

ELTE

## Hva er så spesielt med norske psykologer?

Ole Tunold

generalsekretær i Norsk psykologforening

En psykolog er ikke en psykolog uavhengig av helsevesenet i landet hun virker i. Med høyesteretts avvisning av ELTE-studentenes anke er saken avsluttet i norsk rett. Sakens kjerne var om masterstudiet ved ELTE utdanner til samme yrke som det norske profesjonsstudiet gjør. EFTAs overvåkingsorgan ESA har ennå ikke bestemt seg for om det vil stevne den norske staten for EFTA-domstolen for traktatbrudd.

Staten laget en kompletterende utdanning som engangstilbud til 190 ELTE-studenter, for perioden 2019–2022, som kvalifiserte til autorisasjon som psykolog. De aller fleste takket ja til tilbudet. Psykologforeningen har nå fått mange av disse som fullverdige medlemmer og anerkjente kolleger.

Proessen har vært krevende for alle parter og særlig for studentene selv med mange år i usikkerhet. Spørsmålet er hvordan vi havnet i denne situasjonen.

### Feil premiss

Opptakskravet til det norske profesjonsstudiet er svært høyt. I 2018 var det rundt 6000 søkere til cirka 330 studieplasser på de fire aktuelle norske universitetene. Dette skaper selvsagt et marked for alternative løsninger. Også *legitime* løsninger, og noen av dem vil trolig kunne tilby et utdannelsesløp som ligger nær det norske profesjonsstudiet, for eksempel de britiske kliniske studieretningene av 6–7 års varighet, med krav om praksis.

Dommeren i Borgarting fremførte omtrent følgende resonnering under rettsforhandlingene: «Er ikke behovet for psykologiske tjenester det samme i alle land? Får ikke befolkningen de samme psykologiske tjenestene i alle (europeiske) land? Hva kan da være grunnen til at alle andre land organiserer utdannelsen etter Bologna-modellen, mens Norge mener at psykologer bare kan utdannes med integrert praksis (Boulder-modellen)?»

Dette resonnering er rimelig hvis man har som grunnleggende premiss at en psykolog er en psykolog, uavhengig av det helsevesenet hun virker i. Det premisset vil nok befolkningen generelt finne rimelig. Men er det riktig?

### Formidabel variasjon

Leger, sykepleiere og flere helseprofesjoner får automatisk godkjenning innenfor EØS-området fordi utdannelsesløpene og profesjonene er ganske like på tvers av landegrensene. Psykologer er ikke blant disse helseprofesjonene, selv om det er en utbredt oppfatning at tittelen 'psykolog' beskriver en homogen og relativt entydig profesjon i europeiske land. Men slik er det ikke. EU gjennomførte i 2013–2016 en storstilt gjensidig evaluering av regulerte profesjoner. Formålet var å skape nye arbeidsplasser og økonomisk vekst gjennom deregulering i arbeidsmarkedet og dermed økt mobilitet for profesjonene.

Evalueringen avdekket en formidabel variasjon både når det gjaldt reguleringer, utdanningsstruktur (fra 3 til 11 år) og psykologers virkeområde. Evalueringen gikk i liten grad inn

på spørsmålet om de enkelte lands reguleringer henger sammen med organisering av helsevesenet og psykologenes rolle. Dessverre. For da ville man funnet forklaringen på de store variasjonene. Ta noen eksempler:

- I Tyskland er ikke psykologprofesjonen lovregulert. Det er derimot psykoterapeuter.
- I Storbritannia er det hele ni regulerte psykologtitler (to kliniske).
- I Luxemburg anses det som unødvendig å regulere psykologer «siden kundene selv kan treffe velinformerte valg».
- I Romania er det mange psykologer, de fleste av dem har tre års utdanning.

## Utrede, diagnostisere og behandle

At en nyutdannet psykolog på selvstendig grunnlag har myndighet til å utrede, diagnostisere, henvise og behandle pasienter, finner man sjelden i andre land enn Norge. Men man finner heller ikke i andre land en utdanningsstruktur som så klart er rettet mot en rolle som selvstendig behandler fra første dag. Og det er nettopp profesjonsstudiet, med integrert praksis og ferdighetstrening, som setter psykologen i stand til å utøve sin selvstendige rolle. Eksempelet fra Luxemburg er spesielt illustrativt. Det er ingen grunn til å anta at det offentlige helsevesenet der er innrettet som en butikk der man kjøper helsetjenester. Det er mer nærliggende å anta at psykologen ikke har noen sentral rolle i det offentlige psykisk helse-tilbudet.

Kvalitetsreformen med Bologna-modellen førte til en større uniformering av høyere utdanning i Europa. Lik gradsstruktur skulle bidra til økt mobilitet. I denne prosessen forsvant mange profesjonsutdannelse der erfaringslæring var et helt sentralt element. De fleste bachelor-/masterutdannelse i psykologi i Europa er overveiende teoretiske, basert ikke på egne, men andres erfaringer. Det gjør at praksis og ferdighetstrening må foregå etter oppnådd grad. Slik sett tar det lengre tid å forberede psykologene på selvstendig profesjonsutøvelse, i den grad det er formålet i de forskjellige landene.

