

## OPPSUMMERING.

Bjørn Christiansen, professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen.

Det er en lite takknemlig oppgave å skulle oppsummere oppsummeringer. Jeg har da heldigvis fått litt mer tid på meg enn de øvrige. Å forsøke å gjenta hovedpunktene i det som er sagt, tror jeg vil bli både vanskelig for meg og kjedelig for tilhørerne. Jeg har lyst til i stedet å ta utgangspunkt der vi begynte for to dager siden ved åpningen av konferansen. Det ble da pekt på at konferansen var kommet i stand som et ledd i bestrebelsene på å styrke klinisk psykologisk forskning i Norge. Det ble opplyst at NAVF har gjort vedtak om å satse betydelige midler på dette formål. Bakgrunnen for vedtaket var en utbredt oppfatning av at forskningsaktiviteten innenfor området ikke har det omfang og den kvalitet som den burde ha utfra de betydelige ressurser som sattes på praktisk klinisk psykologisk arbeid innenfor helsevesenet, og utfra de midler som år om annet kanaliseres til psykologisk og samfunnsvitenskaplig forskning mer generelt.

Den kliniske psykologiske forskning i Norge er altså blitt definert som svak. Det er to momenter som er blitt trukket frem i denne forbindelse. Det ene moment er at antallet og volumet av kliniske psykologiske søknader til NAVF har vært forholdsvis beskjedent. Det er blitt opplyst at andelen av slike søknader over en fem-årsperiode bare har utgjort ca. 7% av andelen til psykologi. Et annet moment er de vanskeligheter universitetene har hatt med å få kvalifiserte søkere til mellomstillinger og toppstillinger innenfor klinisk psykologi.

Enighet om diagnosen, har i neste omgang ført til ønsket

om at noe må gjøres for å rette på forholdene. Man er i dag kommet dit at man har fått en slags aksept på å starte et styrknings- og opprustningsprogram. Programmet skal vare i relativt kort tid, og man håper på at det skal bringe en signifikant bedring i den eksisterende tilstand, dvs. rette opp de svakheter som har utløst igangsettelsen av programmet.

Hvis man tenker slik, begynner det hele å minne om kjente problemstillinger innen klinisk psykologi. Man har et aktivitetsområde som defineres som svakt. Det kan være forskjellige oppfatninger om hva svakheten grunner i. Man setter i gang terapeutiske tiltak i håp om at de skal bringe de ønskede resultater.

Det er et par ting som er viktig i ethvert behandlingsopplegg. Skal man sette i gang et behandlingsprogram, bør man vite så mye som mulig om det man skal forsøke å endre. Og man bør også ha klart for seg hvilken målsetting man tilsikter med behandlingen. Først når man har oversikt over tilstanden, status quo, og målsettingen, har man grunnlag for å ta stilling til hvilke tiltak, hvilke terapeutiske teknikker og intervensjoner, som bør iverksettes. Hvis man ikke vet noe skikkelig om den aktuelle tilstand og hvis man heller ikke vet noe skikkelig om hva man vil frem til, blir behandlingen nødvendigvis en virksomhet i blinde. Dette er en innsikt som etterhvert anses som ganske selvfølgelig når det gjelder behandling av enkeltindivider. Det kan være hensiktsmessig å anlegge det samme perspektiv når man skal gå løs på fenomenet klinisk psykologisk forskning.

Vi burde i utgangspunktet skaffe oss en relativt inngående oversikt over den klinisk psykologiske forsknings tilstand i Norge i dag, eller bedre, over de siste fire - fem årene. Vi kunne spørre hvor mange arbeidstimer som har vært investert på feltet. Vi kunne etterlyse hvor mange publikasjoner som er blitt utgitt, i hvor store opplag, vi kunne veie bidragene, vi kunne telle sidene,

