

Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres?

Klinisk kompetanse er et vanlig honnørord i psykisk helsevern. Det gjenspeiler også krav om kvalitetet og effektivitetet i våre helsetjenester. Men hva betyr egentlig klinisk kompetanse, kan det læres og i så fall hvordan?

TEKST

Jan H. Rosenvinge

Erik Larsen

Finn Skårderud

Kari-Brith Thune- Larsen

PUBLISERT 1. september 2004

ABSTRACT:

The perception and development of clinical competence

Knowledge, clinical skills, and professional attitudes are three central aspects related to clinical competence. Knowledge and skills are formed by critically evaluating the quality of empirical data and assessment tools, and by understanding the historical, cultural, political and economical background in which data is collected. Theory production, clinical instruments, and an ability to reflect upon whether knowledge or therapeutic methods do in fact benefit the patient are also important prerequisites related to clinical competence. Developing professional attitudes seems dependent on a positive approach towards people in general, and to patients in particular. It is enhanced by an inquisitive position towards new knowledge. An integrative, non-dogmatic attitude seems vital in order to appreciate the relationship between evidence-based knowledge and practice-based evidence. Educational programmes attempting to improve clinical competence should integrate these three central aspects, using problem-based learning, modelling, identification, and situated learning.

Innledning

Begrepet *klinisk kompetanse* kan fremstå som klart og tydelig fordi vi kan ha en umiddelbar, intuitiv opplevelse av enkelte fagfolk eller fagmiljøer som nettopp mer kompetente. Kompetanseopplevelsen kan utløses av at behandleren oppfattes å beherske et håndverk eller en prosedyre, tilhører en profesjon, eller viser trygghet i en krevende situasjon. *Klinisk kompetanse* er et utbredt faglig honnørord i helsevesenet som både kan brukes og misbrukes. Grunn- og etterutdanning skal bidra til

kompetanseheving. Begrepet dukker opp i sammensetninger som *kompetansesenter*, *kompetansemiljøer* og *spisskompetanse*. Det er implisitt i slike ordkonstruksjoner at her finnes fagfolk som er dyktigere enn vanlig. De kan mer og vet bedre. Utdannelse innen psykologi og andre helsefag gir en formell kompetanse, men hva er veien til god klinisk kompetanse?

Hvordan man kan lære og lære bort kompetanse er interessant i lys av beslutningsteoretisk og kognitiv grunnforskning. Her pekes det på at såkalte ekspertvurderinger ikke nødvendigvis er forbundet med større grad av treffsikkerhet eller presisjon. Vurderingene kan være like mye styrt av allmenne stereotypier og heuristikker. Det er ikke nødvendigvis systematiske forskjeller mellom erfarne og uerfarne fagfolks vurderinger. Samtidig kan man slå fast at kompetente eksperter vet mer enn nybegynnere (for en oversikt, se Kirkebøen, 1999; Magnussen & Overskeid, 2003). Dette maner både til faglig ydmykhet og til nysgjerrighet på hva som kjennetegner klinisk kompetanse og hvordan man oppnår den.

Også når man går nærmere inn i de ofte usagte, implisitte og intuitive forståelsene av hva kompetanse er, vil vi hevde at begrepet *klinisk kompetanse* er uklart og trenger en nærmere granskning. Eksempelvis kan kompetanse oppfattes som en personegenskap. Er noen behandlere i kraft av sin personlighet bedre egnet til å møte den utagerende pasienten, mens andre kommer lengre med hypokonderer? Konsekvensen av en slik forståelse er at terapeutisk kompetanse er vanskelig å lære bort eller å tilegne seg for andre enn mennesker som i utgangspunktet er spesielt egnede. En annen, intuitiv forståelse legger vekt på tidsaspektet, der kompetanse tilsvarende klinisk erfaring oppnådd over tid. Satt på spissen betyr det at selv ved det minst gunstige personlige eller kunnskapsmessige utgangspunktet, vil god klinisk kompetanse oppnås bare det går lang nok tid og man ser mange nok pasienter. Da tar man for gitt at en eldre terapeut er blitt kompetent bare fordi vedkommende har vært behandler i årevis. Kompetanse kan også forstås som kunnskap, noe som er populært i tider der *kunnskapsbasert* eller *evidensbasert* klinisk praksis løftes frem som et ideal og krav. En konsekvent kunnskapsdefinert kompetanse fjerner i prinsippet både egnethets-elementet, tidsaspektet og klinisk erfaring.

