

1

2

Psykologisk institutt

Utredning av fremtidig klinikkdrift

Tor Endestad, Margrethe Seeger Halvorsen, Linda Tveit og
Joakim Dyrnes
23.01.2018

3 Sammendrag

4 Arbeidsgruppen har utredet to hovedmodeller for instituttets klinikker, enten organisert som
5 internklinikk eller eksternt organisert ved helseforetak. Arbeidsgruppen har vurdert hvordan
6 modellene får konsekvenser for faglig autonomi, pedagogikk og faglig innhold, økonomi og arealer,
7 lover og forskrifter, system og struktur.

8 Ved en samlet vurdering av alle momentene for ulike modeller har arbeidsgruppen kommet til å ville
9 anbefale en intern organisering av klinikkdriften ved PSI. For lovverk, systemansvar, økonomi og
10 oppfølging av pasienter er det etter arbeidsgruppens mening ingenting som tilsier at vi bør velge
11 enten eksternt eller intern organisering. Det er for eksempel ingenting ved rundskriv I-6/2017 fra
12 Helse- og omsorgsdepartementet som gir spesifikke føringer i retning av å ikke kunne organisere
13 denne type klinikkundervisning som intern klinikk. Det er arbeidsgruppens oppfatning at lov og
14 systemansvar samt ivaretagelse av pasienter vil kunne ivaretas i tilstrekkelig grad ved intern
15 organisering.

16 Det vesentlige ved vår vurdering er at det er større grad av faglig autonomi og enklere oppfølging av
17 pedagogikk med intern organisering. Det er også nå mulig å integrere klinikken arealmessig uten at
18 dette går på bekostning av annen undervisnings- eller forskningsaktivitet ved PSI.

19 Samtidig vil arbeidsgruppen peke på at det er viktig å utvikle klinikken med tanke på hvordan hele
20 profesjonsprogrammet svarer på samfunnsoppdraget. Klinikken virker noe underbrukt i
21 undervisningen og med den ekspertise og administrative ressurs som legges til klinikken bør det
22 utredes hvordan internklinikken kan bidra til forpraksiser, førstelinjeerfaring samt kvalitetssikring av
23 praksiser gjennom studieløpet.

24 Arbeidsgruppen anbefaler derfor en intern modell for organisering av klinikk ved Psykologisk
25 Institutt.

26

28 Innholdsfortegnelse

29	<i>Sammendrag</i>	1
30	1. Bakgrunn	4
31	2. Avgrensninger for arbeidsgruppens arbeid	4
32	3. <i>Kort bakgrunn for klinikkene</i>	5
33	4. Beskrivelse av klinikkene og praktikum	6
34	4.1. <i>Praktikum – behandlingstilbud, inntaksprosedyrer og pasientgrunnlag</i>	6
35	4.2. <i>Pedagogiske premisser for praktikumsundervisningen</i>	6
36	4.3. <i>Faglige premisser for praktikumsundervisningen</i>	7
37	4.3.1. Kort om psykiske lidelser, psykologisk behandling og psykologers arbeidsområder	7
38	4.3.2. Kort beskrivelse av Evidensbasert praksis i psykologi	7
39	5. Modeller	8
40	5.1. Model 1, Intern organisering	8
41	5.2. Model 2, Ekstern organisering	9
42	5.3. Hybrid	10
43	6. Faglig autonomi	10
44	6.1. <i>Beskrivelse</i>	10
45	6.2. <i>Diskusjon</i>	11
46	7. Pedagogikk og faglig innhold	11
47	7.1. <i>Beskrivelse</i>	11
48	7.2. <i>Diskusjon</i>	12
49	8. Pedagogisk grunnlag for seleksjon av pasienter	12
50	8.1. <i>Beskrivelse</i>	12
51	8.2. <i>Diskusjon</i>	12
52	9. Rekruttering av veiledere og ønsket kompetanseprofil	13
53	9.1. <i>Beskrivelse</i>	13
54	9.2. <i>Diskusjon</i>	13
55	10. Økonomi og arealer	13
56	10.1. <i>Beskrivelse</i>	13
57	10.2. <i>Diskusjon</i>	15
58	11. Aktuelt lov- og regelverk	16
59	11.1. <i>Diskusjon</i>	17
60	12. Roller, ansvar, system og struktur	18
61	12.1. <i>Undervisning</i>	18
62	12.2. <i>Behandling</i>	19
63	12.3. <i>Diskusjon</i>	20
64	13. Anbefaling av modell	20
65	13.1. <i>Intern organisering</i>	21
66	13.1.1. Fordeler	21
67	13.1.2. Ulemper	21

68	13.2. Ekstern organisering	22
69	13.2.1. Fordeler	22
70	13.2.2. Ulemper	22
71	13.3. Oppsummerende tabell	22
72	13.4. Oppsummering og konklusjon	23
73	14. Anbefalinger for veien videre	23
74	Vedlegg 1: Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis	25
75	Vedlegg 2: Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi	29
76	Vedlegg 3: Ethiske prinsipper for nordiske psykologer	38
77	Vedlegg 4: Læringsmål PSYC6310 – Praktikum	45
78		
79		

80

81 1. Bakgrunn

82 Internklinikkene ved PSI ble midlertidig stengt av universitetsledelsen 10. oktober da de var i tvil om
83 hvorvidt driften var i tråd med gjeldende lovverk.¹ Klinikken ble gjenåpent 6. november etter at
84 påpekte avvik var lukket. Som følge av diskusjonen som har vært ang organisering av klinikkdriften,
85 både internt på instituttet og i universitetsledelsen, ble saken tatt opp i universitetsstyret den 24.10.

86 Universitetsstyret fattet følgende vedtak i sitt møte 24.10, punkt 4 og 5.

- 87 • Arbeide for å finne frem til modeller for mulig fremtidig organisering som sikrer at faglig
88 autonomi i utformingen av studentpraksis videreføres.
- 89 • Fremtidig organisering av undervisningsklinikkene er primært et ansvar for ordinære fag- og
90 styringsorganer. Endelig vedtak av modell vil fattes av Universitetsstyret etter en prosess
91 som sikrer involvering av studenter og ansattes medbestemmelse. Dette innebærer
92 behandling i styrene ved Psykologisk institutt og Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

93 På bakgrunn av dette vedtaket nedsatte instituttstyret i sitt møte 4. desember, en arbeidsgruppe
94 bestående av Tor Endestad, Margrethe Seeger Halvorsen, Linda Tveit (studentrepresentant) og
95 Joakim Dyrnes (sekretær). Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

96 *«Arbeidsgruppen skal utrede to hovedmodeller for instituttets klinikker: 1. studentklinikkene
97 organiseres av Psykologisk institutt, 2. studentklinikkene organiseres ved/i samarbeid med et
98 helseforetak. Arbeidsgruppen skal utrede faglige, pedagogiske, juridiske, økonomiske, arealmessige
99 og administrative konsekvenser, samt andre forhold som styret eller arbeidsgruppen finner relevante.
100 For å sikre faglig autonomi i henhold til vedtaket i universitetsstyret, bes arbeidsgruppen om å legge
101 vekt på modeller som sikrer faglig autonomi. Arbeidsgruppen skal anbefale modeller, og gi en
102 grundig og deskriptiv analyse som beslutningsgrunnlag for styret. Arbeidsgruppen skal sende
103 dokumentet på høring og dokumentet kan justeres etter høringssvar. Det justerte dokument skal
104 ligge til grunn for drøftingsmøter, diskusjoner på allmøter med studenter og ansatte og liknende,
105 samt for styrets beslutning vedrørende anbefalt modell.»*

106 Arbeidsgruppen har hatt frist om å sende utkast til rapport på høring 16. januar med mål om vedtak i
107 instituttstyret 30. januar.

108 2. Avgrensninger for arbeidsgruppens arbeid

109 Tiden arbeidsgruppen har fått til rådighet er svært kort. Dette utredningsarbeidet vil derfor være
110 begynnelsen på et større arbeid med å reorganisere klinikken. Dette kan sees på som en konseptfase
111 hvor det i stor grad handler om å utrede rammene for det videre arbeidet. Av disse grunnene har det
112 vært et behov å avgrense utredningsarbeidet.

113 Arbeidsgruppen har forholdt seg til skriftlige kilder som relevant lovverk, advokatfirmaet KLUGEs
114 rapport av 17.10.20, Helse- og Omsorgsdepartementets rundskriv av 15.12.2017, anbefalinger fra
115 Norsk Psykologforening samt hatt diskusjoner med representanter for Oslo Universitetssykehus,
116 Lovisenberg sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Sunnaas sykehus og Universitetsklinikkene ved
117 henholdsvis universitetene i Bergen, Trondheim og Tromsø.

¹ Vi forutsetter at bakgrunnen for stengningen av klinikkene er kjent.

118 I universitetsstyrets vedtak og i instituttstyrets vedtak om mandat for arbeidsgruppen, brukes
119 begrepet modeller. I rapporten forstår vi og bruker begrepet modell om hvorvidt klinikken skal være
120 intern, altså driftes av PSI, eller om klinikken skal driftes sammen med en ekstern aktør. Der det er
121 aktuelt å snakke om ulike måter å organisere en intern eller ekstern klinikk, vil dette bli presisert.

122 Arbeidsgruppen vil i sin anbefaling ikke gå i detalj i hvordan klinikkene skal driftes, men skissere
123 hovedlinjer og særlig vise til hvordan valg av modell kan få konsekvenser for drift. Det vil bli tatt
124 utgangspunkt i de emnebeskrivelser og målsettinger som i dag er for emner lagt til klinikken. Dette
125 betyr at arbeidsgruppen ikke har utredet hva slags pedagogikk eller hva slags faglig innhold som skal
126 ligge i praktikum, men peke på hvilke konsekvenser valg av organisering vil ha å si for det
127 pedagogiske og faglige innholdet.

128 Vi har valgt fem tematiske områder eller kriterier arbeidsgruppen mener det er viktig å forholde seg
129 til når gruppen skal anbefale hvorvidt klinikken skal organiseres internt eller eksternt. Disse er:

- 130 • faglig autonomi
- 131 • pedagogikk og faglig innhold
- 132 • økonomi og arealer
- 133 • lover og forskrifter
- 134 • system og struktur

135 I instituttstyrets vedtak om arbeidsgruppens mandat står det at ekstern organisering må forstås som
136 samarbeid med et helseforetak. En ekstern organisering kunne også vært forstått som et samarbeid
137 med kommunal sektor. I det videre arbeidet vil ekstern organisering omhandle samarbeid med
138 spesialisthelsetjenesten, men arbeidsgruppen vil ikke utelukke at det vil være fornuftig på et faglig
139 grunnlag å også kunne samarbeide om klinikk med kommunen. I arbeidet med denne rapporten har
140 arbeidsgruppen kun vurdert helseforetak som potensielle samarbeidspartnere, og har derfor
141 innhentet informasjon fra slike foretak.

142 Ekstern organisering vil heller ikke si at en ekstern aktør, helseforetak eller kommune, skal ta over
143 det faglige og pedagogiske ansvaret. En ekstern organisering forutsetter et samarbeid hvor det
144 faglige og pedagogiske innholdet bestemmes av PSI.

145 3. Kort bakgrunn for klinikkene

146 Den første internklinikken ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, ble opprettet i 1975 for å
147 sikre studentenes opplæring i praktisk klinisk arbeid. Fra å være én klinikk i 1975, er det i dag fire
148 underklinikker eller seksjoner; tre voksenklinikker (Klinikk for dynamisk terapi (DT), Klinikk for
149 integrativ psykoterapi (IPT) og Klinikk for nevropsykologi (Nevro)) og én barneklinnikk (Klinikk for
150 barne- og familierapi (BFT)). Det har også kommet et forslag om å opprette en fordypningspraksis i
151 behandling av psykoselidelser.

152 Alle klinikkene er *undervisningsklinikker* der *opplæring i psykologisk behandling* er hovedformålet, og
153 der teori, forskning og praksiserfaring søkes integrert for dette formålet. De tre voksenklinikkene er i
154 dag internt organisert på PSI. BFT er i dag organisert eksternt, i samarbeid med Nic Waals
155 Institutt/Lovisenberg Diakonale Sykehus.

156 Klinikkvirksomheten inngår i den avsluttende kliniske opplæringen som kalles praktikum (PSYC6310 -
157 praktikum). Praktikumsundervisningen ved PSI går over to semestre på siste studieår og utgjør 20
158 studiepoeng av profesjonsprogrammets 360 studiepoeng. Ferdighetsopplæring gis i en rekke emner
159 og praksiser i løpet av profesjonsprogrammet, mens praktikum gir en særlig fordypende opplæring
160 i ferdigheter som behandler. Undervisningen drives i grupper på 3-4 studenter under veiledning av

161 faglærere med lang erfaring både som behandlere og pedagoger. Hver gruppe følger
162 behandlingsforløpet for inntil 3-4 pasientsaker. Parallelt er det spesifikke og langsgående
163 fordypningskurs ved den enkelte klinikk som gir den teoretiske tilleggsfordypningen til
164 praktikumkurset. De fire klinikkene, slik de driftes i dag, utgjør totalt sett en relativt avgrenset og
165 oversiktlig virksomhet. Det er til enhver tid ca. 50 klienter i behandling, og det gjennomføres og
166 avsluttes ca. 60 behandlingsforløp per år. Studentene kan ønske seg til én av de fire klinikkene, og
167 blir fordelt i henhold til antall plasser.

168 4. Beskrivelse av klinikkene og praktikum

169 4.1. Praktikum – behandlingstilbud, inntaksprosedyrer og pasientgrunnlag

170 Rekruttering av pasienter til klinikkene gjøres ut fra behovs- og forsvarlighetshensyn. Pasientene har
171 et behandlingsbehov, men alvorlighetsgraden vurderes ut fra hva som er forsvarlig innen rammene
172 av et studentterapitilbud. IPT- og DT-klinikkene er et tilbud for pasienter med ulike former for
173 psykiske vansker (f.eks. angstlidelser, depressive tilstander, rusrelatert problematikk,
174 spiseforstyrrelser, identitets- og selvfølelsesproblematikk, relasjonsproblemer, traumer og
175 personlighetsproblematikk). Dette er allmenne menneskelige problemer, som kan medføre en
176 betydelig lidelse for den det gjelder, men som man ved å tilby tidlig hjelp, kan forhindre at blir mer
177 omfattende og alvorlige problemer. Variasjon i pasientgrunnlaget er avgjørende for at studentene
178 får bred erfaring med ulike tilstander og pasientforløp. Nevro-klinikken gir tilbud til pasienter som
179 har ervervede nevrologiske tilstander, eksempelvis traumatisk hodeskade, hjerneslag (infarkt eller
180 blødning), hjernesvulst eller annet (ikke nevrodegenerative tilstander som f.eks. demens) som har
181 medført lettere kognitive og psykologiske følgetilstander/sekveler (alle er vurdert av spesialist i
182 klinisk nevropsykologi til å være samtykkekompetente). Barneklubben gir tilbud til barn med
183 kognitive, emosjonelle og/eller atferdsmessige problemer, og deres familier.

184 Et viktig inntakskriterium ved klinikken er at de pasienter som tas inn, har evne og mulighet til å
185 følge et regelmessig behandlingsforløp. Av forsvarlighetshensyn tar klinikkene ikke imot personer
186 med omfattende rusproblemer, pasienter uten fast bopel, psykoseproblematikk, dype depresjoner,
187 eller akutt suicidalfare, da disse best ivaretas av spesialisthelsetjenesten. For IPT- og DT-seksjonene
188 er behandlingstilbudet annonsert på hjemmesiden til Psykologisk institutt. Klinikken tar også imot
189 pasienter etter henvisning fra fastlege eller annen behandlingsinstans der det er gjort en faglig
190 vurdering om egnethet og hvor pasienten er orientert og innforstått med rammene for
191 behandlingstilbudet. Pasientene som er aktuelle for nevropraktikum rekrutteres i hovedsak fra
192 Sunnaas sykehus. Unntaksvis er pasienter henvist fra kolleger ved andre helseforetak som kjenner til
193 tilbudet, for eksempel Oslo Universitetssykehus. Nødvendig informasjon om pasientens tilstand
194 innhentes da. Ved BFT rekrutteres klientene fra NWI. De utredes ved NWI og vurderes med hensyn til
195 egnethet for studentterapi, før de tas inn ved BFT-klinikken.

196 4.2. Pedagogiske premisser for praktikumsundervisningen

197 Praktikum (PSYC6310) bygger på basalkursene og de foregående kliniske kursene opp gjennom
198 profesjonsstudiet. Studentene har vært i for- og hovedpraksis ute i ulike institusjoner og
199 helseforetak før oppstart på praktikum. Det betyr at de har betydelig kunnskap om bl.a. organisering
200 av psykisk helsevern, utredning og diagnostikk, behandlingsforskning, og ulike terapeutiske
201 tilnærminger. Selv om studentene får gode praksiserfaringer har PSI mindre muligheter til å følge
202 opp den veiledningen studentene får når de er ute i for- og hovedpraksis. I disse praksisperiodene
203 får studentene direkte praksiserfaring, men vil ha varierende erfaring med veiledning og spesifikk
204 ferdighetstrening. Det er et vesentlig pedagogisk poeng at fordypningen og den intensive

205 veiledningen på praktikum muliggjør en direkte styring av opplæring, veiledning og vurdering av
206 studentens kompetanse og kunnskapstilegnelse.

