

Spesialistutdannelsen: Hvilken bukk bør passe havresekken?

Odd Arne Tjersland

Professor i psykologi, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

peder.kjos@psykologi.uio.no

Det er flere ulemper ved å la helsetjenesten bli styrende for fordypningen til psykologene.



ONE SIZE: – Skal vi virkelig stille samme krav til samtlige kliniske spesialiteter? spør Odd Arne Tjersland. Mange psykologer ser for seg en annen fremtid enn i psykisk helsevern. Å la helsetjenestens krav styre innholdet i disse spesialitetene er derfor problematisk.

Foto: Flickr / Ralph Aichinger

DEBATT : SPESIALISTUTDANNELSEN

Det er med en smule sjokk og vantro jeg leser Psykologforeningens siste utspill om spesialistutdanningen for psykologer.¹ Jeg har diskutert forslaget både med kliniske kollegaer på Psykologisk institutt i Oslo og med medlemmene i Godkjenningsutvalget for spesialiteten i NPF, som undertegnede leder. Flere er enige i det jeg skriver her, men siden diskusjonene ikke er sluttført, skriver jeg innlegget i eget navn.

Psykologforeningen er den rette bukken til å passe havresekken for kliniske spesialister, ikke helsemyndighetene eller arbeidsplassene

Psykologforeningen ønsker å opprette seks kliniske spesialiteter. Det begrunnes i tjenestebehov, markedsbehov og «myndighetenes» signaler om hvilke spesialiteter som vil godkjennes i fremtiden. I kortform er de seks områdene klinisk barn og ungdom, klinisk voksen-, klinisk rus, klinisk allmenn- og samfunnspsykologi, klinisk nevropsykologi og klinisk psykoterapi.

Et hovedspørsmål når man bestemmer seg for hvilke områder som prioriteres som spesialiseringsområder i klinisk psykologi, er spørsmålet om *hva* en klinisk spesialist bør ha fordypet kunnskap om. Hva skal vi legge mest vekt på: alderen på de klientene vi arbeider med, aktuelle symptombilder, klinisk metodologi og forståelse, helsemyndighetenes krav, jobbmuligheter?

Hva er en klinisk spesialist?

For meg handler klinisk spesialitet om å undersøke og behandle psykologiske problemer. Samtalen og relasjonen til klienten(e) står sentralt. Psykologer flest benytter begrepene terapi, psykologisk behandling og psykoterapi om hverandre, enten man arbeider med barn, voksne eller familier. Da virker det ganske underlig å foreslå «psykoterapi» som en egen spesialitet.

I valg av fordypningsområder kan man finne noen mulige føringer i profesjonsstudiet i psykologi. Her kreves det at studentene tar fire ferdighetskurs i behandlingsarbeid, knyttet til henholdsvis 1) barn/ungdom, 2) voksne, 3) familier/systemer og 4) nevropsykologiske tilstander. Grunnen er blant annet at psykologisk utredning og behandling av barn krever andre tilnæringsmåter enn møtet med voksne; at møtet med flere familiemedlemmer krever en annen forståelse og tilnærming enn møtet med individet; at nevropsykologi krever kartlegging av nevrologiske tilstander og psykologiske reaksjoner som skal knyttes til psykologisk behandling

I psykologisk behandling henter psykologer metoder fra flere ulike behandlingstradisjoner. Disse skal selvsagt søkes innenfor tradisjoner som er solid forankret gjennom forskning og klinisk kunnskap. Noen tradisjoner følger et ganske smalt faglig løp på vei mot spesialiteten, men et stort flertall synes å søke integrasjon av tilnæringsmåter. Kliniske spesialistløp for psykologer bør selvsagt gi rom for slike valg. Klinisk spesialisingsløp kan med andre ord gi fordypning i tenkemåter og metoder som er ganske forskjellige, uten at det nødvendigvis innebærer at én tilnærming er bedre enn andre. Dette bare sikrer en større bredde i behandlingstilbudet til klientene.

Undersøkelsesmåtene bør henge nær sammen med de forståelsesmåtene psykologen har med seg. Her er utviklingen i psykisk helsevern foruroligende. I dag utøver mange psykologer en kartlegging som har lite med behandlingen å gjøre. Kartleggingen har i stedet helt andre formål, som å ivareta ventelistegarantier eller føre tilsyn med «produksjonen».

¹ «Spesialistutdanningen for psykologer: Revidert skisse til struktur» fra Utdanningsavdelingen i Psykologforeningen, datert 23. oktober 2012.

Sist, men ikke minst, dreier klinisk spesialisering seg om å fordype seg i samtalemotodikk, både for å bygge allianser, for å forstå klienters perspektiver og for å bidra til endringer i deres liv. Dette er kjernen i klinisk arbeid, selv om det i tillegg kommer mange andre oppgaver som en klinisk spesialist forventes å fylle.

Spesialist på tilstandsbilder

Man kan også tenke seg en spesialistutdanning organisert etter bestemte tilstandsbilder. I det foreliggende forslaget har man valgt ut *én* symptomgruppe – rus. Hvorfor akkurat denne, og ikke angst, depresjon, osv.? Svarene jeg har fått, refererer dels til de mange psykologene som jobber med rus, dels til at feltet også er regulert av annen lovgiving enn psykisk helsevern, og dels til en frykt for å bli akterutseilt av legene, som er i ferd med å etablere en egen russpesialitet.