En nærmere granskning av hva klinisk kompetanse kan være er viktig, nettopp i lys av debatten om evidensbasert og forskningsbasert klinisk praksis. En slik debatt er ikke bare en akademisk seminaristisk øvelse, men griper inn i krav og forventninger fra mange hold til hvordan tjenestetilbudet i psykisk helsevern skal utformes. Å belyse kompetansebegrepet kan gi et alternativ til en dikotomiserende debatt der god nok klinisk praksis i ekstremvarianter enten blir det impresjonistiske, kunstneriske skjønne eller begrenset til å ettergjøre kun det som er påvist i randomiserte, kontrollerte studier.

Nok en grunn til å belyse kompetansebegrepet er knyttet til informasjonssamfunnet, der kunnskap er blitt tilgjengelig for alle. Som behandlere får vi i økende grad pasienter med faktakunnskap om sine lidelser. Behandlere som intuitivt ser kompetanse som synonymt med faktakunnskap, kan få problemer i møte med slike pasienter. Tilgjengeligheten på informasjon om sykdom og helse gjennom Internett og andre

medier stiller nye krav til klinisk kompetanse, og utfordrer vår evne til å utforme behandlerrollen på nye måter. Behandleren blir da ikke i samme grad den tradisjonelle autoritetsfiguren, men kanskje mer en veileder i helsespørsmål, der man hjelper pasienter til å sortere og integrere informasjon de har skaffet seg på egen hånd (Hjortdahl, 1997; Hjortdahl, Nylenna & Aasland, 1999). Rolleendringer uttrykkes dessuten gjennom de nye helselovene, som vektlegger krav til innsyn, brukermedvirkning og medbestemmelse.

Begreper som *tverrfaglig samarbeid*, *faglige og tverrfaglige nettverk* og *tverrfaglig kompetanse* er også utbredte faglige honnørord i helsevesenet. Begrepene peker på relasjonelle rammer for kompetent faglig virksomhet, men også på betydningen av individuell kompetanse. Uten et klart forhold til muligheter og begrensninger ved egen kompetanse, blir tverrfaglighet snarere tverr faglighet. Konsekvensen er både faglig utrygghet og skepsis til andre faggrupper, slik at det ikke blir mulig å få til en konsensusbasert identifisering av hva som er den primære faglige oppgaven.

Formålet med artikkelen er å argumentere for kunnskaper, kliniske ferdigheter og faglige holdninger som sentrale aspekter ved kompetansebegrepet, og at disse tre aspektene må være integrert i hverandre. En slik integrering fremmes gjennom refleksjon over metodologiske og kontekstuelle rammer for kunnskap samt over kunnskapens nytteverdi. Det andre formålet er å diskutere pedagogiske strategier for å fremme en slik integrering og hvordan strategiene kan evalueres. Kompetanse er i artikkelen avgrenset til klinisk eller terapeutisk kompetanse i psykisk helsevern.

Kunnskaper

Grunnlaget for profesjonell kompetanse er faktakunnskap. Det kan være kunnskap om symptomer ved ulike psykiske lidelser, årsaksteorier, kliniske vurderingsinstrumenter eller kunnskap om resultater fra psykoterapiforskning. Faktakunnskap er viktig for å vite hva man skal se etter og spørre om i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling av pasienter.

I informasjonssamfunnet presenteres stadig ny kunnskap. Strømmen av fagartikler er så stor at det knapt er mulig for den enkelte behandler å følge med på annet enn noen få områder. Bevisstheten om denne overfloden kan paradoksalt nok føre til at klinikere leser mindre fagstoff. Det er i så tilfelle en bekymringsfull utvikling. En annen konsekvens kan være en ureflektert holdning om at bare ny kunnskap er holdbar og nyttig. Men heller ikke det motsatte er nødvendigvis tilfelle. Eksempelvis er det forbausende at mye av dagens schizofrenibehandling i Norge er basert på kunnskap og årsaksmodeller fra 1960- og 70-årene, som har vist seg å ha svak empirisk støtte. Derimot er nyere kunnskap om effekt av psykoedukasjon i liten grad implementert i klinisk praksis (Bøckman, 1998).