207 En forutsetning for å få til inngående opplæring i terapeutisk holdning, refleksjon over egen
208 terapeutrolle, og spesifikk bruk av, og trening i, ulike intervensjoner er intensiv veiledning og bruk av
209 video. Opplæringen på praktikum er således mer tid- og ressurskrevende enn f.eks. hovedpraksis,
210 men dette anses som nødvendig for å ivareta opplæringsformålet. Opplæringen er i tråd med
211 scientist-practitioner modellen, i det den søker en integrasjon av teori, forskning og praksis. Dette
212 kvalitetssikres bl.a. ved at fagstaben ved den enkelte klinikk består av emneansvarlige og veiledere
213 som til sammen innehar forsknings-, fagutviklings-, pedagogisk, og klinisk kompetanse.

214 4.3. Faglige premisser for praktikumsundervisningen

215 4.3.1. Kort om psykiske lidelser, psykologisk behandling og psykologers 216 arbeidsområder

217 Om lag halvparten av den norske befolkningen får en psykisk lidelse/plage i løpet av livet. Så mange
218 som 30 % av befolkningen opplever til enhver tid en psykisk lidelse eller plage. De vanligste lidelsene
219 er angst og depresjon. Psykiske lidelser defineres ofte som psykiske plager med en intensitet som
220 gjør at de kan diagnostiseres i henhold til ICD-10. Skillet mellom lettere psykiske lidelser og alvorlige
221 psykiske lidelser er imidlertid ikke godt faglig etablert (psykologforeningen.no). Enkle fobier, andre
222 avgrensede angstlidelser, lettere til moderate depresjoner, lettere spiseforstyrrelser, lettere
223 ruslidelser m.m. defineres som lettere psykiske lidelser. Mennesker med denne type lidelser vil
224 kunne være i behov av psykisk helsehjelp, og vil ofte ha gode prognoser med psykologisk behandling.
225 Tilstandene vil imidlertid ikke nødvendigvis gi rett til nødvendig helsehjelp fra
226 spesialisthelsetjenesten (psykologforeningen.no).

227 Offentlig psykisk helsevern er regulert til å yte helsehjelp til ca. 5 % av befolkningen (NPF, 2017). Det
228 betyr at mange mennesker får hjelp fra andre instanser og andre steder. Behandling av psykiske
229 lidelser varierer med type lidelse og graden av plager. Først og fremst benyttes ulike former for
230 samtalerterapi og medikamenter.

231 Psykologer jobber innenfor en rekke områder, både i og utenfor psykisk helsevern. De fleste jobber
232 på ulike nivåer innenfor spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Videre jobber mange innen
233 barnevern, familierådgivning, pedagogisk-psykologisk rådgivning (PPT), arbeidsrådgivning og
234 privat. En del psykologer jobber også utenfor helse- og omsorgssektoren, bl.a. med forebyggende
235 arbeid på systemnivå (f.eks. i barnehager, skoler og bedrifter), som organisasjonspsykologer, og som
236 sakkyndige i rettsapparatet (Fraas-Johansen, psykologforeningen.no). Profesjonsstudiets
237 samfunnsoppdrag er således å utdanne psykologer som skal fylle et bredt spekter av hjelperoller.
238 Praktikum er derfor ikke å anse som en forpraksis for arbeid i spesialisthelsetjenesten, men at
239 studentene skal lære grunnleggende ferdigheter som de kan bruke uavhengig av senere yrkesvalg.

240 4.3.2. Kort beskrivelse av Evidensbasert praksis i psykologi

241 Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (APA, 2006; NPF, 2007)² er et uttrykk for
242 de nødvendige kunnskapskildene som bør ligge til grunn for profesjonell praksis. *Evidensbasert*
243 *praksis i psykologi (EBPP)* er her definert som *integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med*
244 *klinisk ekspertise, sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kultur og preferanser* (NPF, 2007).
245 Denne definisjonen framhever de tre komponentene som ligger til grunn for evidensbasert praksis. I
246 redegjørelsen for hva som ligger i «den beste tilgjengelige forskningen» vises det til et spekter av
247 forskningstilnærminger som inngår som legitime kunnskapskilder. Det er altså et prinsipp om bredde

² Vedlegg 1: Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis

248 i forskningstilnæringer og anvendelse av multiple forskningsdesign, noe som rommer hele
249 spekteret fra klinisk observasjon til randomiserte kontrollerte studier og meta-analyser. Definisjonen
250 nyanserer også betydningen av klinisk ekspertise og utvider forståelsen av pasientegenskaper.

251 Det er to forhold som er verdt å merke seg i forhold til dette: For det første peker
252 prinsipperklæringen på en større bredde i forståelsen av klinisk ekspertise. For det andre innebærer
253 formuleringen «*sett i sammenheng med av pasientens egenskaper, kultur og preferanser*» at
254 kunnskap om pasienten tillegges stor betydning. Formuleringen «*i sammenheng med*» kan også
255 forstås som at pasientkarakteristika og kunnskap om pasienten kan få betydning for hva som må
256 vektlegges ved klinisk ekspertise, samt hvilke type forskning som blir mest relevant (Rønnestad,
257 2012).

258 Prinsipperklæringen ligger til grunn for den kliniske opplæringen på profesjonsstudiet i psykologi.
259 Studentene skal kunne integrere teori og forskning i sin kliniske praksis, men også oppøve sin kliniske
260 kompetanse for å kunne vurdere relevant forskningsevidens opp mot pasientens egenskaper og
261 preferanser i den enkelte sak. Den inngående veiledningen i praktikumsopplæringen muliggjør et
262 slikt fokus på terapeututvikling, samt hensynet til den enkelte pasient og hans/hennes livssituasjon.

263 Psykoterapiforskningen har dokumentert en betydelig therapeuteffekt i psykoterapi. Noen terapeuter
264 har gjennomgående bedre resultater enn andre, med et bredt spekter av pasienter I flere meta-
265 analyser av therapeuteffekter finner man betydelige forskjeller mellom terapeuter når det gjelder å
266 forklare forskjeller i utfall i psykoterapi (Lambert, 2013; Nissen-Lie m flere, 2013). Nyere meta-
267 analyser og re-analyser av større psykoterapistudier viser at variansen i utfall som skyldes forskjeller
268 mellom terapeuter, ligger i rundt 7 % (Baldwin & Imel, 2013). Dette kan høres lite ut, men gitt at
269 forskjeller mellom ulike terapimodeller utgjør i høyden 1 % av variansen i utfall (Wampold, 2001;
270 Wampold & Imel, 2015), kan man konkludere med at therapeuteffekten er av stor betydning, og over
271 tid får enda større betydning, det vil si terapeuter som fungerer under gjennomsnittet etterlater seg
272 mange klienter med manglende endring eller til og med forverring over tid (Saxon & Barkham,
273 2012). Therapeuteffekter er dokumentert i både eksperimentelle studier (eks. Baldwin & Imel, 2013;
274 Kim Wampold, & Bolt, 2006), i naturalistiske studier (Lutz et al., 2007), og i spesialiserte klinikker
275 som tilbyr en spesifikk evidensbasert behandlingsmodell (Laska et al., 2013). Disse funnene har
276 bidratt til at psykoterapiforskningsfeltet har blitt opptatt av hva det er ved gode terapeuter som
277 fører til positivt utfall. En sentral faktor her har vist seg å være terapeutens interpersonlige
278 ferdigheter (Anderson et al., 2016). Opplæring av psykologer bør derfor ha et eksplisitt fokus på
279 trening av slike ferdigheter.

280 Dette har implikasjoner for praktikumsundervisningen. Praktikum skal ha et eksplisitt
281 opplæringsfokus på både forståelse av den enkelte pasientsak, valg av intervensjoner, og
282 studentterapeutens egenutvikling.

283 5. Modeller

284 Klinikkdirft i forbindelse med utdanning kan i grove trekk sies å bestå av tre linjer: 1.
285 behandlingsansvar, 2. undervisningsansvar, og 3. systemansvar. Behandlingsansvar og systemansvar
286 henger i stor grad sammen og vi bruker derfor hovedsakelig systemansvar som samlebegrep
287 fremover. I det følgende vil vi vise hvordan ulike organisasjonsformer vil plassere ansvaret på ulike
288 måter.

289 5.1. Model 1, Intern organisering

290 Denne modellen forutsetter at hele klinikkdirften foregår ved Psykologisk institutt og blir driftet av
291 PSI, slik voksenklinikken drives i dag. Man kan da tenke seg at organiseres som én klinikk, med én

392 klinikkleder, et antall seksjonsledere (i dag fire) og ett inntak. I inntaket fordeles pasientene til riktig
393 seksjon. Klinikken vil ha et sett med felles retningslinjer, men hver seksjon kan representere
394 variasjon i pasientgrunnlag og behandlingstilnærming. Det vil her kunne være forskjeller i
395 behandlingsforløp og metode. I denne modellen vil emneansvar og klinikkseksjonsledelse kunne
396 organiseres i samme linje. Klinikken vil organiseres som egen ansvarslinje med instituttleder som
397 ansvarlig ved PSI og en rapporteringslinje til universitetsdirektør. Videre vil en klinikkleder ha det
398 overordnede systemansvar og sammen med en administrativ koordinator håndtere drift,
399 avviksoppfølging, klageoppfølging og sikre at lovverk etterfølges. Klinikkleder vil også ha et
300 koordinerende faglig ansvar for det som er felles på praktikum på tvers av seksjoner. Ansvar for
301 fordeling og oppfølging av veiledere vil kunne foregå i seksjonene. Seksjonslederne vil også dele
302 emneansvar og ivareta programrådsvedtak om mål og innhold i de emner klinikken bistår til
303 undervisning i.

304 Administrativ koordinator vil være en direkte støtte til klinikkleder i å ivareta og følge opp
305 internkontrollsystemer, holde seg oppdatert på relevant lovverk og være administrativ støtte for
306 journalsystemet. Det vil også tilligge sekretær oppgaver til denne rollen med hensyn til den daglige
307 driften.

308 I en slik modell vil PSI stå for rekruttering av pasienter og ha pasientansvar for alle pasienter,
309 arbeidsgiveransvar for alle veiledere og systemansvar for klinikken. Dette innebærer å bruke
310 ressurser på å ivareta de rollene og ansvaret som følger med slikt ansvar. Alle veiledere vil ha et
311 ansettelsesforhold ved PSI. Personalansvaret vil ligge til avdelingsleder for klinisk fagavdeling eller
312 hos klinikkleder hvis klinikken opprettes som egen avdeling. Avdelingsleder sitt ansvar vil derfor
313 være å sørge for at klinikken har seksjonsledere/emneansvarlige og veiledere.

314 En intern organisering er anbefalt og ønsket av det kliniske fagmiljøet ved PSI, av fagmiljøene ved de
315 andre lærestedene og av Norsk psykologforening.

316 5.2. Model 2, Ekstern organisering

317 I denne modellen vil all klinisk praksis foregå i samarbeid med en eller flere eksterne aktører. En
318 viktig forskjell mellom denne modellen og en intern modell, er at fag- og systemansvar skilles.
319 Samarbeidspartner vil ha systemansvaret da de har pasientansvaret, overordnet ansvar for
320 journalsystem og internkontrollsystemer. PSI vil fortsatt ha, nødvendigvis, det faglig pedagogiske
321 ansvaret. Fagutvikling, koordinering av faglig innhold og pedagogikk på praktikum kan ivaretas av
322 utdanningsleder, programråd og emneansvarlige. Gitt denne organiseringen vil inntak,
323 pasientbehandling og veiledning foregå ved en eller flere eksterne helseforetak. Det vil være
324 avgjørende for PSI å ha personell som koordinatorene ved det foretaket eller de foretakene vi
325 samarbeider med. En slik koordinator vil være knyttet til helseforetak, ikke faglige skiller. Denne
326 personen kunne ha et fagansvar knyttet til institusjon og være emneansvarlig/institusjonsansvarlig.
327 Denne modellen forutsetter at systemansvar og alt ansvar for klientoppfølging legges til de foretak vi
328 samarbeider med. Det betyr at den lokale ressursen knyttet til opplæring i system, journal osv., samt
329 oppfølging av pasientseleksjon og inntak må legges ut av PSI. Emneansvar vil også i denne modellen
330 kunne fordeles på et team av lærere, f.eks. tilsvarende dagens klinikkledere, men det virker ikke
331 hensiktsmessig å ha en faglig inndeling mellom IPT og DT slik som i dag. Det kan tenkes en
332 rendyrking av metode mot enkeltforetak, men det er etter arbeidsgruppens mening vanskelig å se
333 for seg en god organisering som gir en slik løsning. Det vil derfor trolig være mer sannsynlig at
334 praktikum var delt opp i barn, voksen og nevro. Hvor mange helseforetak praktikum vil være fordelt
335 over er ikke gitt. Vi kunne samarbeidet med ett helseforetak om alt, samarbeidet med tre foretak
336 om henholdsvis barn, voksen og nevro eller vi kunne samarbeidet med flere foretak hvor flere

337 hadde ansvar barn, voksen og nevro. Etter de samtalene arbeidsgruppen har hatt med helseforetak i
338 Oslo, virker det lite sannsynlig at ett foretak kan ta ansvar for all klinikkdrift.

339

340 5.3. Hybrid

341 Selv om arbeidsgruppen ikke skal utrede mange modeller, finner vi det viktig å peke på at et valg av
342 internt organisert klinikk ikke på noen måte utelukker samarbeid med foretak om deler av
343 praktikumundervisningen. Det er mulig å se for seg en utvidet versjon av en intern modell. Dette er
344 altså ikke en tredje modell, men en ekspansjon av internmodellen. Forskjellen mellom den interne
345 og den utvidede modellen er at sistnevnte ikke hindrer et samarbeid med en ekstern partner, slik
346 klinikken også er organisert i dag. F.eks. samarbeider nevro-klinikken med Sunnaas sykehus om
347 rekruttering av pasienter.

348 BFT er i dag organisert eksternt da det er en fordel å rekruttere pasienter fra Nic Waals Institutt
349 (NWI) siden mange vil bli ført tilbake hit etter de har vært i terapi hos student. Med barn og familier
350 er det også større behov for å samarbeide med et apparat rundt som f.eks. barnevern, skole, og PPT.
351 Dette gjøres også bedre i samarbeid med NWI enn alene. Det er altså faglige argumenter for at BFT
352 som del av PSI sin klinikkdrift, organiseres eksternt.

353 6. Faglig autonomi

354 6.1. Beskrivelse

355 Faglig autonomi må forstås på minst tre måter I denne sammenhengen. For det første er faglig
356 autonomi knyttet til Universitets styring og egen kontroll over faglig innhold og pedagogiske
357 virkemidler. Her vil det gjelde fagmiljøets mulighet til å styre innholdet i emner som gis ved UiO og
358 vil ha betydning for hvilke pasientgrupper en ønsker å inkludere i studentbehandling og
359 læringsmålene for de emner som tilbys. For det andre er autonomi knyttet til den enkelte lærers
360 frihet til å velge metode og innhold i sin faglige utøvelse. Dette vil kunne avgrenses av
361 emneansvarlige sin tolkning av målsetting med emnet og kunne variere i ulike klinikktilbud. For det
362 tredje er autonomi knyttet til den enkeltes behandler (i denne sammenheng veileder) faglige
363 vurdering av den behandling som skal gis til den enkelte pasient (behandlersonautonomi). I tillegg til
364 faglig autonomi skal pasientenes autonomi ivaretas ved at de er deltagere i aktive informerte valg av
365 behandlingsforløp. Det er beskrankninger knyttet til alle typene autonomi. Nasjonal plan for
366 profesjonsutdanningen³ i psykologi samt emnebeskrivelser med læringsmål og beskrivelser av
367 pedagogiske virkemidler rammer inn den enkelte lærers mulighet til å velge innhold og pedagogikk.
368 Det innebærer at programrådet ved PSI setter rammer og mål for den opplæringen som skjer ved PSI
369 som må følges av den enkelte faglærer. Det vil kunne være variasjoner knyttet til den enkelte
370 delklinikk når det gjelder metodetilfang og valg av tilnæringer. Dette vil igjen ha betydning for
371 forløp og tidsbruk rettet mot den enkelte klient. Det er for eksempel rimelig å anta at behandling gitt
372 i opplæringsøyemed vil måtte ha lengre forløp og ha et noe annet innhold enn det som er vanlig
373 innenfor det tilbudet helsevesenet tilbyr.

374 Det måtte gjøres vurderinger i hver enkelt pasientsak opp mot det som foreligger av Etske
375 prinsipper for nordiske psykologer⁴, relevante behandlingsveiledere, og prinsipperklæringen for
376 evidensbasert praksis i psykologi. I tillegg må klinikkvirksomhet drives i henhold til de faglige føringer
377 som ligger i de rammer programrådsvedtak legger for opplæringsvirksomhetene. Samtidig er det

³ Vedlegg 2: Nasjonal plan for profesjonsutdanningene

⁴ Vedlegg 3: Etske prinsipper for nordiske psykologer

378 avgjørende for en opplæringsinstitusjon å ha stor autonomi knyttet til hvordan opplæringen best
379 foregår.