Dette synes mer å handle om markedsargumenter enn om gode faglige begrunnelser. I dagens spesialistløp for voksne lærer psykologer seg metoder som kan benyttes i forbindelse med mange ulike psykologiske problemer. Selvsagt er det særegne sider ved ulike symptombilder, men psykologiske behandlingsmetoder er gjennomgående ganske allmenne og anvendelige i forhold til mange ulike problemer. Jeg avviser ikke argumentet om at det er behov for mer kunnskap om bestemte lidelser. Men dette kan best løses ved tilleggskurs i det femte året av spesialiseringens løp – noe som også er i tråd med endringen Psykologforeningen selv foreslår.

Spesialist etter helsevesenets krav

Et viktig premiss i forslaget har vært at spesialistløpet må svare til helsevesenets krav til stillinger. Det virker fornuftig ved første øyekast, men skal vi virkelig stille samme krav til samtlige kliniske spesialister? Mange psykologer ser for seg en annen fremtid enn i psykisk helsevern, både som privatpraktiserende, i familievernet, i kommunehelsetjenesten, i barnevernet, osv. Slik jeg ser det, er det flere ulemper ved å la helsetjenestens krav bli styrende for innholdet i fordypningen. Psykologer i BUP og ved ulike DPS-er pålegges stadig flere rituelle oppgaver, og klinikere instrueres i å følge helt bestemte prosedyrer. Et tre års utdanningsløp hvor kunnskap om dette blir rådende, vil skyve tilegnelse av behandlingsmetodikk ut av undervisningen.

En tredelt løsning vil tilfredsstillende bade helsemyndighetenes og andre myndigheters krav: Noen temaer dekkes av grunnutdanningen, for eksempel diagnostikk; andre temaer kan ivaretas av undervisningen i det første fellesåret av spesialiseringen, for eksempel konsultasjon og samarbeid, mens andre kompetansekrav ivaretas gjennom tilvalgs kurs i det siste året, som når noen ønsker å bli spesialist på en avdeling innenfor psykisk helsevern og derfor trenger tilvalgs kurs i det å fatte tvangsvedtak. På denne måten hegner vi om det som bør være hovedfokus i tre av spesialiseringens åre: psykologisk undersøkelse og behandling

Allmennspesialist

Forslaget om allmennspesialitet er trolig inspirert av legenes allmennspesialitet, men det argumenteres også med nye arbeidsplasser for psykologer i kommunehelsetjenesten. Det vises til faglige begrunnelser, som at en slik tjeneste krever kunnskap om forebygging, nettverksarbeid, koordinering av elsetjenester, veiledning, konsultasjon, osv. En kommunepsykolog har unektelig mange oppgaver, men blir man spesialist på dette feltet av å sy sammen en rekke ulike temaer til et spesialiseringens løp? Jeg tviler sterkt på det. En klinisk spesialitet bør som sagt være forankret i psykologisk undersøkelse og behandling, enten denne kompetansen er knyttet til behandling av

barn og ungdom, voksne eller familie/systemer. Kliniske lavterskeloppgaver vil foreligge på alle disse områdene, og kommunepsykologer bør rekrutteres fra psykologer med slike fordypninger.

Spisskompetansen på dette feltet kan sikres gjennom tilvalgskurs, for eksempel om koordinerende, forebyggende og consultative oppgaver innenfor det kommunale området.

En alternativ vei

Jeg ønsker en klinisk spesialisering innenfor de rammene Psykologforeningen har trukket opp: Ett fellesår med felleselementer, tre år med fordypning i psykologisk behandling (forslag til områder: barn/ungdom, voksne, nevropsykologiske tilstander og familier/systemer), og ett år med tilleggsmoduler. Det treårige spesialisingsløpet kan tilbys av enten Psykologforeningen eller andre tilbydere, med kurs og veiledning knyttet til praksis. Løpene kan være smalere (som for intensiv psykoterapi) eller mer integrative (som R-BUP s barneprogram). Et løp kan selvsagt strekke seg utover tre år, men det viktigste er at minimumsrammene som Psykologforeningen setter, er oppfylt. Året med tilleggsmoduler kan dekke spesifikke tilstandsbilder (som rus, psykoser, psykiske lidelser hos eldre), spesifikke arbeidsplasskrav (som helsevern, kommunepsykologi, barnevern) eller spesifikke utredningsoppgaver (for eksempel i forhold til rettsbehandling). Det kan også tenkes tilleggsmoduler av behandlingsmessig karakter, som når man kanskje trenger en tilleggsmodul i parterapi for å bevege seg inn i familievernet.

En slik organisering gjør psykologisk behandling til bærebjelken i de ulike kliniske spesialitetene, og den ivaretar det store spekteret av ulike, men godt dokumenterte behandlingsmetoder. Dessuten sikrer den at spesialister kan gjøre tilvalg som passer deres aktuelle arbeidsplass og gir en stor grad av fleksibilitet i psykologers yrkeskarriere. Betegnelsen kunne være «Spesialist i behandling av barn og ungdom», «Spesialist i behandling av voksne », osv. Samtidig kunne tilvalgskompetansen fremgå av spesialistattesten, for eksempel: «Spesialist i behandling av voksne med tilleggskompetanse i rustilstander».

Det er Psykologforeningen som er den rette bukken til å passe havresekken for kliniske spesialister, ikke helsemyndighetene eller arbeidsplassene. Og jeg håper at foreningens medlemmer tenker seg grundig om før man går videre på den veien som Psykologforeningen har tegnet så langt.

o.a.tjersland@psykologi.uio.no