Faktakunnskap er dermed ikke synonymt med kompetanse, bare et grunnlag for kompetanse. Vi vil fremholde tre måter som gjør at kunnskap kan omdannes til kompetanse:

Metodeforståelse

Metodeforståelse handler om å kunne vurdere kritisk hvor pålitelig faktakunnskap er, enten det gjelder årsaksforhold, utbredelse eller effekt av behandling. Halpern (1996) utvider dette til også å gjelde kompetanse i å avdekke propaganda, bevisst manipulering og skjev fremstilling av saksforhold, eksempelvis styrt av økonomiske motiver. Dette er relevant i lys av at mye forskning og forskningsformidling, eksempelvis på behandlingseffekt, er drevet frem av legemiddelindustrien.

Kunnskapens kontekster

Eksempelet ovenfor fører oss over til kunnskapens kontekster, som det andre redskapet for å gjøre kunnskap til kompetanse. Dette handler om refleksjon omkring de kulturelle, politiske og sosiale rammene for kunnskapsproduksjon, og et kritisk forhold til hvem og hva som bestemmer hva som til enhver tid regnes som gyldig kunnskap. Kompetanse forutsetter innsikt i at kunnskap er ideologi, noe som fremmer forståelse av kunnskapens begrensninger. Den representerer verdier og vektlegger forskjellige aspekter av et fenomen. At kunnskap presenterer seg som ikke-ideologisk gjør den ikke mindre ideologisk. Den er uansett et uttrykk for verdier og interesser. En kompetent måte å behandle kunnskap på vil derfor være å kunne gjenkjenne og tydeliggjøre kunnskapens verdi- og teorigrunnlag. I møtet med den enkelte pasient og dennes problem blir kompetent behandling ikke bare å forordne en behandling ut fra hva Cochranes database sier om evidensbasert behandling for dette problemet, eventuelt å kunne vurdere den vitenskapelige holdbarheten av empiriske funn om behandling av problemet. Kompetent behandling handler også om å kunne reflektere over evidensbegrepet og de faglig-ideologiske og økonomiske interesser som kan ligge i ulike måter å forstå begrepet på. Kompetanse er her å forstå som ens egen overskridelse. Det er altfor ofte slik at man relativiserer og problematiserer andres faglige syn, mens ens eget perspektiv fremstilles som det eneste sanne og fornuftige.

Kunnskapens nytteverdi

Kunnskapens nytteverdi handler om å klargjøre hva kunnskapen kan eller skal brukes til. Spørsmålet er ikke bare om kunnskapen er sann, men om den er nyttig og anvendbar. Kan den komme pasientene til gode i form av bedre kliniske ferdigheter? Et eksempel er navngiving av nye syndromer eller diagnoser. Dette kan være uttrykk for ny kunnskap, men det kan også tenkes at man etablerer et nytt språk for lidelser, som ikke nødvendigvis er nyttig for andre enn fagfolks karrierer. Noe av drivkraften kan være at profesjonelle definerer en nisje hvor de selv håper på få etablert et faglig hegemoni. Den kanadiske filosofen Ian Hacking har skrevet en tankevekkende tekst om «den sosiale konstruksjonen» av fenomenet multippel personlighetsforstyrrelse (Hacking, 1995). Her ser man et eksempel på hvordan en påstått utbredelse i befolkningen kan være drevet frem av fagfolk som ut fra ulike motiver er særlig opptatt av denne lidelsen. Det kan også tenkes at ny kunnskap virker undertrykkende, medikaliserende – eller av og til høyst merkelig. Eksempler på mulig sykelliggjørende fagspråk er begrepet «vinterdepresjon» som en behandlingstrengende lidelse, og det

såkalte «Kitchen Performance Anxiety Syndrome», sistnevnte lansert av britiske forskere.