vi kunne merke oss om publikasjonene hadde et nasjonalt eller internasjonalt siktemål. Vi kunne se etter om publikasjonene hadde hatt noen ringvirkninger i form av at de ble sitert eller referert til i andre publikasjoner, både innenlandske og utenlandske. Vi kunne gå enda et skritt videre og ta for oss et utvalg av kliniske psykologer og be dem om å evaluere bidragene, hvilke de har støtt på og hvilke de har latt seg påvirke av. Har forskningen gitt resultater som er kommet frem til brukerne, eller har den bare stimulert en lesekrets innenfor avgrensede forskningsmiljøer? Kliniske psykologer er stort sett mer å betrakte som forskningskonsumenter enn produsenter. Man kunne følgelig foreta en slags konsumentundersøkelse for å få frem hvilken grad av utilfredshet som måtte være til stede.

Etter å ha fullført en slik detaljert kartlegging av den klinisk psykologiske forsknings tilstand pr. i dag, ville den neste problemstilling være: Hva ville vi betegne som en ønskverdig tilstand? Hva vil være en rimelig målsetting for norsk klinisk psykologisk forskning for eksempel for perioden 1985 - 90? Hvor stort bør publikasjonsvolumet være? Hvor stor andel av den samlede psykologiske arbeidsinnsats i Norge bør kanaliseres i retning av klinisk psykologisk forskning? Hvor stor søkermasse bør det være til ulike typer av vitenskapelige stillinger innen det klinisk psykologiske område? Man kunne til om med forsøke seg med kvantitative målformuleringer, f.eks. slike som at i 1970 - 75 ble det årlig produsert 0,3 klinisk psykologiske doktorgrader. Tallet bør økes til to pr. år i perioden 1985 - 90. Tallet på faglige bidrag til nasjonale tidsskrifter bør økes fra 6 til 30 o.s.v. Det er mange måter å beskrive en målsetting på. Det er viktig at en slik målanalyse blir foretatt.

Neste punkt vil være å forhåndsvurdere alternative tiltak. Hvor mye tid er det vi har til rådighet? Hvor mye penger er det vi har til disposisjon? Hvor bør vi satse våre

midler for å ha størst mulighet for å oppnå de mål vi har satt oss?

Jeg har lyst til å stoppe opp på dette punkt og legge frem noen helt ferske data som sier litt om forskningaktiviteten for øyeblikket blant norske psykologer. NAVF's utredningsinstitutt utførte i fjor høst en spørreskjemaundersøkelse hvor man bl.a. tok sikte på å få greie på hvorledes psykologer disponerer deres arbeidstid. Hvor stor del av deres tid går med til undervisning, til konsulentarbeid, til klientarbeid, til administrasjon og til forskning? Hvis man ser alle norske psykologer under ett, viser det seg at 9% av den samlede arbeidstid ble oppgitt å gå til forskningsarbeid. Men før vi går inn på arbeidstidens fordeling på ulike oppgaver, la oss kort se på fordelingen av psykologer på ulike yrkessektorer. For oversiktens skyld vil jeg her legge frem ikke bare fordelingen pr. høsten 1976, men også fordelingen pr. 1965 og 1970. Dette gir et innblikk i hvilken stillingsmessig utbygging som har funnet sted over den siste ti-års periode og hvilke endringer som har funnet sted i psykologenes sektormessige plassering. Kfr. tabell 1.

Tabell 1: Psykologenes fordeling på arbeidsområde (i %) i 1965, 1970 og 1976.

<u>Arbeidsområde</u>	<u>1965</u>	<u>1970</u>	<u>1976</u>
Helsevesen	25	32	41
Ped.psyk. rådgivning	25	20	22
Universitet og høyskole	13	19	13
Annen undervisning	5	5	6
Forskningsinstitutter	8	6	5
Arbeidsformidling og attføring	7	5	4
Offentlig administrasjon	3	3	3
Forsvaret	5	3	2
Forretningsmessig tjenesteyting	3	3	1
Andre områder	6	4	3
Sum	100	100	100

Tallet på yrkesaktive psykologer har i løpet av den siste ti-års periode øket fra noe over 300 til ca. 800. Tallene ovenfor er basert på opplysninger innhentet fra henholdsvis 211, 329 og 626 psykologer. Innsamlingen og bearbeidningen av data er blitt foretatt av NAVF's Utredningsinstitutt. Siden det kan foreligge en viss skjevhet i frafallgruppen, må tallene betraktes med et visst forbehold.

