene.

Privat sektor har dessuten økt de senere årene, og er den nest største sektoren for psykologene. Her vil mange som ikke får hjelp i det offentlige henvende seg. Det er også en sektor som er ganske sammensatt og variert. Uavhengig av hvem som styrer Norge, er det sannsynlig at privat sektor vil vokse.

Samfunnet har behov for en styrket opptrappingsplan for psykisk helse. Diskusjonen bør derfor handle mindre om overskudd av psykologer og mer om hvordan vi skal bruke dem til å styrke tjenestene.





Grunnutdanning i EMDR

Digitalt oppfriskningskurs i EMDR
17. mars 2027

Trinn 1
Trondheim, 19.-21. mai 2027
Bergen, september 2027

Trinn 2
Trondheim, 19.-21. januar 2027

Jeg kan og hentes inn som intern kursholder andre steder i landet.

Nærmere informasjon og påmelding:
emdrkurs@janneamundsen.no

Kursholder:
Janne Ekeberg Amundsen
Psykologspesialist
EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Ønsker du å annonsere?

Neste utgivelse er 1. desember, frist for å bestille annonse er **16. november**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Desember	16. november	1. desember
Januar	14. desember	4. januar
Februar	15. januar	1. februar

Kontakt oss for mer informasjon:
Unni Sandland
E-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Telefon 23 10 31 33

Psykologtidsskriftet

Pearson

WAIS–5

Wechsler Adult Intelligence Scale, femte utgave

WAIS-5 er en individuelt administrert test for vurdering av kognitive evner hos ungdom og voksne.



WAIS-5 bidrar til en omfattende og dyptgående vurdering av kognitive evner. Den overordnede teststrukturen er revidert i tråd med den nyeste forskningen på intelligens, og antallet primære indekser er nå økt til fem. I tillegg er det utviklet femten supplerende indekser som hjelper med å få et enda mer nyansert bilde av individets kognitive funksjoner. WAIS-5 bygger på helt nye skandinaviske normdata for alderen 16–90 år. Nye digitale WAIS-løsninger er også tilgjengelige for den femte utgaven: iPad-basert administrering på plattformen Q-interactive og nettbasert skåring på Q-global.

Les mer på pearsonclinical.no/wais-5

NORSK PSYKOLOG FORENING

Obligatorisk program i

Habiliteringspsykologi

Sted og dato: Oslo, 18.–19. januar 2027

Påmeldingsfrist: 14. desember 2026
Pris per kurs: Medlem kr 9 100 / ikke medlem 18 200

Liker du å arbeide med utfordrende problemstillinger i skjæringspunktet mellom utviklingspsykologi, nevropsykologi, nevrologi og psykiske lidelser? Da vil habiliteringspsykologi være noe for deg.

Psykologforeningen starter kurs i obligatorisk program i habiliteringspsykologi i januar 2027.

Målgruppe
Målgruppen er psykologer som har fullført fellesprogrammet og som ønsker å arbeide med barn, unge og voksne med tidlig ervervede eller medfødte somatiske og nevropsykologiske tilstander som medfører ulike former for funksjonshemming i hverdagen.

Habiliteringspsykologen arbeider med utredning og behandling av barn og voksne med komplekse tilstander. Pasientene har ofte omfattende bistandsbehov som krever samarbeid mellom flere spesialister og med hele systemet rundt pasienten. Spesialister i habiliteringspsykologi arbeider innenfor spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, statlige kompetansesentra, PPT, og med sakkyndighetsarbeid, offentlig forvaltning, forskning og fagutvikling.

Målsetting
Gjennom praksis, kurs og veiledning er det forventet at det obligatoriske programmet skal gi psykologen inngående kunnskap, og ferdigheter innenfor sentrale habiliteringspsykologiske temaer.

Les mer om kurset og meld deg på her:

Søke jobb

Kontakt tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, så sender vi deg gjerne en e-post når nye stillingsannonser publiseres

Psykologtidsskriftet

Mindfulness MBSR kurs

med psykologspesialister

Et 8 ukers forskningsbasert mindfulness kurs for deg som vil lære om stressmestring, finne større indre ro, tilstedeværelse, selvaksept, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde

Kursstart 19. januar 2027

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 24 timers vedlikeholdskurs



Håkon Ruud og Cathrine Helgø Sasson, psykologspesialister og MBSR lærer

Påmelding og kursinformasjon:
www.mindfulnesskurs.org

NORSK PSYKOLOG FORENING

Stipend

Psykologer i ledelse

Søknadsfrist: 4. januar 2027

Les mer søk her:

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2027 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening
v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo,
e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

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

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

HELSE SØR-ØST

LEDIG PSYKOLOGKONTOR
I ROMERIKE HELSEBYGG, LILLESTRØM

Fra 1.2.27 blir det helt eller delvis ledig kontor hos Romerikspsykologene, et fellesskap med 5 kontorer samt venterom og andre fasiliteter.

For nærmere informasjon kontakt Elisabeth Myrstad på tlf. **918 20 772** eller en av følgende epostadresser: **elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no** eller **myrstad.elisabeth@gmail.com**

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:

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.



Psykologtidsskriftet

Meld deg på:

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 Aanondsen
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
Nina Sofie Hermann
nordtrondelag@psykologforeningen.no
480 06 520

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 arbeidslivspolitikk
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

Forhandlingsutvalg for privat praksis
Bjarte Bønes Bruntveit, leder
bjarte@psykologforeningen.no
909 98 052

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

Fag- og profesjonsrådet
Chris Margaret Aanondsen, 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

Familiepsykologi
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
spu@psykologforeningen.no
950 10 201

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

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG
Peter Hurlen, leder
ypu@psykologforeningen.no

MENNESKERETTIGHETS-UTVALGET
Anna Helle-Valle, leder
mru@psykologforeningen.no
472 40 705

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

UTVALGET FOR KJØNNS- OG SEKSUALITETSMANGFOLD
Martin Rosmo Hansen, leder
martin.rosmo.hansen@gmail.com
473 03 919

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 Riekeles 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

Ida H. Rosenqvist, kommunikasjonssjef
ida@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