380 Det forutsettes at pasientenes autonomibehov ivaretas uavhengig av modellvalg.

381 6.2. Diskusjon

382 I hovedtrekk bør rimelige autonomihensyn kunne ivaretas ved begge modeller. Ved en intern
383 organisering vil universitetet som med all annen virksomhet ha full autonomi over faglig innhold og
384 pedagogisk opplegg. Det vil være programrådet som legger de faglige føringene på enkeltlæreres
385 virksomhet og personalansvar ligger innenfor UiO. Dette vil ikke i samme grad være tilfelle ved en
386 ekstern organisering. Særlig gjelder dette at personalansvar for den enkelte veileder ikke ligger ved
387 universitetet. Dette kan imidlertid avhjelpest ved at veiledere har bistillinger ved UiO. Det kan også
388 tenkes at det vil være noe lenger avstand mellom programrådsvedtak ved universitet og
389 prioriteringer ved helseforetaket som innebærer behov for tettere oppfølging dersom
390 organiseringen legges utenfor universitetet. PSIs mulighet for styring over studentterapiene vil
391 måtte forhandles fram med det enkelte helseforetak.

392 Videre vil det knyttes ulike føringer til fleksibilitet og tidsbruk avhengig av modell. Ved fordypende
393 opplæring får behandlingen mer et laboratoriepreg og dette fører til lengre tidsbruk, mer tid til
394 refleksjon og veiledning, og mer fleksibilitet til innhold i behandlingen, enn det som vanligvis kreves
395 ved behandling. Ved en ekstern organisering vil det være en risiko for at disse kravende blir stående i
396 et motsetningsforhold til effektivitetskravene og behandlingsstandarder i helsevesenet. Ved en
397 intern organisering vil klinikken være organisert for å maksimere læringsutbytte.

398 Faglige behandlingsveiledere, prinsipp- og etikkerklæringer setter rammer for hvordan behandling
399 utøves uansett organisering. Det er pr i dag ikke helt klart hvordan en skal sikre balansen mellom
400 programrådets føringer, lovverk og veiledere ved klinikken og dette anbefales videre utredet.

401 7. Pedagogikk og faglig innhold

402 7.1. Beskrivelse

403 De fire seksjonene ved PSI har felles læringsmål⁵. Målformuleringen er i tråd med
404 Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi (NPF, 2007)⁶ og Etske prinsipper for
405 nordiske psykologer (NPF, 1998). Som det framgår av læringsmålene er en av fellesnevnerne for det
406 pedagogiske opplegget at studentene gjennom direkte pasientkontakt og inngående oppfølging og
407 veiledning, skal lære å følge et behandlingsforløp fra inntak til avslutning på en faglig forsvarlig måte.
408 I dette ligger at de skal kunne integrere teori, forskning og praksis i det enkelte pasientforløp,
409 dokumentere prosessen i tråd med journalforskriftene, og reflektere over og utvikle egen
410 terapeutrolle. Utformingen av praktikumsundervisningen har mer av et laboratoriums preg enn f.eks.
411 hovedpraksis, ved at man i større grad kan følge behandlingsprosessen inngående, utforske ulike
412 intervensjoner, øve på spesifikke ferdigheter, og evt. forske på og utvikle terapimodeller.

413 De ulike klinikkene har i tillegg spesifikke læringsmål knyttet til at seksjonene har forskjellige profiler
414 avhengig av aldersgruppe, metodisk tilnærming og pasientproblematikk. På BFT-klinikken vil det
415 være et større systemfokus, både på familien og på tverrfaglig samarbeid med andre instanser som
416 skole, PP-tjenesten og Barnevernet. På Nevro-klinikken vil man jobbe med behandlingsmetoder
417 spesifikt rettet mot kognitive og psykologiske følgetilstander av ervervede nevrologiske skader. På

⁵ Vedlegg 4: Læringsmål praktikum

⁶ Vedlegg 6: Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi

418 IPT-klinikken jobber man med mer avgrensede psykiske lidelser og fokus på korttidsterapi. På DT-
419 klinikken har man et mer inngående psykoterapitilbud, ofte rettet mot personlighetsproblematikk.

420 Valg av intervensjoner på de ulike klinikkene vurderes fortløpende på bakgrunn av pasientens
421 problematikk og terapeutens ferdighetsnivå.

422 7.2. Diskusjon

423 Læringsmålene er definert av Programrådet og vil ligge til grunn for opplæringen uavhengig av
424 modell. Dagens læringsmål for praktikum kan oppfylles både ved intern og ekstern organisering. Det
425 er imidlertid rimelig å anta at en intern organisering gjør det enklere å følge opp det intensive
426 undervisnings- og veiledningsbehovet som ligger i laboratoriumstenkningen. En intern organisering
427 gir trolig større fleksibilitet, bl.a. for gjennomføring, oppfølging, og eventuelle endringer av faglig
428 innhold. Ved en ekstern organisering er det en risiko for redusert pedagogisk og faglig autonomi, sett
429 fra universitetets side. Det vil i så fall være nødvendig å organisere aktiviteten slik at koordinering og
430 oppfølging av faglige mål gjennomføres eksternt. Det er sannsynlig at en slik koordinering vil være
431 lettere med en eller få samarbeidspartnere, enn med mange, fordi avtaler må forhandles fram og
432 vedlikeholdes med hver enkel part. Ulikheter mellom samarbeidspartnere vil måtte kompenseres for
433 både ved inngåelse av avtaler og fortløpende under oppfølging av kvaliteten på undervisningen.

434 8. Pedagogisk grunnlag for seleksjon av pasienter

435 8.1. Beskrivelse

436 Klinikken skal sikre både at pasientene får et forsvarlig tilbud og sørge for at opplæringen i den
437 kliniske praksisen medvirker til at studentenes framtidige pasienter blir tilfredsstillende ivaretatt.
438 Type pasientproblematikk som tas inn ved klinikken er beskrevet over. Det er imidlertid et
439 pedagogisk poeng at studentene i en veiledningsgruppe møter en bredde av pasientproblematikk,
440 der pasientene har psykiske lidelser med en slik alvorlighetsgrad at de både har behov for, og vil
441 kunne nyttiggjøre seg, psykologisk behandling. Pasientene må også være villige til å inngå i
442 terapeutisk samarbeid med en studentterapeut og bidra til studentenes opplæring. Pasienten vil
443 sånn sett måtte ha en dobbel motivasjon for deltagelse – de ønsker behandling av studentterapeut
444 og ønsker å bidra til studentopplæring.

445 Pasientene som tas inn ved klinikken har relevante problemstillinger for de ulike seksjonene, og er
446 nøye selekterte ut fra de nevnte kriteriene. Et avgjørende inntakskriterium ved klinikken er at de
447 pasientene som tas inn, har evne og mulighet til å følge et regelmessig behandlingsforløp. Dette er
448 både for at studentene skal oppfylle læringsmålene og få en mestringsopplevelse i sitt kliniske
449 arbeid. Ustabilitet i oppmøte og frafall fra behandling utgjør en risiko for praktikumsopplæringen.
450 Seleksjon og grundig vurdering av pasientene er derfor vesentlig.

451 8.2. Diskusjon

452 Som nevnt ligger det behovs- og forsvarlighetsvurderinger til grunn for selekteringen av pasienter til
453 praktikumsopplæringen. Eksternt vil studentene kunne behandle saker som er representative for
454 saker i spesialisthelsetjenesten. Behandling i spesialisthelsetjenesten vil nødvendigvis være
455 underlagt spesifikke krav og retningslinjer som er førende for denne helsetjenesten. Dette er ikke
456 nødvendigvis i tråd med den pedagogiske målsettingen som praktikumsundervisningen er tuftet på.
457 Helseforetakene arbeidsgruppen har vært i kontakt med, mener at pasienttilfanget er stort og
458 variert. Pasientene det ville være aktuelt å rekruttere fra helseforetakene vil trolig ha mer alvorlige
459 psykiske lidelser enn de som rekrutterer seg selv til en internklinikk. Det er derfor en viss risiko for et
460 mindre stabilt oppmøte og potensielt mer frafall med pasienter fra helseforetak enn med

461 selvrekrutterte pasienter. En ekstern organisering kan således innebære mindre mulighet for å styre
462 valg av pasienter ut fra pedagogiske hensyn, enn ved en intern organisering.

463 For de ansatte ved klinikken er det en eksplisitt, pedagogisk målsetting om faglig autonomi for alle
464 sider ved pasientvirksomheten for å sikre opplæringsformålet. Dette innebærer frihet til å utvikle og
465 organisere inntaksprosedyrer, diagnostisering, behandlingsopplegg og oppfølging utfra en helhetlig
466 psykologisk tankegang, innenfor lovverkets rammer og føringer. Dette ivaretas trolig lettest innen en
467 intern organisering.

468 Brukermedvirkning står sentralt i dagens psykiske helsevern. Økt fokus på dette vil kunne ivaretas
469 uavhengig av modell. Brukerinvolvering står allerede sentralt i praktikumsundervisningen slik den er
470 organisert i dag, der det vektlegges samarbeid og involvering av pasienten i eget behandlingstilbud.
471 Kjennskap til brukerorganisasjonene og brukerrepresentanters arbeid ligger per i dag utenfor denne
472 opplæringen. En ekstern organisering vil kunne gi studentene mulighet til denne siden ved
473 brukermedvirkning. Arbeidsgruppen tenker imidlertid at dette ikke er en kjerneoppgave i praktikum
474 slik målsetting og emnebeskrivelser foreligger i dag, og at studentene med fordel kunne få denne
475 type opplæring og kontakt i hovedpraksisordningen, ved at studentene f.eks. deltok på minimum et
476 brukermøte.

477 9. Rekruttering av veiledere og ønsket kompetanseprofil

478 9.1. Beskrivelse

479 Veilederkorpset ved klinikken består av både fast ansatte ved PSI og timelærere. Veilederne er
480 psykologspesialister med bred klinisk-, veilednings- og undervisningserfaring. De er nøye valgt ut
481 med en faglig profil som passer med den enkelte seksjons pedagogiske og terapeutiske hovedfokus,
482 og har et godt faglig rykte. Per i dag består veilederkorpset av veiledere med en stor faglig bredde.
483 Alle er psykologspesialister og erfarne klinikere, over halvparten har PhD i klinisk psykologi eller
484 nevropsykologi, og omtrent halvparten har hel-/deltidsstilling i offentlig psykisk helsevern. Dette
485 muliggjør et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre instanser, samt undervisning i og
486 integrasjon av relevant behandlingsforskning. Kravet om at veileder skal ha spesialistkompetanse er
487 satt ut fra et opplæringshensyn. Et slikt krav sikrer at veileder har bred og inngående klinisk
488 kompetanse, og kan veilede studenter i et bredt spekter av pasientsaker.

489 9.2. Diskusjon

490 Veilederne er nøye selektert ved de ulike klinikkene. De skal inneha både klinisk og pedagogisk-
491 /veiledningskompetanse. Dette kan trolig ivaretas innen begge modellene. En forutsetning vil være
492 at PSI har styring over rekruttering av veilederstaben. Dette er ikke gitt ved en ekstern organisering.

493 10. Økonomi og arealer

494 10.1. Beskrivelse

495 Hvilke arealer som skal brukes ved en intern organisering eller hvem vi skal samarbeide med ved en
496 eventuell ekstern organisering, skal ikke avgjøres av arbeidsgruppen. Vi gir imidlertid anslag over
497 arealbehov gitt en samlet klinikk på ett sted. Vi har også innhentet informasjon fra Lovisenberg
498 sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Sunnaas Sykehus, de tre universitetsklinikkene ved henholdsvis
499 universitetene i Bergen, Trondheim og Tromsø for å etablere et grunnlag for å estimere kostnader
500 ved modellene. Dette er også basert på det arbeidet som ble gjort ved PSI i utarbeidelsen av et mulig
501 samarbeid med Lovisenberg i 2017.

502 Det forutsettes at systemansvaret, inklusive innhenting av samtykker, journalføring,
503 avviksrapportering og kvalitetssystem knyttet til pasientarbeid i sin helhet organiseres ved
504 helseforetaket ved en ekstern organisering og likeledes i sin helhet ved UiO ved intern organisering.
505 Dette utelukker ikke løsninger hvor en enten samarbeider om slikt ansvar eller at det som i dag er
506 ulike løsninger for ulike delklinikker. Barneklubben er for eksempel i dag organisert ved Lovisenberg
507 sykehus.

508 Ved ekstern organisering vil det være behov for å bygge en infrastruktur med mulighet for
509 videoopptak og arealer til gruppeveiledning. Det er ikke vurdert kostnader ved dette fordi dette ved
510 noen foretak allerede eksisterer og fordi dette uansett vil være en kostnad uavhengig av gitt modell.
511 I praksis bør dette kunne fungere godt i begge tilfeller fordi universitetets lagringsenhet for sensitive
512 data (TSD) er tilrettelagt for bruk av helseforetak og er godkjent for bruk av pasientverneombudene
513 ved foretakene i Osloregionen.

514 Ved ekstern organisering må det delfinansieres en stilling som gir opplæring i system, journal og som
515 følger opp dette. I tillegg trengs det tilsvarende en fagperson til faglig oppfølging, seleksjon av
516 pasienter og fordeling av klientsaker, samt daglig oppfølging mot veiledere og studenter. I tillegg vi
517 de ansatte ved PSI måtte ha en stillingsbrøk ved ekstern institusjon for å ivareta beordringslinjen
518 knyttet til pasientsaker. Vi estimerer at dette vil utgjøre i størrelsesordenen en 60% stilling til
519 systemoppfølging (gitt tre samarbeidspartnere), en 100% stilling til faglig oppfølging og tilsvarende
520 en 100% stilling for 10 faglige i 10% stillinger. Behovet for veiledere i praktikum ved PSI er større,
521 men her vil en uansett modell ansette i størrelsesordenen 20 personer i ordinære toerstillinger. Pr i dag
522 utgjør dette ca. 2,6 Mill NOK.

523 Det er vanskelig å gi eksakte estimater for husleie eksternt, men vi forutsetter at universitetet, som i
524 dag, må påregne å betale husleie for bruk av arealer ved ekstern institusjon. Det må understrekes at
525 slike kostnader vil være gjenstand for forhandlinger med helseforetaket og at det kan tenkes
526 kompenseringer som gjør dette rimeligere enn antatt. Vi har her tatt utgangspunkt i synspunkter
527 først og fremst fra Lovisenberg sykehus som har erfaring med dette samarbeidet, samt egen
528 arealleie gitt organisering ved UiO. Arealbehovet er stipulert til ca. 350 kvadratmeter til en pris av ca.
529 0,7 Mill NOK pr år.

530 Ved intern organisering må det avsettes midler til en administrativ koordinator og en fagperson til å
531 lede klinikken. Vi estimerer at en klinikkleder i 50% stilling som benytter seg av seksjonsledere som i
532 dag utgjør fire 10% resurser sammen med en administrativ stilling i 100%, vil være tilstrekkelig for å
533 drifte klinikken. I tillegg vil det være noe ressursbruk til å drifte en kvalitetslinje fra klinikk til
534 instituttledelse og til UiO sin ledelse. Det er usikkert hvor stor ressurs en slik linje vil ha behov for når
535 den er etablert, da det er få klientsaker i året og vi kan forutsette få avvik. Vi forutsetter at
536 universitetet må hente inn juridisk bistand ved enkeltsaker (alvorlige hendelser) heller enn å
537 etablere en egen juridisk stab for dette.

538 Også ved intern klinikk vil det måtte betales husleie, denne er estimert til 0,7 Mill NOK pr år. I tillegg
539 vil det måtte driftes et journalsystem. I dag er det inngått avtale med PsykBase som gjør hele driften
540 for klinikken til en kostnad av 350.000.- NOK pr år. Ved en eventuelt mer langsiktig løsning er det
541 ønskelig at denne løsningen driftes innenfor universitets Tjenester for Sensitive Data (TSD). Det er
542 ikke klart hva det vil bety for økonomi, men en rimelig antagelse er at det vil være omtrent i samme
543 størrelsesorden som kostnader for drift av et innkjøpt journalsystem.

544 Tabell 1 nedenfor viser en samlet oversikt over kostnader knyttet til klinikkdrift ved en intern og
545 ekstern organisering.

	Intern	Ekstern
Klinikk- og seksjonsledere*	820000	600000
Administrativ koordinator	700000	350000
Beordringslinje for ansatte ved PSI (10)		850000
Innleide veiledere**	2600000	1950000
Veiledere ansatt ved PSI	5875576	5875576
PC til arbeid på journal, 15 stk	50000	
Bypasskort til journalsystem	100000	
It-støtte til journaldrift, 25 % stilling	200000	
Teknisk drift av Journalsystem	350000	0
Driftstøtte ekstern klinikk		300000
Husleie (ca 350 kvadratmeter)	700000	700000
Totalt***	11395576	10625576

546 Tabell 1: * Dette vil være klinikk og seksjonsledere ved intern organisering, og prosentstillinger til
547 personell som har disse funksjonene ved ekstern organisering.

548 **Ved en ekstern organisering vil omtrent 10 av våre intern bli ansatt i en mindre prosentstilling ved
549 helseforetaket for å ivareta en beordringslinje. Dette betyr at våre ansatte vil ha en 110% stilling.
550 Dette betyr også at de vil måtte jobbe mer enn om de var ansatt i en 100% stilling. Det er rimelig å
551 anta at noen vil ta en ekstra praktikumgruppe eller undervise mer på andre emner som igjen kan
552 redusere bruk av eksterne timelærere. I en intern modell regner vi ut fra 20 innleide veiledere. Ved
553 en ekstern regner vi med 15 innleide veiledere.

554 ***Det er viktig å bemerke at disse tallene er beheftet med usikkerhet men er basert på beste
555 skjønn gitt tilgjengelig informasjon for arbeidsgruppen. Kostnader med etablering av video og linjer
556 til TSD er utelatt fordi de er vanskelige å anslå og fordi de er på samme nivå i begge modeller.