Ved den siste datainnsamlingen ble det også spurt om den skjønsmessige fordeling av arbeidstid på ulike arbeidsfunksjoner. Tabell 2 viser fordelingen for psykologgruppen samlet og for psykologer med arbeidsplass innen enkelte sentrale sektorer (s. 239).

Hva den siste tabellen forteller er at under 10% av psykologens samlede arbeidstid medgår til forskning. Tabellen understreker samtidig at en økning av forskningstiden vil gå på bekostning av andre aktiviteter. Ønsker man en økning i forskningsengasjement, er det samtidig grunn til å ta stilling til hvilke funksjoner som evt. bør nedprioriteres og tillegges en mindre tidsandel. Bør det skje en nedtrapping i direkte klientarbeid, i konsulentvirksomhet? Dette er de mest tidskrevende funksjoner som i dag preger gjennomsnittspsykologens arbeidssituasjon.

Tabellen gir også andre opplysninger som bør påpekes. Det gjelder variasjonen i forskningsinnsats mellom forskjellige arbeidssektorer. Psykologer ansatt ved rene forskningsinstitutter, er, som man kunne vente, de som har anledning til å investere mest tid på forskning. Dernest følger gruppen av psykologer som er ansatt innen universitets- og høyskolesektoren. Omlag en tredjedel av arbeidstiden til denne gruppe går med til forskningsaktivitet.

Retter vi blikket mot psykologer som arbeider innenfor skolens rådgivningstjeneste og innen helsevesenet, og

	Direkte klient-arbeid	Konsulent virksomhet	Admini- strasjon	Utred- nings- arbeid	Under- visning	Forsk- ning	Andre oppgaver
Helsevesenet	56	13	9	2	11	1	8
Skolens rådgiv- nings tjeneste	46	26	12	5	3	0.5	7.5
Arbeidsformidling og attføring	67	10	11	2	6	2	2
Universitet og høyskole	7	2	16	2	33	35	5
Forsknings- institutter	2	6	7	10	10	60	5
<u>Psykologer samlet</u>	<u>40</u>	<u>15</u>	<u>12</u>	<u>4</u>	<u>14</u>	<u>9</u>	<u>6</u>

Tabell 2: Arbeidstid på funksjoner (i %) innen ulike sektorer.

dette er de vanligste arbeidsplasser for psykologer, faller arbeidstid som nyttes til forskning, ned på et meget beskjedent nivå. Psykologene innen helsevesenet oppgir i gjennomsnitt bare å bruke 1% av deres arbeidstid på forskning, og psykologer i den pedagogisk-psykologiske rådgivningstjeneste, oppgir å bruke bare en halv prosent av deres tid til slik virksomhet. Psykologene innen helsevesenet kan forøvrig deles opp i flere undergrupper, alt etter om de har sin arbeidsplass ved psykiatriske klinikker, psykiatriske sykehus eller ved barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner. Tidsbruken på direkte klientarbeid varierer her mellom 59, 69 og 47%, og tidsbruken på forskning, mellom 0.5, 0.5 og 2%.

Jeg har ingen tall fra andre land som det kan trekkes direkte sammenligninger med. Indirekte kan imidlertid våre tall sammenlignes med en arbeidstidsstatistikk fra USA - som ble publisert for noen år siden. Det første som slår en er at en relativt større andel av den psykologiske arbeidskraft i USA synes å gå inn i undervisning og forskning. Psykologi som undervisningsfag har slått mer igjennom i alle skoleslag, og psykologisk forskning har en bredere plass innen både sykehus, klinikker, universiteter og colleges. Anslagsvis vil jeg tro at gjennomsnittsprosenten for forskning i USA ligger på ca. 20, mens den altså i Norge ligger i underkant av 10. På den annen side tror jeg at kategorien direkte klientarbeid ligger lavere i USA enn i Norge - anslagsvis ca. 25% i USA, mot ca. 40% i Norge. Psykologenes engasjement i direkte klientarbeid synes å stå sterkt i Norge - sammenlignet med mange andre land.

