

Praksis fra rusfeltet - av relevans psykisk helsevern?

Er rusmisbruk kvalitativt forskjellig fra andre livsproblemer? Bør rusmisbruk forstås som et symptom på linje med andre symptomer, eller har misbruket en egen dynamikk som krever en egen form for praksis? Er i så fall denne praksisen så spesiell at erfaringen har liten relevans for arbeid innenfor andre områder av psykisk helsevern?

TEKST

Hanne Weie Oddli

Peder Kjøs

PUBLISERT 1. juli 2004

Kunøe, Greaker og Sjøly tar i dette nummeret av Tidsskriftet opp diskusjonen om hvordan praksis fra rusfeltet vurderes når psykologer ønsker godkjenning som spesialist i klinisk psykologi, med fordypning klinisk voksenpsykologi. De mener at rusmisbruk er et symptom på linje med for eksempel vold eller selvskading, og at praksis med rusbehandling således kvalifiserer for arbeid innenfor psykisk helsevern. De mener spesialistutvalgets underkjenning av ruspraksis bygger på svak kjennskap til arbeid med rusmisbruk, og ønsker et oppgjør med gamle, ikke-faglige forestillinger.

Evig diskusjonstema

Vi har kontaktet Psykologforeningen for å få kommentarer.

– Spesialistutvalget har stadig søknader fra kandidater som bare har arbeidet innenfor russektoren og ønsker å bli spesialister innen klinisk voksenpsykologi, forteller fagkonsulent Rita Johansen. – Dette er et evig diskusjonstema i forhold til innholdet i de forskjellige praksisene. Mange av kandidatene har jo en god og variert praksis, men da bare innenfor rus og ofte ikke innenfor en institusjon som ligger under Lov om psykisk helsevern. Psykologforeningen har tidligere bestemt at minst ett år av praksis skal være under Lov om psykisk helsevern, ikke rusrelatert.

Rita Johansen presiserer at praksis fra PUT er godkjent som psykisk helsevernpraksis med voksne, men at den vurderes som for snever i forhold til alder til at all praksis kan godkjennes derfra. For å bli spesialist er det i dag krav om ett års praksis med inneliggende innen psykisk helsevern, og det kan man uansett ikke få ved PUT. Innen klinisk voksenpsykologi er kravet at man skal arbeide innen psykisk helsevern med voksne, og man ønsker at kandidatene skal få en variert praksis med voksne, både med inneliggende og i poliklinikk.

– En annen side er erfaring med tvungent psykisk helsevern, sier Rita Johansen. Hvis en rusinstitusjon tar i mot pasienter på tvang, er denne tvangen hjemlet i sosiallovgivningen og ikke i psykisk helsevernloven. Dersom en rusinstitusjon skal kunne regnes som psykisk helsevern, må psykisk helsevernloven gjelde, og det må være oppnevnt en faglig ansvarlig etter § 1–4. Som spesialist innen klinisk voksenpsykologi får du rettigheter i forhold til tvangsvedtak. Det er derfor viktig at kandidatene har arbeidet på en institusjon under psykisk helsevernloven.

Rita Johansen minner også om at det finnes et eget fordypningsområde innen den kliniske spesialiteten – psykologisk arbeid med rus- og avhengighetsproblemer – hvor den som arbeider innenfor russektoren, og fortsatt ønsker å arbeide innenfor denne, kan søke.

Etterspør faglige argumenter

Kunøe, Greaker og Sjøly etterspør faglige argumenter for at terapeutisk arbeid med en klientmasse med en gjennomsnittsalder på 25 og en klientmasse med en gjennomsnittsalder på 35 gir kvalitativt forskjellig terapeutisk kompetanse. – Mange av våre kolleger i PUTene har først blitt møtt med at PUT er rusarbeid som ikke er poliklinisk arbeid med voksne. Først etter å ha protestert på dette, blir man møtt med alderskravet. Slike enkelthendelser gjør oss redde for at alderskravet kan være et påskudd for å diskriminere behandlere som har «skitnet sin sti» med å skolere seg innen rusarbeid.

Ikke tilstrekkelig bredde

John Sjøvold, leder for Fagutvalget klinisk voksen, forteller at de særlig har diskutert disse problemstillingene i forbindelse med det skriftlige arbeidet. Her har psykologer innen rusfeltet slitt med å få godkjent det faglige innholdet og nivået på arbeidet, fordi den klinisk psykologiske forståelsen har vært noe begrenset i forhold til en «tradisjonell» klinisk voksen måte å tenke ut fra.

Sjøvold viser til at det er blitt påpekt en noe mangelfull diagnostisk kompetanse, for eksempel i forhold til diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. – Terapiforståelsen der andre forhold enn rusproblemet har vært i fokus, kan være mangelfull. Manglene har vært knyttet til valg av mål for intervensjonen, bruk av kunnskap om intrapsykiske og interpers onlige forhold, og kjennskap til et bredt spekter av terapiteorier.

Kunøe et al. deler Sjøvolds bekymring for at psykologer innen tradisjonell rusomsorg har mangelfulle kunnskaper om psykiske lidelser. – Det er dessverre ikke uvanlig å insistere på russyntomets forrang fremfor andre symptomer, eller, hvis dette ikke lar seg gjøre, å avvise å behandle pasienten fordi vedkommende har «for mye psykiatri». Begge disse alternativene innebærer en fare for at pasienter med sammensatte symptomer blir feilbehandlet. Vårt håp er at de kunnskapshullene som finnes i både psykisk helsevern og tradisjonell rusomsorg vil kunne tettes noe ved å integrere kurs og praksis fra disse to voksenspesialitetene i én.