557 Ved en intern organisering vil det maksimalt være behov for arealer i størrelsesorden 14 kontorer, et
558 undervisningsrom med plass til staff møter samt et journalskrivingarealer med 10 arbeidsplasser.
559 Totalt er dette estimert til ca. 350 kvadratmeter. Ved ekstern organisering vil behovet være
560 tilsvarende men være avhengig av om undervisningen blir organisert ved et eller flere foretak.
561 Kostnader knyttet til økonomi og arealbehov vil variere avhengig av om man samarbeider med et
562 eller flere foretak.

563 10.2. Diskusjon

564 Økonomisk er det ikke åpenbart at en av modellene utmerker seg som vesentlig billigere enn den
565 andre. Kostnadene ved veiledning vil uansett være den samme og er en stor kostnad som er knyttet
566 til målsetting og organisering av selve undervisningen. Denne vil ikke berøres ved valg av intern eller
567 ekstern modell. Det hersker noe usikkerhet ved ulike aspekter av kostnader ved de to modellene.
568 Ved intern organisering er det usikkerhet knyttet til behov for stab til å drifte kvalitetssystemet.
569 Basert på erfaringene fra de andre universitetene virker den anslåtte ressursen rimelig, men ved
570 større avvik må det påregnes en stor ekstra arbeidsbelastning for klinikkleder, administrasjon og
571 emneansvarlige samt ressurspersoner ved universitetets sentraladministrasjon. Risikoen for store
572 avvik vurderes som lav, og antageligvis være såpass lavfrekvent, at det ikke er rimelig å ansette
573 personell i egne kvalitetsstillinger for å håndtere klinikken sentralt. Det må imidlertid knyttes en viss
574 ressurs til opprettholdelse av en linje i kvalitetsarbeidet som inkluderer instituttledelse,
575 faktultetsdirektør og universitetsdirektør.

576 Ved ekstern organisering må en påregne en ekstra omkostning knyttet til pedagogisk oppfølging
577 utover det en gjør ved intern organisering. Siden det vil være to linjer som svarer til to ulike
578 organisasjoner vil en måtte bruke noe ressurser på jevnlig oppfølging og koordinering. Det er
579 vanskelig å anslå hvor stor denne kostnaden vil være, men den vil øke med antall institusjoner som
580 inngår i et samarbeid. Det må kommenteres at det vil kreve mindre ressurser å vedlikeholde et
581 samarbeid med ett foretak enn med flere. Dette gjelder både for pedagogisk oppfølging, utvikling av
582 samarbeide og behov for areal og infrastruktur.

583 Alle som skal jobbe på klinikkene, uansett intern eller ekstern organisering, må være ansatt ved PSI.
584 Eksterne veiledere ansettes i en mindre prosentstilling, f.eks. 10% stilling. Hvor stor prosentstilling
585 disse skal ha kan imidlertid bestemmes av organisering. Ved en ekstern organisering kan det være
586 nødvendig at alle veiledere, både interne og eksterne, også blir ansatt ved samarbeidspartneren.
587 Begrunnelsen for at veiledere bør ansettes både internt og eksternt er for at man skal ha
588 beordningslinjer både i behandlingslinjen og i undervisningslinjen.

589 For at beordningslinjen skal være reell må stillingsprosenten til veileder være mer enn 0%. Prosenten
590 man er ansatt i skal si noe om hvor mange arbeidsoppgaver man har ved det aktuelle stedet. Hvis
591 man har en 0% stilling har man ingen oppgaver å beordre over.

592 Flere av våre faste ansatte har allerede i dag en bistilling et eller annet sted. Det er imidlertid ikke
593 noe ved lovverket eller UiO sine retningslinjer som tilsier at man ikke kan ha mer enn 120% stilling
594 totalt. Alt utenom den faste stillingen ved PSI anses som sidegjøremål og må godkjennes av
595 instituttet.

596 11. Aktuelt lov- og regelverk

597 Det har blitt gjort utredninger av hvilket lov- og regelverk som gjelder internklinikkene ved PSI både
598 av advokatfirmaet KLUGE, rapport av 17.10.2017⁷, og av Helse- og Omsorgsdepartementet,
599 rundskriv av 15.12.2017⁸. Vi vil derfor ikke gå i dybden av hva lovverket innebærer eller hvorfor det
600 gjelder driften av klinikkene. Klinikken skal driftes innenfor gjeldende lovverk uansett organisering.
601 Formålet med dette kapitlet er hovedsakelig å se om det vil ha noen konsekvenser hvorvidt vi
602 organiserer klinikken internt eller eksternt.

603 Det aktuelle lov- og regelverket omfatter: (listen er ikke uttømmende)

- 604 • Universitets- og høyskoleloven
- 605 • Forskrift om studier og eksamener ved UiO
- 606 • Normalregelverk for instiutt og fakultet
- 607 • Helsepersonelloven
- 608 • Helsetilsynsloven
- 609 • Spesialisthelsetjenesteloven
- 610 • Pasient- og brukerrettighetsloven
- 611 • Personopplysningsloven
- 612 • Helseregisterloven
- 613 • Forskrift om pasientjournaler
- 614 • Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- 615 (kvalitetsforbedringsforskriften)

⁷ KLUGE, 311588-297\1901532\, Rettslig vurdering av internklinikkene ved Psykologisk institutts virksomhet

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-6/2017 - Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse for studenter og ansatte ved utdanningsinstitusjoner

616 Lovverket legger ikke noen føringer for hvorvidt klinikk i forbindelse med undervisning må være
617 organisert internt eller eksternt. Det er heller ikke noe i HOD sitt rundskriv som legger føringer for
618 hvorvidt klinikken skal være intern eller ekstern.

619 11.1. Diskusjon

620 Vi er også av den oppfatning at det vil være mulig å overholde lovverket i begge modeller.

621 I HOD sitt rundskriv er det en grundig gjennomgang av hvordan man skal forstå §§ 4 og 5 i
622 helsepersonelloven som omhandler forsvarlighet og bruk av medhjelpere. Det står blant annet: «*For*
623 *det tredje skal medhjelpere være underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. Det skal her være reell*
624 *kontroll og tilsyn, og det vil ikke være tilstrekkelig med kontroll og tilsyn som kun eksisterer "på*
625 *papiret". Ved tildeling av oppgaver må det gis nødvendige instruksjoner og føres nødvendig tilsyn*
626 *med vedkommende. Dette innebærer at den som delegerer en oppgave må være tilgjengelig for å gi*
627 *råd, veiledning og instruksjon underveis»*⁹. Konsekvensen for organiseringen, litt avhengig av
628 hvordan man kunne tenke seg et samarbeid med et helseforetak er at ved en ekstern organisering vil
629 det til enhver tid være helsepersonell tilstede for å bistå studentene. Ved en intern organisering må
630 vi ha en vaktordning eller lignende som ikke er en del av den daglige driften til instituttet. Dette er i
631 drift ved den klinikken som eksisterer i dag.

632 PSI og UiO må ved en intern organisering etablere et styringssystem som etter
633 kvalitetsforbedringsforskriften §4 skal baseres på fire aktiviteter: planlegging, gjennomføring,
634 evaluering og korreksjon¹⁰. Det jobbes i dag med å få på plass et internkontrollsystem samt revidere
635 den eksisterende kvalitetshåndboken for klinikkene. Noe av det som må beskrives av disse
636 systemene er hva som skal dokumenteres og hvordan. Det stilles i forskriftens § 5 krav til at
637 virksomheten til enhver tid har oppdatert og tilgjengelig dokumentasjon på at plikter knyttet til
638 styringssystemet er ivaretatt.

639 KLUGE går i nevnte rapport gjennom kvalitetsforbedringsforskriftens § 6-9 som går mer i dybden på
640 hva som ligger i planlegging, gjennomføring, evaluering og korreksjon. Det som kommer tydelig frem
641 av gjennomgangen er at systemansvarlig klinikkleder og administrativ ressurs må være oppdatert på
642 lov og regler. Det må også gjøres ytterligere avklaringer med hensyn til ansvarsfordeling. Her vil en
643 ved intern organisering måtte etablere en struktur (jmfr kapitlene om organisering og økonomi),
644 mens en forutsetter at dette håndteres av ekstern institusjon ved ekstern organisering.

645 PSI har i dag ikke personell med helsejuridisk kompetanse og bør nok, på grunn av størrelsen til
646 klinikken, heller ikke ha dette. UiO har juridisk kompetanse og vil i tillegg innhente nødvendig juridisk
647 bistand der det er behov. Hvorvidt det vil være behov for å styrke denne kompetansen i linjen fra
648 instituttet til universitetsledelsen vil det være nødvendig å komme tilbake til ved utarbeidelsen av
649 internkontrollsystem.

650 Ved en intern organisering av klinikkene må det altså en del kompetanseheving til samt etablering av
651 kontrollrutiner. Det må også på plass personell som kan følge opp rutiner og dokumentasjonskrav.
652 Denne kompetansen må også være på plass internt ved en ekstern organisering slik at pedagogikken
653 og det faglige innholdet er i tråd med de kravene som stilles til klinikkdriften. I dette tilfellet vil det
654 måtte gås opp den juridiske grenseflaten mellom klinikkdrift og opplæring av studenter.

⁹ Helse- og omsorgsdepartementet, Rundskriv I-6/2017 - Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens
anvendelse for studenter og ansatte ved utdanningsinstitusjoner, s. 15

¹⁰ [Forskrift av 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)

655 Spesialisthelsetjenestelovens § 2-4 sier at man må føre ventelister samt ha «ansvar for å skaffe
656 registrerte pasienter innenfor visse prioriterte pasientgrupper helsehjelp på offentlig institusjon»¹¹.
657 Som en undervisningsklinikk vil ikke PSI sin klinikk påvirkes av dette uansett organisering. Ved en
658 intern organisering, er ikke klinikken underlagt spesialisthelsetjenesteloven. Hvis vi skal samarbeide
659 med et helseforetak, er det imidlertid helseforetaket som har krav om å føre ventelister og ansvar
660 for å skaffe pasientene helsehjelp. Dette er også bekreftet i samtaler med helseforetak i
661 Osloregionen.

662 Ut over disse punktene kan ikke arbeidsgruppen se at det å samarbeide med et helseforetak og
663 dermed havne under spesialisthelsetjenesteloven, vil være til hinder for å drive opplæring av
664 studentene. Det må imidlertid etableres en struktur som sikrer at pasienter velges til undervisningen
665 på en måte som sikrer opplæringsforløpet.

666 Klinikkerne er regulert av pasientjournalloven, jf § 3¹². Denne loven har den samme gyldighet
667 uavhengig av organisering. Hvis klinikkerne skal organiseres internt må det avsettes ressurser til et
668 elektronisk journalsystem samt legges til rette for bruk av elektronisk journalsystem i opplæringen,
669 og drift og vedlikehold av dette. Hvis klinikkerne organiseres eksternt må klinikkerne inkluderes i
670 journalsystemene og rutinene til helseforetaket. I begge tilfeller vil dette innebærer en viss overhead
671 som må kompenseres. Opplæring som skal skje eksternt, vil trolig kreve noe finansiering fra PSI.

672 12. Roller, ansvar, system og struktur

673 Uansett organisering vil det være viktig å ha en tydelig oversikt over hvilke roller som finnes, samt
674 klar fordeling av ansvar. I klinikkerne vil det alltid være to ansvarlinjer, undervisning og behandling.
675 Vi redegjør her litt for hvilke roller og hvilket ansvar som ligger i de to linjene samt hva forskjellen vil
676 være ved intern og ekstern klinikk.

677 12.1. Undervisning

678 Programråd

679 I UiO sine normalregler for fakulteter §7, står de at alle studieprogram som gir en grad skal ha et
680 programråd. Videre står det: «Programrådet selv skal behandle de faglige rammene, viktige
681 prioriteringer og opplegg for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling av programmene.»¹³.

682 Instituttstyret ved PSI vedtok i 6.10.2015 et mandat for programrådet med virkning fra 1.1.2016. I
683 dette mandatet står det blant annet: «Programrådet har ansvar for at de emnene som tilbys i
684 programmet utgjør en faglig helhet og støtter opp om programmets mål.»¹⁴.

685 Programrådet er derfor vedtaksorganet for innholdet i studieprogram og i enkeltemner. Det betyr at
686 det er programrådet som vedtar innholdet i emnet PSYC6310 – praktikum, samt har ansvar for
687 helheten i programmet.

688 Undervisningsansvar

¹¹ Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

¹² Lov 20. juni 2014 nr. 42 om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp

¹³ Normalregler for fakulteter av 8. september 2003, Universitetet i Oslo

¹⁴ Mandat for programrådet av 6. oktober 2015, Psykologisk institutt,
<https://www.sv.uio.no/psi/om/organisasjon/programraad/mandat-for-programradet.pdf>

689 Hvert enkelt emne i studieprogrammet har en eller flere emneansvarlige med ytterligere
690 undervisere. For praktikum fungerer de fire klinikklederne som emneansvarlige. Deres ansvar er
691 blant annet å sørge for at undervisningen ivaretar vedtatte læringsmål samt videreutvikle emnene.

692 I universitets- og høyskolelovens §1-5 står det blant annet: «Den som gir undervisning ved institusjon
693 under denne lov har et selvstendig faglig ansvar for innhold og opplegg av denne innenfor de rammer
694 som institusjonen fastsetter eller som følger av lov eller i medhold av lov.»¹⁵. Underviser,
695 klinikkleder/emneansvarlig/foreleser/veileder, skal ha en grad av faglig autonomi innenfor en
696 ramme gitt av programrådet.

697 12.2. Behandling

698 Behandlingsansvarlig

699 Helsepersonell er ansvarlig for den helsehjelp en selv yter, jf. Helsepersonelloven § 4.

700 «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull
701 hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for
702 øvrig.

703 Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller
704 henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal
705 yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell
706 har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter
707 pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.»¹⁶

708 I PSI sine klinikker er det veilederne som har behandlingsansvaret. Dette ansvaret vil ligge til veileder
709 uavhengig av om klinikkene er interne eller eksterne.

710 Selv om veilederne har behandlingsansvaret, er det studentene som er terapeuter. Dette reguleres
711 av Helsepersonelloven § 5: «Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet
712 personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging
713 som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn.»

714 Journalansvarlig

715 Ifølge Helsepersonelloven § 39 skal noen ha det overordnede ansvaret for journalføring.

716 «I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte
717 journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen.»

718 Den som har det overordnede ansvaret for innholdet i journalen trenger ikke være den samme som
719 yter helsehjelp. Ved PSI sine klinikker vil veileder være journalansvarlig for journalene som føres av
720 studentterapeuter. Det overordnede ansvaret for journalene vil ved en internklinikk være
721 systemansvarlig klinikkleder.

722 Informasjonsansvarlig

723 «Den som yter helse- og omsorgstjenester, skal gi informasjon til den som har krav på det etter
724 reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4. I helseinstitusjoner skal informasjon etter
725 første punktum gis av den som helseinstitusjonen utpeker.» (Helsepersonelloven § 10)

¹⁵ Lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler

¹⁶ Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

726 I PSI sine klinikker vil veilederne ha et informasjonsansvar. Dette ansvaret vil de ha uavhengig av om
727 klinikkene er interne eller eksterne. Det overordnede informasjonsansvaret vil ved en internklinikk
728 ligge til systemansvarlig klinikkleder.

729 **Systemansvar**

730 UiO som institusjon har et systemansvar for all drift ved UiO, også klinikkdriften. I Forskrift om
731 lederlse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3 står det følgende: «Den som har det
732 overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk
733 styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten
734 medvirker til dette.».

735 I universitets- og høyskoleloven § 9-1 står det «(1) Styret er det øverste organet ved institusjonen.
736 Det har ansvar for at den faglige virksomheten holder høy kvalitet og for at institusjonene drives
737 effektivt og i overensstemmelse med de lover, forskrifter og regler som gjelder, og de rammer og mål
738 som gis av overordnet myndighet. (2) Alle beslutninger ved institusjonen truffet av andre enn styret,
739 treffes etter delegasjon fra styret og på styrets ansvar. Styret kan delegere sin avgjørelsesmyndighet
740 til andre ved institusjonen i den utstrekning det ikke følger av denne lov at styret selv skal treffe
741 vedtak, eller det er andre særlige begrensninger i adgangen til å delegere.».

742 Universitetsdirektøren er øverste ansvarlig for den administrative virksomheten ved UiO (UHL § 10-
743 3). Da internkontrollsystemer er administrative systemer vil det si at universitetsdirektøren er
744 øverste systemansvarlig i den daglige driften.

745 Dekanen er øverste leder på fakultetsnivå og ivaretar derfor systemansvaret på dette nivået. I
746 normalregler for fakultetene § 4 står det «Dekanen har overordnet ansvar og myndighet med hensyn
747 til alle oppgaver som ikke eksplisitt er tillagt fakultetsstyret eller et annet organ, og har generell
748 fullmakt til å avgjøre løpende enkeltsaker.».

749 På instituttnivå har instituttleder det tilsvarende ansvar. I normalregler for instituttene § 4 står det
750 «Instituttlederen har overordnet ansvar og myndighet med hensyn til alle oppgaver som ikke
751 eksplisitt er tillagt instituttstyrets myndighetsområde, og har generell fullmakt til å avgjøre løpende
752 enkeltsaker.».