Den norske statistikk viser at en meget beskjeden andel av de universitets- og høyskoleansatte psykologers arbeidstid er knyttet til klinisk arbeid, mens på den annen side en meget liten, ja nærmest en forsvinnende del av helsevesenets psykologers arbeidstid - går med til forskning.

En styrkning av klinisk psykologisk forskning i Norge

kunne skje ved at klinisk psykologi ble gitt en bredere plass ved våre høyere utdanningsinstitusjoner. En slik styrkning kunne gjennomføres gjennom øremerking av ledige stillinger, omprioritering av driftsressurser, og oppbygning av kliniske fasiliteter som kan gi tilfang på erfaringer av betydning for klinisk-relevant forskning. Det er et ressurskrevende forskningsfelt man her står overfor, og i alle fall på kortere sikt, kan derfor en satsing på klinisk psykologi føre til en ikke uvesentlig reduksjon i den totale forskningsproduktiviteten.

Et annet styrkningstiltak kan være å oppmuntre til mer forskningsvirksomhet blant helsevesenets psykologer. Man kan tenke seg stimuleringsstiltak i form av tre mnd. stipend, ett års stipend og endog forskningsstipend av lengre varighet. Slike stipend kan gi positiv avkastning, men jeg tror det vil være svært uheldig hvis det skulle føre til at helsevesenets psykologer skulle forvente ekstern betaling hver gang de satte seg fore å gjennomføre et større eller mindre forskningsarbeid. Hva som må gjøres er å fremme en slags holdningsendring hvor forskning blir gitt høyere prioritering innenfor det daglige virke. For den klinisk arbeidende psykolog vil det alltid være ugjorte praktiske arbeidsoppgaver. Det vil alltid være pasienter som burde vært gitt mer tid og pasienter som må vente. Det vil alltid være tale om hvilken plass forskningsaktivitet har og bør ha, og dette er ikke minst et spørsmål om strukturering av egen arbeids- og livssituasjon.

Men visse ytre forhold vil kunne være virksomme. Jeg er enig med professor Swensen i at kvantitet og kvalitet ikke er uavhengige størrelser - men tvert imot sannsynligvis henger nøye sammen. Det er derfor neppe noen store betenkeligheter beheftet ved å gjøre bruk av kvantitetsmål for også å fange inn kvalitet. Hvis kvalitetskravene stilles i forgrunnen kan lett den situasjon oppstå at man bare bør sette tanker eller erfaringer på papiret som tilfredsstillende et ideelt kvalitetsnivå, og da er sjansen



stor for at det ikke kommer noe på papiret i det hele tatt. Det er grunn til å tro at hvis forskningsorienterte kliniske psykologer reduserte noe på sitt vitenskapelige aspirasjonsnivå og opp-prioriterte kvantitet, ville kvaliteten komme som et biprodukt. Jeg tror dette er et viktig poeng. Det er utvilsomt ting som kan gjøres for å fremme en slik mentalitetsforandring.

Jeg nevnte tidligere at styrkingstiltak for klinisk psykologisk forskning kan sees som en analogi til en behandlingsprosess. Et poeng er at et styrkingstiltak og en behandling nødvendigvis vil ha et tidsbegrenset perspektiv. Når terapien er over, forutsettes klienten å kunne klare seg selv og å være i en bedre forfatning enn da terapien tok til. Det terapeutiske resultat må nettopp vurderes ut fra hva som skjer etter at behandling~~n~~ en opphører. Målet må være at ytterligere terapeutiske tiltak ikke oppleves som nødvendige hverken av klienten selv eller av hans omgivelser.