Det er ikke snakk om gode eller dårlige utdannelse, men utdannelse som er rettet mot forskjellige profesjonsroller. Det er krevende å få en utdanning med et annet formål til å passe til den profesjonsrollen norske psykologer har. Den norske profesjonsutdanningen er kostbar, men den er også kostnadseffektiv, fordi den er tilpasset den rollen norske psykologer har.

## Synet på mental helse

Er en psykolog en psykolog – uavhengig av den kontekst hun virker i? Om profesjonen er sammenlignbar over landegrensene, avhenger blant annet av organisering av helsetjenestene (*første- og andrelinje, sengeposter og poliklinikk, utbredelse av omsorgsboliger, etc.*). Det avhenger også av samfunnets syn på mental helse, sammensetningen, antallet og rollene til helsepersonell, blant annet.

I sitt forord til *Mapping and Understanding Exclusion in Europe* (2017) skriver Dainius Puras, FNs spesialrapportør for helse, dette om helsetjenestene i Europa: «*Min erfaring som barnepsykiater og menneskerettighetsforkjemper i Sentral- og Øst-Europa, har vist meg at til tross for mange anstrengelser og god praksis, baserer Europa seg fortsatt på utdatert praksis som institusjonalisering og overdreven medisinerings. Denne rapporten er et bevis på at mye må endres. Det viser også at institusjonalisering, lenge tenkt som et sentral- og østeuropeisk spørsmål, fortsetter i mange vesteuropeiske land med uforminsket styrke*» (min oversettelse).

*At en nyutdannet psykolog på selvstendig grunnlag har myndighet til å utrede, diagnostisere, henvise og behandle pasienter, finner man sjelden i andre land enn Norge*

Norsk politikk på psykisk helse skiller seg på flere områder fra andre land. Opptrappingsplanen for psykisk helse på begynnelsen av 2000-tallet hadde blant annet som formål kultur- og holdningsendring i tjenesteapparatet, med vekt på brukerperspektiv og mestring. Videre å oppnå holdningsendringer i befolkningen slik at personer med psykiske lidelser ikke skulle bli stigmatisert, at de skulle få forståelsen av at de kan få hjelp, og at hjelpen nytter. Opptrappingsplanen førte til omfattende nedbygging av store sentralinstitusjoner og samtidig en kraftig økning i etterspørsel etter psykologer i behandlerrollen. Loven om psykologer i kommunene fra 2017 er også et tydelig ønske om å benytte psykologer som en del av det offentlige tilbudet i primærhelsetjenesten.

## Dominert av psykiatrien

EUs Compass for Action on Mental Health and Wellbeing (2013) uttalte: «Variations in professional resources availability showed also striking differences, with very large unexplained cross-country variations in number of psychiatrists and psychologists.»

At forskjellene oppleves som uforklarlige av EU, betyr ikke at de er uforklarlige. I ESAs 'Reasoned Opinion' til HOD i 2020 slås det fast at helsepersonell opererer under vidt forskjellige helsesystemer i EØS-området. Men til tross for dette mener ESA at *aktivitetene* må være sammenlignbare: «*On the other hand, the actual activities of health care professionals, typically based on methods and training recognised by international medicine, may still be »comparable« and therefore the professions may be »the same profession«.*» ESA oppfatter visst ikke psykologi som en selvstendig vitenskap og disiplin.

Den ungarske myndighetsrepresentanten uttalte under EFTA-domstolens høring at ungarske psykologer ikke selv diagnostiserer, men kan *foreslå* en diagnose for den ansvarlige *psykiater*. Dette vitner om at det offentlige psykisk helsetilbudet i mange land fortsatt er dominert av psykiatrien, og at psykologer spiller en langt mer tilbaketrukket rolle enn i Norge. Det betyr ikke nødvendigvis at befolkningen får dårligere helsetilbud, men at profesjonsrollene er annerledes innrettet.

Norge tillater seg med den største selvfølgelighet å være best i verden på en rekke områder. Men når Psykologforeningen hevder at nyutdannede psykologer i Norge er gitt et annet ansvar enn sine europeiske kolleger, og at profesjonsrollene derfor er forskjellige, brukes betegnelser som narsissisme, grandiositet og laugsvirksomhet. Spørsmålet om hva som er så spesielt med norske psykologer, burde derfor *stilles* i stedet for å fremsette det som et retorisk poeng.

## Studentene trenger forutsigbarhet

Det er et problem for utenlandsstudenter at de ikke vet om de blir godkjent når de kommer tilbake til Norge. Ingen utdanning er i dag forhåndsgodkjent. Både EU-kommisjonen og EFTA-domstolen påpeker at Norge plikter å angi hva slags kompetanse som mangler når en søknad om autorisasjon blir avslått. Dette samsvarer med Psykologforeningens politikk. På bakgrunn av EØS-avtalen er det anledning til å kreve inntil tre års tilpasning på lisens før søkeren kan bli autorisert. Psykologforeningen mener at myndighetene i større grad må benytte denne adgangen. Det må stilles

detaljerte krav som kompenserer for variasjoner i teori, kontrollert ferdighetstrening og veiledet praksis,

Det er viktig å huske at det er helsemyndighetene som avgjør hvilke kvalifikasjoner helsepersonell skal ha. Men Psykologforeningen kan ikke være likegyldig til hvilke kompetansekrav som stilles til profesjonen.