753 Instituttleder har derfor vide fullmakter når det gjelder driften av instituttet og dermed også driften av klinikken.

754 Hvilken myndighet som ligger til de som underviser på klinikken og klinikkleder, er avhengig av
755 hvilken delegering som gjøres av instituttleder.

756 **12.3. Diskusjon**

757 Slik arbeidsgruppen ser det er det ingenting ved universitets retningslinjer når det gjelder
758 undervisning eller lovverk og rundskriv fra HOD om klinikknær undervisning som har stor betydning
759 for valg av modell. Vi har tidligere påpekt at de to ansvarslinjene blir ulikt berørt av henholdsvis
760 intern eller ekstern organisering men mener at en i begge tilfeller vil være i stand til å kompensere
761 for de utfordringene en valgt modell byr på når det gjelder roller og ansvar..

762 **13. Anbefaling av modell**

763 Når vi går gjennom kriteriene vi har satt opp for å vurdere modeller ser arbeidsgruppen at det er en
764 rekke fordeler og noen ulemper ved begge måtene å organisere klinikkdriften på. Det følgende er en
765 oppsummering av fordeler og ulemper ved henholdsvis intern og ekstern organisering. Vi har her
766 lagt vekt på de vesentligste elementene som kan telle i den ene eller andre retningen. Vi har lagt stor
767 vekt på hvilke føringer målsettingen og emnebeskrivelsen av praktikumemnet har for valg av modell.

768 Endring av målsetting eller vektlegging av andre elementer ved pedagogikken kan således lede til
769 andre vurderinger enn de arbeidsgruppen har kommet fram til.

770 I det følgende vil vi kort gå gjennom fordeler og ulemper med de to hovedmodellene før vi
771 oppsummerer i konkluderende del. Innledningsvis vil arbeidsgruppen kommentere at en ikke ser at
772 lovverk, eller retningslinjer for klinikkdrift står i veien for å velge den ene eller den andre modellen.
773 Det er fullt mulig å drive klinikk innenfor gjeldene lovverk med begge modeller. Arbeidsgruppen har
774 ikke blitt bedt om å vurdere forskningsmulighetene ved modellene, men vil bemerke at det ligger
775 gode muligheter for å utvikle forskning ved begge modeller. Ressurspersoner fra helseforetak vil bli
776 dratt inn i universitetets klinikk ved intern organisering og kjernepersonell ved klinisk fagavdeling vil
777 fungere som nøkkelpersoner ute i foretak ved ekstern organisering. I begge tilfelle vil det ligge til
778 rette for utvikling av forskning som en konsekvens av undervisningsaktiviteten og av at dette er
779 ønskelig for PSI.

780 13.1. Intern organisering

781 13.1.1. Fordeler

782 Den faglige organiseringen vil være enkel å opprettholde i tråd med praktikum undervisningen ved
783 en intern klinikk. Gitt en slik organisering vil ansvar for faglig innhold (emneansvar) og klinikkansvar
784 (seksjonsledelse) være knyttet til samme person i en ansvarslinje. Det gjør at faglig autonomi og
785 fleksibilitet i forhold til endringer i emner er enkelt å gjennomføre. Studenten vil bli fulgt opp av de
786 samme personer i forhold til vårt ansvar som undervisningsinstitusjon og som behandlingsansvarlig.

787 Veiledere og fagstab vil ha kort avstand til hverandre og hovedansvar for klinikken ligger ett sted.
788 Dette sikrer god kommunikasjon og at studentene får nødvendig oppfølging. I tillegg vil det være
789 enkelt å etablere samarbeid på tvers av seksjoner slik at studentene kan eksponeres for ulike
790 tilnærminger.

791 En intern klinikk vil i store grad kunne prøve ut nye behandlingsmetoder og ha faglig fleksibilitet
792 knyttet til studentenes valg av behandlingstilnærming. Den vil også gjøre det enkelt å endre
793 organisering ifm. endringer foretatt i programrådet eller endringer i faglig profil.

794 Klinikken kan i stor grad sikre klienter som på ene siden nyttiggjør seg og er særlig egnet for
795 behandling. Videre sikre at pasientene egner seg for studentbehandling, er motivert for å møte opp, og
796 kan gjennomføre behandlingsforløpet på avgrenset tid.

797 13.1.2. Ulemper

798 Ved en intern organisering vil det måtte brukes ressurser på å koordinere driften samt ivareta et
799 internkontrollsystem. Klinikken må også ha en egen administrasjon som kan ivareta endringer i
800 lovverk, varslings og kvalitetsrutiner. Journalsystem må driftes av universitetet ved intern
801 organisering. Dette er fullt mulig med eksisterende systemer, men har en årlig kostnad knyttet til
802 drift.

803 Siden driften av en internklinikk er forholdsvis liten og antall avvikssaker eller klagesaker vil være
804 forholdsvis få vil det måtte rettes særskilt oppmerksomhet mot håndtering av slike. Det vil være
805 mindre systemressurser tilgjengelig enn ved et helseforetak og det vil stille aktsomhetskrav til intern
806 drift. Her må det kompenseres med innleie av kompetanse ved eventuelle vanskelige saker eller
807 store avvik.

808 Det vil være kostnader knyttet til arealer og teknisk infrastruktur ved denne modellen. Dette gjelder
809 drift av journalsystem, videoløsninger samt fysiske arealer. Det er per i dag ikke gitt at dette er
810 dyrere enn å drifte klinikken eksternt.

811 Intern organisering innebærer å måtte drifte eget journalsystem. Det vil av kostnadmessige og
812 praktiske grunner være liten mulighet for å benytte det samme systemet som foretakene bruker. På
813 den annen side vil opplæring kunne gjøres av veiledere fordi journalsystemet er det samme som i
814 stor grad brukes i privatpraksis og ved små klinikker (også ved internklinikkene ved de andre
815 universitetene). Siden formålet med denne siden av praktikumemnet er læring av journalføring er
816 det ingen stor ulempe å bruke et annet system enn det som brukes ved helseforetak.

817 Klinikken vil i mindre grad ha ressurser til å håndtere komplekse behandlingsforløp med mange
818 aktører involvert i prosessen. Det er imidlertid ikke gitt at dette er en alvorlig innvending da en
819 forutsetter at det foregår en utvelgelse av pasienter som er tilpasset formålet med undervisningen.

820 13.2. Ekstern organisering

821 13.2.1. Fordeler

822 En mulig fordel med en ekstern organisering er at universitetet vil slippe systemansvar knyttet til
823 behandling av pasienter.

824 Det vil også være fordelaktig med en ekstern organisering gitt at formålet med undervisningen er
825 erfaring med drift og behandling så tett opp til praksis i spesialisthelsetjenesten som mulig.

826 Det vil trolig være et stort tilfang av egnede pasienter tilgjengelig også ved ekstern organisering, men
827 det må avsettes midler til en fagperson som kan sikre at disse passer til opplæringsopplegget.

828 13.2.2. Ulemper

829 Det vil være noe lenger avstand mellom faglærere ved universitet og stab ved helseforetakene enn
830 ved en intern organisering. Dette innebærer behov for tettere oppfølging dersom organiseringen
831 legges utenfor universitetet. Siden det vil være to linjer som svarer til to ulike organisasjoner vil en
832 måtte bruke ressurser på jevnlig oppfølging og håndtering av avvik knyttet til opplæringsdelen.
833 Denne økte ressursbruken vil øke med antall institusjoner som inngår i et samarbeid. Det vil kreve
834 mindre ressurser å vedlikeholde et samarbeid med et foretak enn med flere. Dette gjelder både for
835 pedagogisk oppfølging, utvikling av samarbeid og behov for areal og infrastruktur.

836 Det vil være større kostnader knyttet til å sikre faglig kontroll med virksomheten eksternt. Denne
837 kostnaden vil øke med antall samarbeidende institusjoner.

838 Det vil også ligge en kostnad knyttet til at våre ansatte for 2er stillinger eksternt for å sikre
839 beordringslinje i klinikken. Eksterne veiledere ansettes i en prosentstilling. Hvor stor prosentstilling
840 disse skal ha kan imidlertid bestemmes av organisering. Ved en ekstern organisering kan det være
841 nødvendig at alle veiledere, både interne og eksterne, også blir ansatt ved samarbeidspartneren.

842 Det kan være en motsetning mellom krav til effektivitet og den tid som medgår til å drive
843 studentaktiviteten. Selv om dette ikke trenger å være kritisk må det tas høyde for at det er store
844 effektivitetskrav i helsevesenet og at fokus for systemansvar og drift naturlig nok vil være på å oppnå
845 målkrav.

846 13.3. Oppsummerende tabell

847 På bakgrunn av diskusjonen over har arbeidsgruppen valgt å vektlegge følgende elementer på vist i
848 tabell 2.

	Intern model	Ekstern model
Pedagogisk	Tett kontakt mellom programråd emneansvarlige og lærere	Større avstand og flere institusjoner er mer utfordrende for pedagogikk
	Stor fleksibilitet	Noe mindre fleksibilitet

	Kan enkelt endre kursportefølge innen programmet	Endringer krever forhandlinger med eksterne partnere
	Pedagogikken styrer klinikkdriften	Klinikken gir føringer for målsetting med emnet
Autonomi	Stor faglig autonomi	Fare for mindre faglig autonomi sett fra universitetets side
	Behandlers autonomi berøres ikke	Behandlers autonomi berøres ikke
Økonomi	Mer midler til systemdrift og datasystemer	Mer midler til doble stillinger
	Må drifte intern organisasjon	Må investere i ekstern organisasjon
	Må ha egne journalsystem	Kan bruke foretakets datasystem
Juridisk	Kan driftes i overenstemmelse med lovverk og forskrifter med lokale tilpasninger	Driftes i overenstemmelse med lovverk og forskrifter i foretak
System	Må drifte kvalitetssystem og ha ansvar for pasientene	Universitetet slipper systemansvar ansvar for pasientene
	Integrerer pasientkvalitet og studentansvar	Må drifte ansvar for studentene og pedagogikk eksternt
	Tilpasser organisering til pedagogiske mål og faglige skillelinjer	Må tilpasse organisering til type helsetjeneste i samarbeidet.

849

850 13.4. Oppsummering og konklusjon

851 Ved en samlet vurdering av alle momentene for ulike modeller har arbeidsgruppen kommet til å ville
852 anbefale en intern organisering av klinikkdriften ved PSI. Denne anbefalingen gjelder all klinikkdrift i
853 forbindelse med praktikum gitt at praktikum skal ha det formålet det har i dag. For lovverk,
854 systemansvar, økonomi og oppfølging av pasienter er det etter arbeidsgruppens mening ingenting
855 som tilsier at vi bør velge enten ekstern eller intern organisering. Det er for eksempel ingenting ved
856 rundskriv I-6/2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet som gir spesifikke føringer i retning av å ikke
857 kunne organisere denne type klinikkundervisning som intern klinikk. Det er arbeidsgruppens
858 oppfatning at lov og systemansvar samt ivaretagelse av pasienter vil kunne ivaretas i tilstrekkelig
859 grad ved intern organisering.

860 Det vesentlige ved vår vurdering er at det er større grad av faglig autonomi og enklere oppfølging av
861 pedagogikk med intern organisering. Det er også nå mulig å integrere klinikken arealmessig uten at
862 dette går på bekostning av annen undervisnings eller forskningsaktivitet ved PSI.

863 Arbeidsgruppen mener det må legges vekt på faglige argumenter så lenge det ikke foreligger
864 vesentlige lovmessige eller økonomiske forhold som tilsier annen organisering.

865 Arbeidsgruppen vil peke på at det er vesentlig å etablere klinikken i et egnet lokale, at den har
866 ubenyttet potensiale i profesjonsprogrammet og at det bør utredes hvordan den best utvikles faglig i
867 fremtiden både med hensyn til faglig innhold og hvor i studiet det tilbys undervisning i klinikken.
868 Videre bør ikke en intern organisering utelukke samarbeid eller utvikling av samarbeid med eksterne
869 aktører der det er nødvendig eller formålstjenlig for å nå de faglige målene for undervisningen.

870 14. Anbefalinger for veien videre

871 Arbeidsgruppen er ikke bedt om å vurdere innholdet i praktikumundervisningen og har ikke kunnet
872 gå inn på detaljer i hvordan den fremtidige internklinikken skal inngå i undervisningsforløpet.
873 Gjennom utredningsarbeidet har vi likevel ikke kunnet unngå å legge merke til momenter vi mener
874 det er viktig å arbeide med fremover. Samfunnsoppdraget til PSI for utdanning av psykologer favner
875 bredere enn de 20 studiepoengene praktikumopplæringen dekker og det er viktig å bruke klinikken

876 bredest mulig for å sikre at psykologer er godt forberedt når de kommer ut i arbeide. Vi vil derfor
877 anbefale at programrådet igangsetter arbeid med å utvikle klinikken i forbindelse med det
878 programrevisjonsarbeidet som er i gang. Intern organisering gir etter arbeidsgruppens mening en
879 anledning til å utvikle klinikken til å kunne spille en større rolle i profesjonsprogrammet enn klinikken
880 gjør i dag.

881 Som en konsekvens av at arbeidsgruppen anbefaler at all klinikkvirksomhet bør driftes som
882 internklinikk, må det videre utredes hva konsekvensene blir for BFT.

883 Klinikken virker noe underbrukt i undervisningen og med den ekspertise og administrative ressurs
884 som legges til klinikken bør det utredes hvordan internklinikken kan bidra til forpraksiser,
885 førstelinjeerfaring samt kvalitetssikring av praksiser gjennom studieløpet. For eksempel ville det å
886 legge praksiskoordinatorstillingen til klinikken bidra til et faglig miljø hvor de ulike
887 praksiselementene i profesjonsprogrammet kan bli fulgt opp på en bedre måte enn i dag.

888 Et viktig ledd i brukermedvirkning og kvalitetssikring av klinikkarbeid på systemnivå ved foretakene
889 er tilbakemelding fra pasienter. Arbeidsgruppen mener det bør utredes om slike pasientfornøydhets
890 undersøkelser bør inn i klinikken som en del av brukermedvirkningsarbeidet.

891 Det bør utredes hvordan praktikumundervisningen legges inn i studieløpet. I dag er undervisningen
892 lagt opp til at studentene må velge mellom barn og voksne. Arbeidsgruppen vil påpeke at det ville
893 være ideelt om alle studenter får både en fordypende erfaring med barn og voksne. Dette ville
894 kunne medføre at deler av undervisningen legges før hovedpraksis. Slike endringer vil kunne bidra til
895 bedre integrering mellom den praktiske og teoretiske opplæringen.

896

897 Vedlegg 1: Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909 **Prinsipperklæring¹ om evidensbasert psykologisk praksis ²**

910 Vedtatt av Sentralstyret i Norsk Psykologforening januar 2007

911

912

913 *Følgende prinsipperklæring ble godkjent for American Psychological Association (APA) av APA*
914 *Council of Representatives på rådets møte i august 2005.*

915

916 Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) er integrering av den beste tilgjengelige forskningen med
917 klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper,

918 kulturelle bakgrunn og ønskemål.³ (orig. Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration

919 of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.)

920 Denne definisjonen av EBPP ligger tett opptil definisjonen av evidensbasert praksis som Institute of
921 Medicine har vedtatt (2001, s. 147), bygget på formuleringen i Sackett og kolleger (2000):

922 "Evidensbasert praksis er integrering av beste forskningsevidens med klinisk ekspertise og

923 pasientens verdier." (orig. "Evidence-based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise
924 and patient values.") Hensikten med EBPP er å fremme virksom effektiv psykologisk praksis og forbedre

925 folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasus

926 formulering⁴, behandlingsrelasjon og

927

928 ¹ Dette er oversettelse og tilpasning til norske forhold av:

929

American Psychological Association

930

Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology

931

etter tillatelse fra APA (se avslutning av dokumentet.)

932

933 Norsk Psykologforenings kvalitetsutvalg valgte i sitt møte i januar 2006 å gi sin støtte til uttalelsen, og å få den oversatt og anbefale den
934 som uttrykk for Norsk Psykologforening fagpolitiske standpunkt. NPF har søkt om og fått tillatelse til å oversette og publisere denne
935 uttalelsen.. Noen steder har originalbegrepet blitt satt i parentes og *kursiv*. Den er fortsatt (desember 2006) under høring i NPF ,
Universitetene som utdanner psykologer. Kommentarer og reaksjoner ønskes velkommen.

936

² En utvidet gjennomgang av emnene som berøres i denne prinsipperklæringen, inkludert begrunnelse og
937 referanser som underbygger den, kan finnes i Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based
938 Practice som er tilgjengelig sammen med prinsipperklæringen på <http://www.apa.org/practice/ebp.html>

939

³ For å være i overensstemmelse med de diskusjoner om evidensbasert praksis som pågår innenfor andre
940 felt i helsevesenet, bruker vi begrepet *pasient* som referanse til de barn, ungdommer, voksne, eldre voksne,
941 par, familier, grupper, organisasjoner, samfunn eller andre populasjoner som mottar psykologiske
942 tjenester. Vi ser imidlertid at det i mange situasjoner vil være viktige og gyldige årsaker til bruk av begreper
943 som *klient*, *forbruker* eller *individ* i stedet for *pasient* for å beskrive tjenestemottakere.

944 ⁴ I faglitteraturen brukes begrepet Case Formulation på en systematisk gjennomgang av klinisk materiale og
945 bearbeidelse slik at det nærmer seg forklaring og anvisning for behandling. En sentral referanse i denne
946 tilnærmingen finner vi i Eells. (1997) Handbook of psychotherapy case formulation. (Kvalitetsutvalgets
947 kommentar)
948 intervensjon.