Det er viktig å ha et slikt utvidet tidsperspektiv i tankene i forbindelse med NAVF's styrkingstiltak for klinisk psykologisk forskning. Det er snakk om et tidsbegrenset tiltak og om et tiltak som må vurderes i lys av hvilke virkninger som kan dokumenteres i tiden etter at NAVF's spesialengasjement på området er opphørt. De midler som er blitt stillet i utsikt må altså forvaltes og brukes med tanke på deres langsiktige virkninger.

Et langsiktig perspektiv på investering av forskningsmidler er alltid en komplisert affære. Da spørsmålet om å styrke klinisk psykologisk forskning første gang ble reist omkring 1970, var det rekrutteringen av kvalifiserte universitetslærere som sto i sentrum for interessen. Stillingsutbyggingen i begynnelsen av 70-årene hadde en langt høyere takt enn rekrutteringsforholdene la opp til. Senere har situasjonen endret seg meget drastisk. Da NAVF's omfattende rekrutteringsprogram - dog ikke i klinisk psykologi - begynte å gi full avkast-

ning i midten av 70-årene, var stillingstilveksten minimal, og vi fikk et misforhold i motsatt retning av tidligere. Jeg tror ikke det samme kan skje i forbindelse med klinisk psykologi. Det ville selvsagt kunne skje hvis man med et styrkingsprogram bare hadde produksjon av professorkompetente, dosentkompetente og amanuensiskompetente kliniske psykologer i tankene. Men siktemålet er fra alle parter side i dag langt bredere. En kombinert vitenskapelig og klinisk kompetanse blant en stor gruppe psykologer vil være en fordel for de høyere læresteder, men fordelene vil være ennå større for utviklingen av den generelle, klientsentrerte klinisk psykologiske virksomhet utenfor lærestedene. Det er på dette område den fremtidige skjebne til den kliniske psykologi vil komme til å bli avgjort. Hvis denne psykologi ikke får et bredt og kontinuerlig vitenskapelig fundament å stå på - vil dens fremtid være mørk og usikker.

Jeg har tidligere trukket frem en modell for styrkingstiltak som har klare paralleller med atferdsterapeutisk tenkning. Det er behov for tilstandsbedømmelser og målformuleringer. Det er mulighet for kvantitative tilnærminger.

Det er også mulig å trekke inn synspunkter fra en helt annen modell, nemlig den psykodynamiske. Man kan se på manglene og svakhetene ved den klinisk psykologiske forskning som et symptom på underliggende patologiske forhold. Er det feil i rekrutteringen til psykologistudiet, er det feil i psykologistudiets oppbygning og utforming, er det feil i opplæringen av klinikere og forskere? Kanskje er det bare gjennom en analyse av slike underliggende forhold at tilstanden kan bli varig bedret? Professor Kringlen har i sin NAVF-utredning om klinisk psykologisk forskning fremkastet enkelte tanker om disse bakenforliggende betingelser.

Jeg tror det ville være klokt å forsøke å innebygge et evalueringsprosjekt i NAVF's styrkingsprogram for klinisk

psykologi. Det er gjennom oppsummering av innleggene fra de forskjellige arbeidsgrupper blitt lagt frem en hel rekke emner og problemstillinger som bør gis spesiell oppmerksomhet. Før man går videre med prioriteringen av de mange emner og oppgaver som er blitt nevnt, vil det være en ide å få samlet en liten arbeidsgruppe som er interessert i å drive forskning over klinisk psykologisk forskning, en gruppe som måtte være kompetent til og gis ressurser til å vurdere de kommende tiltak både i forhold til den eksisterende situasjon og hva man ønsker å oppnå. En svakhet ved den herværende konferanse har etter min mening vært at man har brukt for mye tid på å drøfte prioriteringer av tiltak og for liten tid på hva som burde være den overordnede målsetting for tiltakene sett på noe lengre sikt. Jeg går imidlertid ut fra at dette er spørsmål som vil bli tatt opp til nærmere vurdering ved en senere anledning.