Viktig debatt

Tom Barth har lang erfaring fra rusfeltet, og har vært ledende innenfor arbeidet med videreutdanningen innen fordypningsområdet rus og avhengighet. Han mener innlegget fra Kunøe, Greaker og Sjøly er godt dokumentert. – Det reiser en viktig debatt som vi lenge har hatt i Psykologforeningen. Etter Barths syn tar Kunøe et al. opp to forskjellige ting i sitt innlegg. De diskuterer både hva som er god behandlingstilnærming og hvordan kravene til spesialistordningen bør være.

– Spesialistordningen vår er et paradoks i seg selv, fordi spesialisering per definisjon står i motsetning til et helhetssyn. Vi har forsøkt å utvikle ordningen med et mål om at spesialister skal være «gode på alt» og «aller best på noe». For hver gang vi har delt opp spesialitetene, eller opprettet nye fordypningsområder, har noen grupper protestert på at de ikke lenger var «best på» et felt, og fremhevet at de iallfall er «best på» helhetssyn.

– For en som har jobbet lenge i rusfeltet, er det lett å støtte Kunøe et al. på at kompetanse på misbruks- og avhengighetsdynamikk er nyttig og nødvendig innen psykisk helsevern og flere andre steder. For en som har jobbet lenge med spesialistordningen, må jeg tillegge: På bekostning av hva?

Med de nye helselovene mente mange at NPF måtte styrke innrettingen mot psykisk helsevern i sin spesialistordning. Det var kanskje riktig, men likevel uheldig og kanskje arrogant, at denne fordypningen fortsatt heter «klinisk voksenpsykologi», mener Tom Barth. – Navnet gir inntrykk av at psykisk helsevern er arenaen der helhetsoppfatning av psykologien til voksne mennesker har sin base, i motsetning til for eksempel familiefeltet, mens andre fordypninger får navn fra sine spesialområder som misbruk og avhengighet, gerontopsykologi, osv.

Barth kjenner igjen Kunøe et al.s argumentasjon fra tidlig på 80-tallet, da arbeidet med å få godkjent eget fordypningsområde for avhengighet og misbruk startet. – Psykologene i rusfeltet hevdet at vårt perspektiv inn mot klinisk psykologi ble for perifert i spesialistordningen. Siden har det hele tiden vært en debatt rundt valget. Har det ført til styrking av kompetanse på avhengighet og misbruk i norsk psykologi, eller til en marginalisering av kompetansen?

– Jeg er ikke umiddelbart faglig enig med Kunøe et al. når de noe ensidig hevder at «russymptomer» er dysfunksjonelle løsnings- eller lindringsforsøk på andre og mer grunnleggende problemer. Man kan argumentere for at avhengighet har en egen dynamikk hvor spesifikke sosiale og samfunnsmessige, psykologiske og nevrobiologiske mekanismer er involvert. Vi ser også at avhengighetsbegrepet og forskningen rundt dette benyttes i forståelse og behandling av stadig flere typer problematferd. Dette gjelder selvfølgelig spilleavhengighet, røyking og Internett-avhengighet, men også spiseforstyrrelser, seksualisert vold og selvskading.

Barth stiller dessuten spørsmål ved om «ensidig vektlegging av rusproblemet» alltid er en dårlig løsning. Det finnes mye forskning på at spesifikke, avgrenset intervensjon mot misbruk kan ha effekt på misbruksatferden hos mennesker som også har andre problemer. Et eksempel er å tilby røykesluttprogrammer til personer med en

schizofrenidiagnose. Man påstår selvsagt ikke at det kurerer schizofreni, men det bedrer helse og livskvalitet for en gruppe kronisk syke mennesker.

- Noen av disse faglige argumentene kan tas til inntekt for en videreutvikling av fordypningsområdet misbruk og avhengighet i den kliniske spesialiteten, mener Barth.
- Så må vi akseptere at de praktiske kravene til spesialistutdanningen innen dette området skiller seg fra kravene til andre fordypninger.

Behov for ruskompetanse

Til diskusjonen om en egen spesialisering innenfor rus og avhengighet, legger Kunøe et al. vekt på at en stor andel av pasientene i tradisjonelt psykisk helsevern har behov for behandlere med ruskompetanse. Andelen av klienter innenfor psykisk helsevern som også har rusproblemer er på 20–50 prosent, avhengig av utvalg og undersøkelse. Samtidig er det dokumentert at alvorlige psykiske lidelser er utbredt i tradisjonell rusomsorg. Ensidig vektlegging av rusproblemet i behandling er bare en god løsning når behandlere har kompetanse til å avgjøre om russymptomet er det eneste klienten trenger behandling for. Kunøe, Greaker og Sjøly er redde for at mange behandlere i tradisjonell rusomsorg ikke har denne kompetansen, og at tiden kan ha løpt fra et enten-eller-syn på både spesialisering og behandling av pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse. Slik spesialistordningen er organisert i dag, er de bekymret for at NPF ser på gårsdagens realiteter som et grunnlag for å utdanne fremtidens spesialister.

IMPULSER



Tidsskriftets aktualitetsforum skal avspeile pågående diskusjoner innen fagfeltet vårt. Vi tar gjerne imot for-slag til bidragsyttere. Hanne Weie Oddli og Peder Kjøs E-post pedkj@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 7, 2004, side 568-569

TEKST

Hanne Weie Oddli

Peder Kjøs, psykolog