949

950

951 **Beste forskningsevidens**

952

953 Beste forskningsevidens refererer til vitenskapelige resultater vedrørende intervensjonsstrategier,
954 utredning, kliniske problemer og pasientpopulasjoner fremkommet så vel i laboratoriestudier som
955 gjennom forskning i ordinær tjenesteyting, og dessuten klinisk relevante resultater fra
956 grunnforskning innen psykologi og beslektede fagfelt. En betydelig mengde evidens basert på en
957 rekke ulike typer forskningsdesign og metodologier underbygger at psykologisk praksis er virksom.
958 Generelt sett skal evidens som har sin opprinnelse fra klinisk relevant forskning på psykologisk
959 praksis, baseres på systematiske oversikter, hensiktsmessige effektstørrelser, statistisk og klinisk
960 signifikans, og en omfattende underbyggende evidens. Gyldigheten av konklusjoner fra
961 intervensjonsforskning er basert på en generell progresjon fra klinisk observasjon til systematisk
962 oppsummering av randomiserte kliniske forsøk, samtidig som man erkjenner mangler og
963 begrensninger i eksisterende litteratur og dens anvendelighet for det aktuelle tilfellet (APA, 2002).
964 Helsepolitikk og praksis preges også av forskning på områder som folkehelse, epidemiologi,
965 menneskers utvikling, sosiale relasjoner og nevro-vitenskap.

966

967 Forskere og praktikere må samarbeide for å sikre at tilgjengelig forskning på psykologisk praksis er
968 både klinisk relevant og har indre validitet. Det er viktig at intervensjoner som ennå ikke er
969 undersøkt gjennom kontrollerte studier, ikke anses som uten virkning. Imidlertid må både
970 psykologisk praksis som er mye brukt, og arbeidsmåter som er nyutviklet i praksisfeltet eller i
971 laboratoriet, evalueres grundig, og hindringer for gjennomføring av slik forskning må identifiseres
972 og bearbeides.

973

974

975 **Klinisk ekspertise**

976

977 Psykologenes kliniske ekspertise innbefatter omfattende kunnskap og ferdigheter som fremmer
978 positive terapeutiske resultater. Denne kompetansen inkluderer; a) gjennomføring av utredninger
979 og utarbeiding av diagnostiske vurderinger, systematiske kasus formuleringer og
980 behandlingsplaner, b) klinisk beslutningstaking, gjennomføring av behandling og følge med på
981 pasientens utvikling, c) inneha og bruke interpersonlig ekspertise, inkludert utvikling av
982 terapeutiske allianser, d) kontinuerlig selvrefleksjon og utvikling av profesjonelle ferdigheter, e)
983 vurdering og bruk av forskningsbasert evidens fra både grunnforskning og anvendt psykologisk
984 vitenskap, f) forståelse av individuelle, kulturelle og kontekstuelle forskjellers betydning for
985 behandlingen, g) anvendelse av tilgjengelige ressurser (f.eks. konsultasjon, støttende eller
986 alternative tjenester) etter behov, og h) ha en solid begrunnelse for de kliniske tilnærmingene.
987 Ekspertise utvikles fra klinisk og vitenskapelig opplæring, teoretisk forståelse, erfaring,
988 egenrefleksjon, kunnskap om ny forskning, og kontinuerlig videreutdanning og opplæring.

989

990

991 Klinisk ekspertise brukes til å integrere den beste forskningsbaserte kunnskapen med kliniske data
992 (f.eks. pasientopplysninger som blir innhentet i løpet av behandlingen) i sammenheng med
993 pasientens egenskaper og ønskemål, for å kunne yte tjenester som med stor sannsynlighet vil
994 kunne nå målene med behandlingen. Helt sentralt for klinisk ekspertise er en bevissthet om egne
995 begrensninger i kunnskaper og ferdigheter og om egne mestringmønstre og egen forutinntatthet
996 – både kognitive og emosjonelle – som kan påvirke den kliniske vurderingen. Psykologer forstår
997 dessuten hvordan deres egne personlige egenskaper, verdier og kontekst er i samspill med
998 tilsvarende egenskaper hos pasienten.

999

1000

1001 **Pasientens egenskaper, verdier og kontekst**

1002

1003 Psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset pasientens konkrete problemer,
1004 sterke sider, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser. Det er kjent at en rekke
1005 pasientegenskaper, f.eks. funksjonsnivå, endringsvillighet og grad av sosial støtte, har innvirkning
1006 på resultatene av behandlingen. Andre viktige pasientkarakteristika som må tas hensyn til under
1007 etablering og ivaretagelse av en behandlingsrelasjon og gjennomføring av spesifikke intervensjoner
1008 inkluderer; a) ulikheter i de henviste problemer eller lidelser, etiologi, parallelle symptomer eller
1009 syndromer og atferd, b) kronologisk alder, utviklingsnivå, utviklingshistorie og livsfase, c)
1010 sosiokulturelle faktorer og familie- faktorer (f.eks. kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, rase, sosial
1011 klasse, religion, funksjonsstatus, familiestruktur og seksuell orientering), d) sosiale
1012 rammebetingelser (f.eks. institusjonell rasisme, ulikheter i helsevesenet) og stressfaktorer (f.eks.
1013 arbeidsledighet, store livsbegivenheter), og e) personlige preferanser, verdier og ønskemål knyttet
1014 til behandling (f.eks. målvalg, tro, verdenssyn og forventninger til behandlingen). Enkelte effektive
1015 behandlingsformer innebærer intervensjoner rettet mot andre personer i pasientens miljø, f.eks.
1016 foreldre, lærere og omsorgspersoner. Et sentralt mål ved EBPP er å maksimere pasientens
1017 muligheter til å velge blant effektive, alternative intervensjoner.

1018

1019

1020 **Kliniske implikasjoner**

1021

1022 Kliniske beslutninger skal tas i samarbeid med pasienten basert på den beste klinisk relevante
1023 evidens og med hensyn til sannsynlige kostnader, fordeler og tilgjengelige ressurser og
1024 alternativer¹⁷. Det er behandlende psykolog som tar den endelige vurderingen av en bestemt
1025 intervensjon eller behandlingsplan. Deltakelse fra en aktiv, velinformert pasient er vanligvis
1026 avgjørende for hvor vellykket den psykologiske tjenesten er. Behandlingsavgjørelser skal aldri tas
1027 av en person uten opplæring og som ikke kjenner detaljene i saken.

1028

¹⁷ For enkelte pasienter (f.eks. barn og unge), blir avgjørelser knyttet til henvisning, valg av terapeut og behandlingsmetode, og avgjørelsen om å avslutte behandlingen som oftest tatt av andre (f.eks. foreldre), og ikke av den personen som behandlingen retter seg inn mot. Det betyr at integreringen av evidens og praksis i slike tilfeller sannsynligvis vil medføre informasjonsdeling og beslutningstaking i fellesskap med andre.

1029 Behandlende psykolog vurderer gyldigheten av forskningskonklusjoner for en bestemt pasient.
1030 Enkeltpasienters vansker kan nødvendiggjøre avgjørelser og intervensjoner som ikke er direkte
1031 behandlet i tilgjengelig forskning. Bruk av forskningsevidens i arbeidet med en bestemt pasient
1032 innebærer alltid vurdering av sannsynlighet. Fortløpende observasjon av pasientens utvikling og
1033 nødvendig justering av behandlingen er derfor av fundamental betydning for EBPP.

1034 Norsk Psykologforening (org. APA) støtter opp om utviklingen av prinsipper i helsevesenet som
1035 samsvarer med dette synet på evidensbasert psykologisk praksis.

1036
1037

Referanser

1038
1039
1040 American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines.
1041 *American Psychologist*, 57, 1052–1059.
1042 Eells, T. D. (1997) ed: *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. N. Y. Guilford Press.

1043 Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*.
1044 Washington, DC: National Academy Press.

1045 Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence*
1046 *based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.

1047
1048
1049
1050 This material originally appeared in English as Copyright 2005 by the American Psychological
1051 Association. Translated and reprinted with permission of the publisher. The American Psychological
1052 Association is not responsible for the accuracy of this Translation

1053

1054 Vedlegg 2: Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi

1055

1056

1057

1058

1059

1060 Nasjonal plan for profesjonsutdanning i psykologi

1061

1062

1063 Utarbeidet for Nasjonalt profesjonsråd for psykologiutdanning

1064

1065

1066

1067

1068

1069

1070

1071

1072

1073

1074

1075		
1076	1. Innledning.....	31
1077	2. Formål	31
1078	3. Læringsutbytte.....	32
1079	4. Innhold	32
1080	<i>I: Basalfag (90 sp).....</i>	<i>32</i>
1081	<i>II: Forskningsmetode (60 sp).....</i>	<i>33</i>
1082	<i>III: Klinisk teori og ferdighetsopplæring (90 studiepoeng).....</i>	<i>33</i>
1083	<i>IV: Praksis (60 sp).....</i>	<i>34</i>
1084	<i>V: Støttediscipliner, fordypningsemner i psykologi, andre fagkretser enn psykologi (60 sp).....</i>	<i>34</i>
1085	5. Organisering og praksis	34
1086	6. Eksamen/vurdering	35
1087	Vedlegg 1: Rettledning vedr. vurdering av søknader om autorisasjon som psykolog fra personer	
1088	med utenlandsk utdanning.....	35
1089		
1090		

1091 1. Innledning

1092 Norsk psykologutdanning har en varighet på 6 år og leder frem til autorisasjon som psykolog.

1093 Utdanningen tilbys ved fire universiteter. Studiet skal kvalifisere studentene til å kunne stille
1094 diagnose samt å tilby psykologisk behandling for psykiske lidelser. Studietilbudet skal oppfylle krav
1095 fra Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen samt krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse,
1096 spesielle direktiver fra EU, og internasjonale konvensjoner.

1097 Dette dokumentet gir en oversikt over kjernekompetansen den enkelte student skal ha ved
1098 utdanningsløpets slutt uavhengig av hvilket universitet som tilbyr utdanningen. Det imidlertid viktig
1099 å være klar over at den enkelte utdanningsinstitusjon har en lovfestet akademisk frihet som
1100 innebærer at det er et stort rom for å velge ulik faglig profil.

1101 Utover dette beskriver dokumentet utdanningens formål og mål, læringsutbytte, innhold samt
1102 organisering og eksamen. 2. Formål

1103 Profesjonsprogrammet i psykologi har som overordnet mål å utdanne kandidater med en
1104 grunnleggende vitenskapelig holdning til og bred kompetanse i å forstå, forebygge og behandle
1105 psykologiske problemer, samt gi et grunnlag for å utføre alle de viktigste formene for psykologisk
1106 arbeid med barn, ungdom og voksne. Sentralt i psykologisk arbeid står kunnskap om normal og
1107 avvikende fungering, om menneskelige

1108 samspill og relasjoner, og om sårbarhet og problemer knyttet til samspill og relasjoner. De fire
1109 hovedelementene i utdanningen er 1. formidling av vitenskapelig kunnskap, 2. faglige ferdigheter, 3.
1110 holdninger knyttet til yrkesutøvelsen og 4. bred veiledet praksiserfaring knyttet til diagnostikk og
1111 behandling.

1112 *Den vitenskapelige kunnskapen* omfatter teoretisk forståelse, innsikt i vitenskapelig metode og
1113 kjennskap til sentrale forskningsresultater innenfor alle deler av faget. Kunnskapen omfatter både
1114 grunnspørsmål og anvendte problemstillinger innenfor de ulike områdene.

1115 Kandidatene skal ha kunnskap om og forståelse av både normal og avvikende utvikling og fungering.
1116 De skal beherske grunnleggende teorier og metoder innenfor de ulike områdene av faget, kjenne til
1117 den mest sentrale forskningen på de ulike områdene, og kunne gjengi og vurdere teoretiske og
1118 empiriske vitenskapelige arbeider. Før endt utdanning skal kandidatene gjennomføre et avgrenset
1119 vitenskapelig prosjekt. Det innebærer problemformulering, design, planlegging, datainnsamling,
1120 analyse og vitenskapelig drøfting på et nivå som tilfredsstillende forskningsmessige krav til
1121 dokumentasjon og rapportering. Prosjektet kan omfatte empiriske så vel som teoretisk orienterte
1122 studier av aktuelle problemstillinger, i form av en artikkel eller som en monografi. Studiet gir
1123 kandidatene et kunnskapsmessig grunnlag for å fortsette å holde seg vitenskapelig oppdatert
1124 innenfor sitt felt.

1125 *De faglige ferdighetene* utdanningen gir studentene, omfatter ulike metodiske tilnæringer til å
1126 forstå, analysere og behandle psykologiske problemstillinger som psykologen møter i sin
1127 yrkesutøvelse. Utdanningen gir kandidatene ferdigheter i relasjonsarbeid, vurdering og diagnostikk
1128 og i ulike former for tilnæringer i behandlingen av psykologiske problemer, både når de er av akutt
1129 og mer kronisk art. Ferdighetskursene er knyttet til behandling av voksne, barn og familier.
1130 Utdanningen skal gi praktiske ferdigheter i mellommenneskelig kommunikasjon og ferdigheter
1131 knyttet til samarbeid med andre fagfolk. Ved endt utdanning skal kandidatene kunne gå inn alle
1132 vanlige psykologstillinger og utføre arbeidet på en faglig forsvarlig måte.

1133 *Holdninger knyttet til yrkesutøvelse* er basert på faglig kunnskap og allmenne og fagspesifikke verdier
1134 og etiske normer. De omfatter psykologens måter å framtre på og forholde seg på, respekt for andre
1135 menneskers integritet og autonomi, toleranse for alle typer av menneskelige problemer, og
1136 ikkediskriminerende holdninger i forhold til klientenes kjønn, funksjonshemming og kulturell, religiøs,
1137 rasemessig og etnisk bakgrunn. Holdninger knyttet til yrkesutøvelse omfatter også psykologens
1138 innsikt i sine egne reaksjonsmønstre og faglig styrke og begrensinger i utførelsen av yrkesrollen,
1139 samt en kritisk og profesjonell holdning til utøvelsen av faget. Ved endt utdanning skal kandidatene
1140 ha tilegnet seg evne til å reflektere over verdimesse og etiske aspekter ved yrkesutøvelsen.

1141 *Praksis med diagnostikk og behandlingsoppgaver* innebærer at kandidatene får praksisplass innenfor
1142 en behandlingsskole der de deltar i denne typen oppgaver, utfører dem selvstendig og samarbeider
1143 med andre fagfolk. Praksis er integrert i det 6-årige studiet på den måten at kandidatene går fra teori
1144 og ferdighetskurs til praksis og tilbake igjen til kurs. Dette skjer flere ganger i studieløpet. Omfanget
1145 skal være om lag 1 år (60 studiepoeng). Kandidatene skal ha én lengre praksisperiode ved en klinikk i
1146 helsevesenet eller tilsvarende, samt noen kortere, enten ved eksterne klinikker eller ved klinikker
1147 lagt til universitetet. All praksis veiledes av spesialister i klinisk psykologi. Kandidatene skal ha
1148 praksiserfaring både med barn (evt. med familier) og med voksne.

1149 Profesjonsstudiet i psykologi gir tilstrekkelige vitenskapelige kunnskaper, faglige ferdigheter og
1150 holdninger til yrkesutøvelse til at kandidater som fullfører studiet vil kunne godkjennes som psykolog
1151 i henhold til *Helsepersonelloven* og *Etiske retningslinjer for Nordiske Psykologer*.

1152 3. Læringsutbytte¹

1153
1154 Profesjonsutdanningen i psykologi skal være i samsvar med nasjonale og internasjonale helse og
1155 utdanningspolitiske føringer som:

1156 norske lover, forskrifter og politiske beslutninger
1157 internasjonale deklarasjoner, standarder og politiske føringer om helsepolitikk,
1158 menneskerettigheter og høyere utdanning *Helsepersonelloven Etiske retningslinjer for Nordiske*
1159 *Psykologer*¹ Med læringsutbytte menes "De kunnskaper og ferdigheter en kandidat forventes å inneha (skal ha) ved
1160 avsluttet program eller emne."

