

Spesialistutdanningen er for snever

Hanne Jacobsen Lillevold

psykologspesialist, Psykosepoliklinikken, Nydalen DPS, Oslo universitetssykehus
hannejl@gmail.com

Felicia Jakobsen

Krisitin Yrvin

Hanne Biti

Spesialister i klinisk voksenpsykologi bør ha erfaring med poliklinisk behandling av alvorlige psykiske lidelser.

Som en vet fra forskning på pasienter med schizofreni, omfatter diagnosen en bredspektret pasientgruppe med ulike kombinasjoner av symptomer og sykdomsforløp. Generelt ser en at rundt $\frac{1}{4}$ av pasientene oppnår full remisjon, $\frac{1}{4}$ har et kronisk forløp med nedadgående funksjon og gjentatte lengre innleggelses (Harding, 1994), mens halvparten av pasientene har et varierende forløp, med alt fra én til flere psykotiske episoder over et livsforløp. Et lignende forløp kan sees for pasientene med bipolar lidelse 1. Behandlingen må dermed tilpasses den enkelte pasient, ut fra alvorlighetsgrad og sykdomsforløp, der målet er å forebygge utvikling av en eventuell psykoselidelse (tidlig intervensjon), eller å behandle selve psykoselidelsen.

Pasientene har ofte med seg vanskelige og traumatiske erfaringer fra oppveksten, og sammenhengen mellom traumer og sårbarhet for utvikling av en psykoselidelse er godt støttet i den senere forskning (Klæth & Hagen, 2009; Read, van Os, Morrison & Ross, 2005; Værnes, 2010). Kognitiv terapi, familiesamarbeid og behandling med legemidler er noen av de virksomme elementene ved behandling av psykose. Behandlingstiltakene bør være fasespesifikke og tilpasset symptombelastning og funksjonsnivå. Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen, samhandling med kommunale instanser og andre samarbeidspartnere er alle aktuelle forebyggende tiltak for denne gruppen (Helsedirektoratet, 2013).

I spesialistutdanningen for klinisk voksenpsykologi kreves det nå erfaring fra poliklinisk avdeling og døgnvedling. Det er for å sikre at spesialister i klinisk voksenpsykologi har bred kompetanse og erfaring med ulike typer lidelser i ulike faser av et sykdomsforløp, inkludert erfaring med pasienter som er underlagt tvungen behandling.

Dette innebærer at spesialpoliklinikker som man mener ikke har en variert pasientgruppesammensetning, ikke teller som det obligatoriske polikliniske praksisåret i spesialistutdanningen i klinisk voksenpsykologi. Vi mener dette er en bekymringsfull utvikling av følgende grunner:

1) Samhandlingsreformen stiller økende krav til spesialisthelsetjenesten, og de alvorlige psykiske lidelsene har prioritet. Feltet har behov for erfarne og kompetente fagfolk. Manglende erfaring med denne gruppen kan føre til at psykologspesialister i mindre grad vil foretrekkes fremfor andre faggrupper ved rekruttering. Vi får spesialister som har liten erfaring med å jobbe poliklinisk med behandling av alvorlige symptomlidelser som schizofreni og bipolar lidelse type 1. Dette vil være en uheldig utvikling.

2) Utdanningskravene som nå fremlegges, innebærer en polarisering av praksisfeltene der man risikerer å kun møte pasienter med alvorlige psykiske lidelser i de fasene av sykdomsforløpet der de er svært dårlige. Dette er faser der den primære behandlingen er døgninnleggelse, medisiner og observasjon. Kommende spesialister vil med andre ord få svært liten erfaring og kompetanse på å jobbe med pasienter med alvorlige psykiske lidelser i bedre faser av sykdomsforløpet, der de er tilgjengelige for psykologisk behandling alternativt til medisiner.

3) Vi får psykologspesialister som har liten/ingen erfaring med vurdering av tvangsbehandling uten døgnopphold, et felt der spesialister i klinisk voksenpsykolog bør ha like mye kompetanse som psykiatere. Dette kan gjøre psykologspesialister mindre attraktive som arbeidstakere ved spesialpoliklinikker med stor andel av denne pasientgruppen.

4) Vi får psykologspesialister som har liten erfaring med utredning av komorbide tilstander der det er spørsmål om psykose. Dette gjøres i liten grad ved akuttpsykiatriske avdelinger, som ofte viderehenviser pasienten til spesialpoliklinikker for utredning etter innleggelse.

5) Vi får psykologspesialister som har liten erfaring i å jobbe med forebyggende tiltak og behandling av en pasientgruppe som koster samfunnet mye penger i innleggelse og behandling.

6) Dette er en svært uheldig utvikling for psykosefeltet. Manglende godkjenning av praksis ved spesialpoliklinikker som TIRe vil gjøre spesialklinikker mindre attraktive for psykologer under utdanning. Dette vil utarme kompetansen innenfor psykosefeltet, det vil bli vanskeligere å utdanne og rekruttere gode psykologer i feltet og å rekruttere psykologspesialister.

Psykosefeltet risikerer slik vi ser det, å miste muligheten til å rekruttere dyktige psykologer som konsekvens av de gjeldende bestemmelsene, og psykologfeltet risikerer å utdanne spesialister som kan lite om et veldig viktig felt innenfor psykisk helsevern.

Vi håper med dette at Psykologforeningen revurderer sine føringer og tar dette i betraktning når de legger opp utdanningsforløpet til kommende spesialister i klinisk voksenpsykologi. Vi fraråder i denne sammenhengen på det sterkeste å nedprioritere poliklinisk erfaring med behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. ×