1161 (Jf. FORSLAG TIL NASJONALT RAMMEVERK FOR KVALIFIKASJONER I HØYERE UTDANNING s. 15,
1162 [http://www.regjeringen.no/Upload/KD/Hoeringsdok/2007/200703620/Rapport_Forslag_til_nasjonalt_rammeverk_f
1163 or_kvalifikasjo_ner_i_hoeyere_utdanning.pdf.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/KD/Hoeringsdok/2007/200703620/Rapport_Forslag_til_nasjonalt_rammeverk_f_or_kvalifikasjo_ner_i_hoeyere_utdanning.pdf.pdf)

1164 4. Innhold

1165 Profesjonsutdanningen består av fem delementer:

- 1166 • Basalfag (90 studiepoeng)
- 1167 • Forskningsmetode (60 studiepoeng)
- 1168 • Klinisk teori og ferdighetsopplæring (90 studiepoeng) o Knyttet til diagnostikk, psykologisk
1169 behandling og holdninger/etikk i dette arbeidet
- 1170 • Praksis – diagnostikk og psykologisk behandling (60 studiepoeng)
- 1171 • Støttediplomer, fordypningsemner i psykologi, andre fagkretser enn psykologi (60
1172 studiepoeng)

1173 I: Basalfag (90 sp)

1174 Den vitenskapelige kunnskapen omfatter teoretisk forståelse, innsikt i vitenskapelig metode og
1175 kjennskap til sentrale forskningsresultater innenfor de viktigste deler av faget. De skal beherske

1176 grunnleggende teorier og metoder innenfor de ulike områdene av faget, kjenne til den mest sentrale
1177 forskningen på de ulike områdene, og kunne gjengi og vurdere teoretiske og empiriske
1178 vitenskapelige arbeider. Kunnskapen omfatter både grunnspørsmål og anvendte problemstillinger.
1179 Dette innebærer en bred kunnskap om psykologisk teori, empiri og forskningsmetodikk. Følgende
1180 temaer må dekkes med minimum 10 sp hver:

1181

- 1182 • psykologiens historie
- 1183 • biologisk psykologi og nevropsykologi ○ inkluderer psykopatologi og psykofarmakologi
- 1184 • kognitiv psykologi,
- 1185 • utviklingspsykologi,
- 1186 • sosialpsykologi
- 1187 • personlighetspsykologi

1188

1189 De siste 30 studiepoengene må fordeles på basalfagene.

1190 II: Forskningsmetode (60 sp)

1191 Ved endt utdanning skal kandidatene kunne gjennomføre selvstendige forskningsprosjekter. Dette
1192 innebærer problemformulering, design, planlegging, datainnsamling, analyse og drøfting på et nivå
1193 som tilfredsstillende vitenskapelige krav til dokumentasjon og rapportering. Programmet skal gi
1194 kandidatene det nødvendige grunnlag for kontinuerlig faglig oppdatering innenfor sitt felt. Emnet
1195 omfatter følgende temaer:

1196

- 1197 • Vitenskapsfilosofi og overordnet rammeverk for vitenskapelige undersøkelser på minimum 5
1198 sp.
- 1199 • Eksperimentell, ikke eksperimentell kvantitativ metode og kvalitativ metode på minimum 25
1200 sp.
 - 1201 ○ Dette inkluderer alle elementer innen design, måling og statistikk og skal dekke
1202 opplæring i testmetodologi
- 1203 • Selvstendig vitenskapelig arbeid innen psykologi av et omfang på minimum 30 sp.

1204

1205 III: Klinisk teori og ferdighetsopplæring (90 studiepoeng)

1206 De kliniske ferdighetene omfatter ulike metodiske tilnærminger til å løse de faglige problemer
1207 kandidatene vil møte i sin yrkesutøvelse. Det må kunne dokumenteres ferdigheter i relasjonsarbeid,
1208 vurdering og diagnostikk, definisjon av mål for behandling og andre former for tiltak og planlegging,
1209 gjennomføring og evaluering av tiltak. Utdanningen skal gi praktiske ferdigheter i
1210 mellommenneskelig kommunikasjon og ferdigheter knyttet til samarbeid med andre fagfolk. Ved
1211 endt utdanning skal kandidatene kunne gå inn alle vanlige psykologstillinger og utføre arbeidet på en
1212 faglig forsvarlig måte.

1213

- 1214 • omfatter teori, kunnskaper og ferdigheter i utredning og diagnostikk og behandling av barn,
1215 voksne og familier.
- 1216 • aktuelt lovverk og etiske retningslinjer for psykologer
- 1217 • ferdighetsopplæring knyttet til: testing av barn og voksne diagnostikk av barn og voksne
1218 psykologisk behandling av barn, voksne og/eller familier.

- 1219
- 1220 IV: Praksis (60 sp)
- 1221 Praksisstudiene er obligatoriske. Målsettingen med praksisstudiene er at studenten skal skaffe seg
1222 erfaring med direkte klientarbeid på en måte som forbereder til alle vanlige psykologiske stillinger
1223 innen helserelatert virksomhet. I dette inngår kartlegging, diagnostikk og direkte behandling av
1224 klienter under veiledning av spesialister i klinisk psykologi, samt erfaring fra samarbeid med andre
1225 fagfolk innenfor den aktuelle behandlingskonteksten. Det skal dokumenteres praksis med barn og
1226 voksne, samt minimum 30 sp (5-6 måneder) sammenhengende praksis hvor det gjennomføres alle
1227 steg i et behandlingsforløp. Praksis bør ikke komme for sent i studieløpet.
- 1228 V: Støttedisipliner, fordypningsemner i psykologi, andre fagkretser enn psykologi (60 sp)
- 1229 Foruten fordypningsemner innen psykologi kan dette emnet også omfatte f.eks. psykiatri, medisinsk
1230 genetikk, sosiologi, antropologi, pedagogikk osv.
- 1231 5. Organisering og praksis
- 1232
- 1233 a) Studieorganisering
- 1234 Profesjonsutdanningen er av 6 års varighet og er normert til 360 studiepoeng. Ett semester (5 mnd)
1235 fulltidsstudier gir 30 sp. og har en pensumstørrelse på ca 2500 sider. 60 sp kan være knyttet til andre
1236 fagkretser enn psykologi.
- 1237 Gjennom studiet deltar studenten i en rekke ulike pedagogiske metoder, herunder forelesninger,
1238 workshops, kollokviegrupper, utarbeidelse av rapporter, essays og andre oppgaver. Videre deltar
1239 studentene i klinisk undervisning samt praksisstudier (kliniske studier).
- 1240 b) Organisering av praksisstudier
- 1241 Praksisstudiene har et omfang på 60 studiepoeng og er obligatoriske. Målsettingen med
1242 praksisstudiene er at studenten skal skaffe seg erfaring med direkte klientarbeid på en måte som
1243 forbereder til alle vanlige psykologiske stillinger. Praksis omfatter ett studieårs veiledet praksis,
1244 vanligvis på flere ulike praksissteder. Ettersom de fleste aktuelle praksisplasser er organisert
1245 innenfor rammen av helsetjenesten er det viktig å være klar over helsepersonellovens bestemmelser
1246 vedr. studenter:
- 1247
- 1248 § 3, første ledd punkt 3 definerer helsepersonell bl.a. som *"... elever og studenter som i forbindelse*
1249 *med helsefaglig opplæring utfører handlinger som nevnt i tredje ledd."*
- 1250
- 1251 Samme paragraf, 3. ledd definerer helsehjelp slik: *"Med helsehjelp menes enhver handling som har*
1252 *forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av*
1253 *helsepersonell"*
- 1254
- 1255 Forskriftens § 5, 2. ledd definerer studenters rolle: *"Elever og studenter skal som regel bare gis*
1256 *oppgaver ut fra hensynet til opplæring."*
- 1257

- 1258 6. Eksamen/vurdering
- 1259
- 1260 Se kommentarer i skrevet "Ny mal for rammeplaner"
- 1261 Med hjemmel i universitets- og høyskoleloven gjelder også egne bestemmelser om
- 1262 skikkethetsvurdering for helsefagstudenter (jf. lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og
- 1263 høyskoler § 4-10 sjette ledd).
- 1264 Følgende områder vurderes:
- 1265 - omsorg, forståelse og respekt for klienter, pasienter eller brukere
- 1266 - evne til samarbeid, til å etablere tillitsforhold og kommunisere med klienter og med arbeidere
- 1267 - om det vises truende eller krenkende atferd i studiesituasjonen
- 1268 - misbruk av rusmidler/ulovlig tilegnelse av medikamenter
- 1269 - problemer som gjør at hun/han fungerer dårlig i forhold til omgivelser
- 1270 - selvinnsikt i forbindelse med oppgaver i studiet og kommende yrkesrolle
- 1271 - uaktsomhet og uansvarlighet som kan medføre risiko for andre
- 1272 - innstilthet på å endre uakseptabel atferd i samsvar med veiledning
- 1273
- 1274 Det vises for øvrig til "*Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning*"
- 1275 <http://www.lovdatab.no/for/sf/kd/td-20060630-0859-0.html#4>
- 1276 Helsepersonelloven har bestemmelser om egnethet for å virke som helsepersonell. Disse gjelder
- 1277 også for studenter som er i praksis innenfor helsetjenesten.
- 1278 Vedlegg 1: Rettledning vedr. vurdering av søknader om autorisasjon som psykolog fra personer med
- 1279 utenlandsk utdanning
- 1280 INNLEDNING
- 1281 Når psykologer med utenlandsk utdanning søker autorisasjon i Norge ber SAFH om råd fra
- 1282 lærestedene som tilbyr profesjonsstudiet. I det følgende redegjøres det for faglige aspekter knyttet
- 1283 til slik rådgivning.
- 1284 **AUTORISASJONSVURDERINGER VED SØKERE FRA 3. LAND**
- 1285 Spørsmålet som skal besvares er om utdanningen er "jevngod" med den norske utdanningen
- 1286 til å bli klinisk psykolog (profesjonsstudiet) Det er kun to aktuelle hovedsvar:
- 1287 • Jevngod
- 1288 • Ikke jevngod
- 1289
- 1290 I fortsettelsen vil den faglige vurderingen i svært mange saker være "ikke jevngod" og der vi peker på
- 1291 det som mangler. Hva skal så beskrives som mangler? Eksempler:
- 1292
- 1293 **Ad I: Basalfag:** Bør ha kurs i basisfagene og psykologiens
- 1294 historie Kan akseptere mangler ved et basisfag.
- 1295
- 1296 **Ad II Vitenskapsteori og forskningsmetode:** Bør kunne dokumentere deltakelse i kurs i statistikk og
- 1297 forskningsmetode, samt dokumentasjon for å ha skrevet et eller flere vitenskapelige arbeider
- 1298 (tilsvarende selvstendig arbeid)
- 1299

1300 **Ad III Diagnostikk og psykologisk behandling:** Bør kunne dokumentere teori- og ferdighetskurs i
1301 diagnostikk og behandling av voksne og barn, kurs som berører etiske vurderinger og norsk lovverk.
1302 Manglende ferdighetskurs i diagnostikk og behandling som overskrider 30 studiepoeng kan ikke
1303 kompenseres med å pålegge kandidaten veiledet praksis.

1304
1305 **Ad IV) Praksis:** Et års veiledet praksis må kunne dokumenteres og det må foreligge en uttalelse fra
1306 praksisveileder som beskriver praksis og bekrefter at studenten har utført et tilfredsstillende arbeid.
1307 Dette godtas som en skikkethetsvurdering når attesten kommer fra en veileder i utlandet. Norske
1308 veiledere skal i sin attest blant annet gi en eksplisitt uttalelse om skikkethet.

1309
1310 **Ad V Støttediscipliner, fordypningsemner i psykologi, andre fagkretser enn psykologi:** I forhold til
1311 disse studiepoengene kan det ved vurderingen vises stor grad av fleksibilitet og det bør kunne
1312 aksepteres at søkeren har færre studiepoeng så lenge de andre kravene er oppfylt.

1313
1314 **Ad 6 Eksamen/vurdering, skikkethetsvurdering:** Det hører med til den faglige vurderingen å peke på
1315 om kandidaten har fremlagt dokumenter som kan bekrefte skikkethet, slik student i
1316 profesjonsstudiet blir vurdert (se 5b ovenfor)

1317
1318 **AUTORISASJONSVURDERINGER VED SØKERE FRA EU-LAND**

1319 Her er uttrykket om det foreligger "vesentlige avvik" fra den norske utdanningen.

1320 For å svare ja på om utdannelsen svarer til kravet om "opnådd diplom for utøvelse av yrket som
1321 psykolog" forutsettes det at det dreier seg om en klinisk pasientrettet utdanning som psykolog. I
1322 dette ligger det at søkeren, har tatt de fem basisfagene i psykologi, har fått opplæring i statistikk og
1323 metode og har utført et større vitenskapelig arbeid. I tillegg til dette må personen ha det spesifiserte
1324 omfang av opplæring i diagnostikk og behandling av voksne og barn, kurs som berører etiske
1325 vurderinger og norsk lovverk, samt veiledet praksis med klienter. Videre bør det legges vekt på
1326 dokumentasjon av skikkethet. Det understrekes at manglende ferdighetsopplæring eller kunnskap
1327 ikke kan kompenseres for med veiledet praksis

1328 Når det gjelder hva som er vesentlige avvik fra den norske utdanningen følger vi de samme
1329 retningslinjene som er angitt for søkere fra 3. land og som er beskrevet ovenfor. Vi peker på hva
1330 avvikene er, og der vi mener å se måter søker kan gå frem for å redusere avvikene, peker vi på dette.

1331 **Standardformuleringer**

1332 På denne bakgrunn bør følgende avvik fra den norske utdanningen påpekes og legges til grunn når
1333 søkere vurderes som ikke å ha "jevngod" utdanning med den norske eller at utdanningen "avviker
1334 vesentlig". Eksempler på vurderingsutsagn (presiseringer kan legges til hvert utsagn):

- 1335 • Vesentlige mangler ved den totale utdanningslengden
- 1336 • Vesentlige mangler ved basalfagene og kunnskap om psykologiens historie
- 1337 • Vesentlige mangler ved opplæringen i statistikk og metode
- 1338 • Vesentlige mangler ved teori og ferdighetsopplæringen i diagnostikk og psykologisk
1339 behandling
- 1340 • Vesentlige mangler ved omfang og/eller innhold i direkte klientarbeid under veiledning

- 1341 • Vesentlige mangler ved opplæring i etikk og norsk lovverk relevant for psykologisk
1342 virksomhet i helsevesenet
- 1343 • Manglende dokumentasjon av skikkethet
- 1344 • Manglende dokumentasjon av kunnskaper i norsk for å kunne kommunisere som psykolog
1345 med klienter innenfor helsevesenet

1346

1347 **Generelle råd**

1348 Våre generelle råd som læreinstitusjon til søkerne er at vesentlige mangler knyttet til punktene I til
1349 III best kan ivaretas ved at man søker relevant utdanning i utlandet så lenge det ikke er tilgang til slik
1350 i Norge.

1351 Når punkt I - III er oppfylt kan manglende veiledet praksis (5b) best ivaretaes ved at søkeren får
1352 lisens til å arbeide som psykolog under veiledning i en nærmere definert tidsrom.

1353 Manglende kunnskaper og ferdigheter knyttet til etiske vurderinger og aktuelt lovverk (III) kan best
1354 ivaretaes ved at det arrangeres kurs i dette som søkere kan følge, for eksempel i regi av NIF.

1355 Mangler ved dokumentasjon av skikkethet (6) kan best ivaretas ved at søkeren får lisens til å arbeide
1356 som psykolog under veiledning i minimum 6 måneder, og at veileder ved avslutningen gir en
1357 uttalelse som også omfatter en skikkethetsvurdering i tråd med de kriterier som er nevnt i forskrift
1358 om skikkethet.

1359

1360 Vedlegg 3: Etiske prinsipper for nordiske psykologer

1361 Etiske prinsipper for nordiske psykologer

1362 Etiske prinsipper for nordiske psykologer ble vedtatt av Psykologforeningens
1363 landsmøte i 1998.

1364 Forord

Fagetiske prinsipper utgjør en presisering av den allmenne etikken som gjelder for psykologer såvel som for alle andre mennesker. Gjennom sitt arbeid kommer psykologer i blant opp i spesielle situasjoner som krever vanskelige etiske vurderinger, hvor den allmenne etikken ikke gir tilstrekkelig veiledning. Arbeidsområdet er ofte i et spenningsfelt mellom avhengighet og autonomi, mellom berøringen av det enkelte menneskes integritet og grenser og ivaretagelsen av individets autonomi. Psykologer har derfor i fellesskap formulert fagetiske prinsipper hvis formål er å gi veiledning og støtte for etisk refleksjon.

Den europeiske psykologfederasjonen EFPA (The European Federation of Professional Psychologists' Associations) vedtok i 1995 en "Meta-Code of Ethics" som har til hensikt å dekke alle situasjoner som den profesjonelle psykologen møter.

Siden midten av 1980-tallet har nordiske psykologer hatt felles etiske prinsipper. I 1996-97 er disse blitt omarbeidet i samsvar med EFPAs metakode, og ut fra et voksende behov for å utforme de etiske prinsippene slik at de fremmer refleksjon rundt etiske dilemmaer snarere enn å utgjøre et sett atferdsregler.

Prinsippene er organisert i fire hovedprinsipper, med utdypende kommentarer under hvert hovedprinsipp:

- Respekt for klientens rettigheter og verdighet
- Kompetanse
- Ansvar
- Integritet

Prinsippene er utformet i den hensikt at de skal:

- Tjene som støtte for nordiske psykologer ved stillingstagen til etiske spørsmål
- Beskytte klienter mot uhensiktsmessig og/eller skadelig intervensjon
- Anvise normer for etisk og faglig forsvarlig samspill mellom psykologer og med annet personell
- Være et grunnlag for at tilliten til psykologisk yrkesutøvelse opprettholdes
- Tjene som grunnlag for å utarbeide fagetiske retningslinjer og råd for spesielle områder

Prinsippene er utformet for psykologer. Formuleringene sikter derfor mot en best mulig informasjonsformidling ved hjelp av psykologisk språkbruk. Prinsippene kan dermed ikke umiddelbart fortolkes ut fra andre faggruppers språkbruk og forståelsesrammer, f.eks som juridiske lovparagrafer.

De fagetiske prinsippene regulerer psykologers faglige virksomhet, som er definert som enhver situasjon der psykologen utøver yrkesmessig virksomhet i relasjon til individ, gruppe eller organisasjon.

1365

De fagetiske prinsippene etterleves også i yrkesmessige situasjoner hvis innhold ikke umiddelbart kan karakteriseres som psykologisk faglig virksomhet, men som utøves av psykologer og bygger på ferdigheter oppnådd gjennom psykologutdannelsen.

De nordiske psykologforeningene har ansvar for å tilrettelegge betingelser for etisk refleksjon og debatt blant medlemmene bl.a. ved undervisnings- og rådgivningstiltak, og forventer av sine medlemmer at de fortsetter å utvikle sin bevissthet om etiske spørsmål.

Prinsippene er således bindende for alle medlemmer av de nordiske psykologforeningene under utøvelse av enhver form for psykologisk yrkesvirksomhet. De nordiske psykologforeningene har korrigerende og disiplinære prosedyrer med henblikk på å undersøke og ta stilling til klager på medlemmer.

I Innledning

Psykologer arbeider ut fra kunnskap basert på forskning og underbygget erfaring. Psykologien og psykologyrket befinner seg i en kontinuerlig utviklingsprosess, med en stadig tilgang av nye og mer komplekse kunnskaper og metoder. Dette skjer i et samfunn som er i forandring, og hvor det stadig oppstår nye problemstillinger. Det er derfor viktig at psykologer viser aktsomhet med hensyn til egne begrensninger og er oppmerksomme på kollegers og andres kunnskaper og kvalifikasjoner.

Med sin kunnskap fungerer psykologer i mange roller og mange profesjonelle relasjoner innenfor et vidt spekter av arbeidsformer. Psykologer har forutsetninger for å bidra til å forandre forholdene for det enkelte individ, for grupper og organisasjoner på en betydningsfull måte. Psykologers arbeidsoppgaver innebærer ofte mulighet for dyptgående påvirkning av andre mennesker. Slike yrkesbetingelser stiller store krav til psykologers etiske bevissthet og er grunnen til at psykologer har valgt å formulere fagetiske prinsipper.

Mange av psykologers yrkesmessige relasjoner og arbeidsoppgaver er imidlertid av en slik art at det ikke er mulig å regulere dem gjennom formaliserte regler. Det avgjørende blir derfor den enkelte psykologens etiske bevissthet, ansvarsfølelse og faglige kompetanse.

Det er avgjørende at diskusjonen om og utviklingen av fagetiske prinsipper til stadighet foregår. Prinsippene avspeiler imidlertid også grunnleggende menneskelige og mellommenneskelige forhold og har derfor en stabilitet som ikke for lett påvirkes.

II Etiske prinsipper

I det følgende refererer uttrykket "klient" til enhver person, gruppe av personer eller organisasjon som psykologen har et profesjonelt forhold til. I visse situasjoner kan klientbegrepet utvides til å gjelde personer som er sekundært berørt, som f.eks. en primærklients familie, en klientgruppes organisatoriske omgivelser eller en organisasjons kunder, pasienter eller interessenter.

II.1 Respekt for personens rettigheter og verdighet

Psykologen viser respekt for og arbeider for å fremme utviklingen av hvert menneskes rettigheter, verdighet og integritet. Han/hun respekterer individets rett til privatliv, konfidensialitet, selvbestemmelse og autonomi, i samsvar med psykologens øvrige profesjonelle forpliktelser og med loven.

Respekt

Psykologen viser respekt for individets grunnleggende rettigheter, verdighet og integritet, og tilstreber å unngå at hans/hennes kunnskap anvendes på en måte som krenker, utnytter eller undertrykker individer.

Psykologen er oppmerksom på og respekterer den kunnskap, innsikt, erfaring og ekspertise som klienter, relevante tredje parter og allmennheten har og respekterer kollegers og andre yrkesgruppers særlige kompetanse, forpliktelser og ansvar.

Psykologen er oppmerksom på individuelle, rollemessige og kulturelle ulikheter basert på funksjonsnivå, kjønn, seksuell orientering, etnisk og nasjonal opprinnelse og tilhørighet, alder, religion, språk og sosioøkonomisk status, og på de begrensningene som ligger i egne kulturelle, klassemessige og kjønnsmessige forutsetninger.

Konfidensialitet og taushetsplikt

Psykologen respekterer individets rett til konfidensialitet gjennom å iakttas taushet om det som han/hun får rede på om klienter og andre under utøvelsen av yrket. Unntak fra taushetsplikten gjøres dersom det foreligger åpenbar fare for klienten eller andre. Psykologen kan også i henhold til loven være forpliktet til å gi fra seg opplysninger, og informerer derfor klienten om de begrensningene i taushetsplikten som følger av loven

Informert samtykke og valgfrihet

Psykologen gjør informert samtykke mulig gjennom å informere klienten om planlagte tiltak, og drøfter kontinuerlig sine handlinger og de sannsynlige følgene av disse, slik at klienten har et grunnlag for å velge om han/hun vil delta eller ikke.

Hvis en klient er mindreårig eller underlagt verge/formynder, innhentes informert samtykke under tilbørlig hensyntagen til de berørte personers selvstendighet.

Selvbestemmelse

Psykologen sørger for å ivareta maksimal autonomi og selvbestemmelse for klienten, inkludert retten til å gå inn i og til å avslutte den profesjonelle relasjonen. I arbeid med barn, personer underlagt lovhemlet tvang eller i pressede akutte situasjoner kan, under hensyntagen til gjeldende lovgivning, frivillighetsprinsippet fravikes, men en samarbeidsrelasjon tilstrebes også her.

II.2 Kompetanse

Psykologen bestreber seg på å utvikle og opprettholde høy faglig kompetanse i sitt arbeide. Psykologen tilstreber bevissthet om sine faglige og menneskelige sterke og svake sider, slik at han/hun realistisk kan vurdere med hvilken kompetanse han/hun kan påta seg oppgaver. Psykologen påtar seg kun de oppgaver, tilbyr kun de tjenester og bruker kun de metoder han/hun er kvalifisert til gjennom utdanning, trening og erfaring.

Etisk bevissthet

En forutsetning for en høy faglig kompetanse er at psykologen er oppmerksom på de fagetsiske prinsippene, og integrerer etiske vurderinger i sin profesjonelle praksis.

Kompetanse og kompetanseutvikling

Psykologen arbeider i overensstemmelse med vitenskapelige prinsipper og underbygget erfaring og ivaretar en kontinuerlig profesjonell utvikling. Psykologen skaffer seg kunnskap om den vitenskapelige og yrkesmessige utviklingen innenfor sitt arbeidsområde.

Kompetansebegrensninger

Psykologen praktiserer innenfor de grensene for sin kompetanse som følger av utdanning, trening, erfaring og personlig styrke og begrensning, og søker profesjonell hjelp og støtte i vanskelige situasjoner.

Metodebegrensninger

Psykologen er oppmerksom på de begrensningene som ligger i metoder og framgangsmåter og de begrensningene som ut fra dette må legges på de konklusjonene som kan trekkes.

Psykologen viser spesiell varsomhet når han/hun anvender metoder, hjelpemidler og teknikker som ennå befinner seg på utprøvningsstadiet og som ikke tilfredsstillende vanlige metodekrav, eller som psykologen ennå ikke behersker fullt ut.

Begrensninger i rammebetingelsene

Psykologen er oppmerksom på hvordan samfunnsmessige og arbeidsmessige betingelser kan fremme eller hemme hensiktsmessig bruk av hans/hennes kompetanse og metoder.

II.3 Ansvar

Psykologen er oppmerksom på det profesjonelle og vitenskapelige ansvaret han/hun har overfor sine klienter og overfor den organisasjon og det samfunn som han/hun lever og arbeider i.

Psykologen unngår å gjøre skade og er ansvarlig for sine handlinger. Han/hun forsikrer seg så langt det er mulig om at hans/hennes tjenester ikke misbrukes.

Ansvar

Psykologen tar selvstendig ansvar for kvaliteten og konsekvensene av sitt arbeid, men er samtidig klar over at han/hun av andre oppleves som representant for sin yrkesgruppe.

Unngåelse av misbruk/skade

Psykologen tilstreber å unngå at psykologisk kunnskap eller praksis blir misbrukt, og tar ansvar for at skade som er uunngåelig og som kan forutses blir gjort så liten som mulig.

Psykologen deltar ikke i aktivitet som sikter mot at man med fysiske eller psykiske tvangsmidler (indoktrinering, «hjernevask», tortur) - eller med trussel om slike tvangsmidler:

- Tvinger noen til å gi opplysninger eller innrømmelser
- Presser noen til å avsløre, fornekte eller endre eget eller andres livssyn, politiske, religiøse eller etiske overbevisninger og forsøker aktivt å hindre at psykologisk kunnskap blir anvendt i slike aktiviteter.

Håndtering av etiske dilemmaer

Psykologen erkjenner at fagetiske dilemmaer forekommer, og at det er psykologens ansvar å klargjøre slike dilemmaer og rådføre seg med kolleger og/eller den nasjonale foreningen og å informere relevante andre om de kravene som de etiske prinsippene stiller.

Kontinuitet i tjenester

Hvis psykologen har påtatt seg det profesjonelle ansvaret for et tiltak og påbegynt dette, treffer han/hun såvidt mulig en tilfredsstillende avtale med klienten om tiltakets avslutning eller viderehenviser til annen kompetent person før ansvaret oppgis.

Psykologen erkjenner det ansvaret han/hun har for relasjonen til en klient etter at det profesjonelle oppdraget formelt er avsluttet.

Utvidet ansvar

Psykologen tar ansvar for den vitenskapelige og profesjonelle virksomheten, inkludert den etiske standarden, til sine ansatte, assistenter, veiledningskandidater og studenter.

En psykolog som lærer bort psykologiske arbeidsmetoder har ansvar for at også metodens styrker og svakheter samt mulige etiske implikasjoner blir viet oppmerksomhet i undervisningen.

II.4 Integritet

Psykologen søker å fremme integritet innen forskning, undervisning og anvendt psykologi. Dette innebærer at psykologen opptrer ærlig, upartisk og respektfullt overfor relevante involverte parter. Han/hun forsøker å synliggjøre og klargjøre sin egen rolle i de ulike sammenhengene der han/hun arbeider.

Redelighet og tydelighet

Psykologen gir adekvate opplysninger om sine kvalifikasjoner, utdanning, erfaring, kompetanse og faglige tilknytning, og benytter bare de yrkesbetegnelser som utdanning, autorisasjon og stilling gir rett til.

Når psykologen uttaler seg i egenskap av psykolog, tilstrebes saklighet og nøyaktighet.

Psykologen informerer om psykologisk yrkesutøvelse på en slik måte at misoppfatningen eller skade for fag eller yrke unngås.

Psykologen informerer på forhånd om de økonomiske vilkårene og vurderer nøye de følger det kan få for den profesjonelle relasjonen dersom han/hun mottar gaver eller andre tjenester fra klienten.

Rollekonflikter og utnyttning

Psykologen tilstreber bevissthet om sine egne behov, holdninger og vurderinger og om sin rolle i relasjonen. Han/hun misbruker ikke sin makt og stilling gjennom å utnytte klientens avhengighet og tillit. Psykologen unngår utenomprofesjonelle relasjoner til en klient, som kan redusere den profesjonelle distanse og føre til interessekonflikter eller utnyttelse.

Psykologen er oppmerksom på hvordan intimitet og seksualitet direkte og indirekte kan påvirke relasjonen mellom psykolog og klient. Psykologen unngår privatisering og seksualisering av klientrelasjoner. Seksuell omgang mellom psykolog og klient skal ikke forekomme.

III Bruk av prinsippene

Etiske prinsipper for nordiske psykologer
Vedtatt av landsmøtet 1998.

III.1 Etisk veiledning til psykologen

Prinsippene er ment som en støtte til psykologen i hans/hennes daglige arbeid, tenkning og planlegging, og i løsningen av etiske problemstillinger. Det er viktig å være oppmerksom på følgende momenter:

- Psykologens ansvar må ses i sammenheng med den profesjonelle relasjonens karakter og oppdragets art
- Ulikhet i kunnskap og makt vil alltid påvirke psykologens profesjonelle relasjon til klienter og kolleger. Jo større ulikheten er, jo større er psykologens ansvar
- Betydningen av sentrale begreper i prinsippene må utvikles i en løpende diskusjon i fagmiljøet

1

III.1.1 Den etiske refleksjon

Ved enhver beslutningen om å påta seg eller avvise en oppgave, reflekterer psykologen over mulige etiske dimensjoner. På den måten skapes og nyanseres den nødvendige bevissthet om etiske spørsmål. Den etiske refleksjon er en prosess som pågår kontinuerlig. Fortløpende etiske refleksjon gjør det mulig å identifisere etiske dilemmaer.

2

III.1.2 Etiske dilemmaer

Psykologen erkjenner at det alltid vil være en sterk innbyrdes avhengighet mellom de fire grunnleggende prinsippene og at de i gitte situasjoner kan komme i konflikt med hverandre. Et slikt etisk dilemma krever refleksjon og ofte dialog med klienter og kolleger, hvor de etiske prinsippene veies opp mot hverandre. Selv om slike konflikter består, kan det allikevel være nødvendig å ta beslutninger og handle på grunnlag av disse. I en konkret sak vil det kunne innebære at noen prinsipper må prioriteres fremfor andre.

3

III.1.3 Den etiske beslutningsprosessen

Etiske spørsmål kan raskt identifiseres når det finnes tydelige retningslinjer og standarder. Når det er konflikt mellom prinsippene (et etisk dilemma) kan vurderingene være mer tidkrevende og kompliserte. Følgende trinn er viktige i en etisk beslutningsprosess:

- Identifisering av etisk relevante temaer og problemstillinger
- Utvikling av alternative fremgangsmåter
- Vurdering av kortsiktige og langsiktige fordeler og ulemper ved hver av fremgangsmåtene i forhold alle som er involvert eller kan bli berørt
- Valg av fremgangsmåte etter grundig vurdering ut fra verdier, prinsipper og retningslinjer
- Handling, med forpliktelse til å ta ansvar for konsekvensene av handlingen
- Evaluering av resultatet av fremgangsmåten
- Psykologen retter opp eventuelle negative konsekvenser, eller gjenopptar beslutningsprosessen hvis det viser seg at det etiske spørsmålet ikke er løst

Psykologer som er i gang med kompliserte vurderinger rådfører seg med kolleger eller rådgivende organer. Beslutninger om handling ligger hos den enkelte psykolog, men det å søke slik hjelp er i seg selv uttrykk for en etisk bevissthet.

4

5 En psykolog som blir kjent med at en kollega har problemer med å håndtere et fagetisk

6 spørsmål, tilbyr seg å være til hjelp og støtte i den etiske refleksjonen og beslutningsprosessen.

III.2 Informasjon til allmennheten

Informasjonsmaterieil til offentligheten om psykologiske tjenester bør inneholde opplysninger om psykologers etiske forpliktelser, innbefattet eventuelle retningslinjer for det aktuelle området. Likeledes kan det utarbeides en generell informasjon til offentligheten om de overordnede etiske prinsippene som skal sikre profesjonens fagetikk.

7 Psykologer gir adekvat opplysning til oppdragsgiver og/eller berørte personer om de etiske prinsippene og retningslinjene som gjelder for deres arbeid, samt opplysninger om klagemuligheter, med de ulike klageinstansers regelgrunnlag og sanksjonskompetanse.

III.3 Grunnlag for behandling av klager på psykologer

Prinsippene er et grunnlag for å ta stilling til klager på psykologer. I vurderingen må det tas hensyn til de etiske dilemmaene som kan ha oppstått og de prioriteringene psykologens har gjort under den etiske beslutningsprosessen (se pkt III.1.3).

8 En psykolog som blir kjent med at en kollega gjør alvorlige avvik fra de fagetiske prinsippene er forpliktet til å gjøre den nasjonale psykologforeningen oppmerksom på dette.

9

10

11 Vedlegg 4: Læringsmål PSYC6310 – Praktikum

12 Hva lærer du?

13 Kunnskapsmål

14 *Du skal kunne:*

- 15 • Øke integrasjonen av teori og praksis, det vil si vise forståelse av hva slags kliniske
- 16 fenomener (observasjonsgrunnlag) de teoretiske modeller viser til
- 17 • Vise klinisk relasjonskompetanse
- 18 • Ha forståelse for hva slags psykiske prosesser som finner sted i mellommenneskelig
- 19 kommunikasjon
- 20 • Vise innsikt i betingelser for terapeutisk utvikling og endring

21 Ferdighetsmål

22 *Du skal kunne:*

- 23 • Lage en skriftlig utforming av kasusformulering (personlighetsbeskrivelse/ forståelse av den
- 24 individuelle klienten og klientens symptomer)
- 25 • Formulere terapeutiske problemstillinger og målsettinger
- 26 • Begrunne rasjonale for ulike terapeutiske intervensjoner

27 Evaluere eget terapeutisk arbeid

- 28 • Bære ansvaret som terapeut og håndtere rollen som profesjonell
- 29 • Skrive journal i henhold til gjeldende forskrifter

30 Generell kompetanse

- 31 • Møte pasienten med en profesjonell terapeutisk holdning
- 32 • Vise respekt for pasienters integritet og autonomi
- 33 • Ha toleranse for ulike typer av menneskelige problemer
- 34 • Utvise sensitivitet og forståelse for mennesket i en kulturell kontekst
- 35 • Ha forståelse av de etiske retningslinjer som regulerer terapi (taushetsplikt, psykologens
- 36 ansvar for eget oppdrag osv.)
- 37 • Ha innsikt i egne reaksjonsmønstre og faglig styrke og begrensning i terapeutrollen

38