All kunnskap om atferd er i utgangspunktet lokal og kontekstavhengig. For å bli nyttig ut over denne lokale bruk, må den kunne brukes i andre sammenhenger. Nytteverdi kan dermed knyttes til generaliserbarhet. En kompetent måte å behandle faktakunnskap på er å reflektere over kunnskapens overførbarhet ut over den opprinnelige, lokale konteksten. En slik evne gir i seg selv nye muligheter for kompetanseutvikling. Det er påpekt at dette er mer en faglig livsstil enn bare en akademisk reflekterende prosess (Brookfield, 1987). Imidlertid griper det også over i metodeforståelse og kunnskaper knyttet til å vurdere empiriske datas påståtte generaliseringsverdi.

Kliniske ferdigheter

Klinisk kompetanse omfatter også praktiske ferdigheter i konkrete behandlingssituasjoner. Kliniske ferdigheter er i første rekke relasjonelle, men dreier seg også om å beherske spørreskjemaer, intervjumanualer eller andre hjelpemidler i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling på en slik måte at det fremmer en god terapeutisk relasjon. I motsatt fall fremstår bruk av kliniske hjelpemidler som instrumentelle, regelstyrte og rigide handlinger som er dårlig integrert i ens profesjonelle væremåte.

Som før, kan forståelse av metode, kontekst og nytte bidra til en kompetent utøvelse av kliniske ferdigheter.

Metodeforståelse

Tester og vurderingsinstrumenter kan være gode hjelpemidler i klinisk arbeid. Mange av dem er slett ikke vanskelige å anvende. Men ferdigheten er ikke kompetent uten forståelse av det psykometriske grunnlaget, bruksområder og begrensninger. Man må kunne tilpasse bruken til problemstillingen for å fortolke resultatene korrekt.

Ferdighetenes kontekster

Det er også viktig med et idéhistorisk perspektiv på kliniske metoder, diagnostiske instrumenter og terapeutiske tradisjoner. Et eksempel er å reflektere over det etnosentrisk begrensende i våre diagnostiske systemer. Et annet eksempel er den tradisjonelle individorientering som en selvfølgelig tilnærming i klinisk arbeid. Hva med forståelsen for samhandlinger i små og store systemer rundt pasienten? Jo lenger tilbake i tid vi studerer kunnskapsproduksjon og usagte regler for sann kunnskap og «god klinisk praksis», desto lettere er det å se de styrende idehistoriske og økonomiske premissene. utfordringen er å se hvordan slike premisser styrer vår egen tid og tenkning. Kompetanse blir dermed å være bevisst slike premisser for å kunne overskride dem.

Ferdighetenes nytteverdi

Nytteverdi innenfor kompetanseaspektet *kliniske ferdigheter* handler om å vurdere i hvilken grad bruken av bestemte kliniske redskaper gagnar pasientene, og om redskapene er relevante for den faglige oppgaven man skal løse. Sentralt for utviklingen av klinisk ferdighetskompetanse er forståelse av den terapeutiske relasjonen. Det er særlig psykodynamiske og systemiske terapimodeller som har et velutviklet språk om relasjoner, eksemplifisert ved begreper som overføring, motoverføring og metakommunikasjon. «Det relasjonelle» forstås som ferdigheter i å bygge opp og vedlikeholde allianser med pasienter. I bunnen av slike ferdigheter ligger en grunnleggende sosial kompetanse og en væremåte som inkluderer en annens perspektiv i sensitivitet for hva den andre kommuniserer. Sosial kompetanse er grunnlaget for ikke-profesjonelle relasjoner som kan ha terapeutisk eller omsorgsgivende effekt. Behandling skiller seg fra slike relasjoner ved at den er profesjonelt regissert, teoribasert og målrettet. Den terapeutiske alliansen omfatter ikke bare et emosjonelt bånd mellom pasient og terapeut, men også en klar definisjon av oppgave og mål (Bordin, 1979, 1994).

Faglige holdninger

Faglige holdninger er det tredje aspektet ved kompetansebegrepet og omfatter holdninger til mennesker/pasienter og holdninger til kunnskap. Grunnleggende positive oppfatninger av andre mennesker er en forutsetning for fagetisk forsvarlighet. En terapeut kan neppe kalles kompetent som mangler evne til å sette seg inn i pasienters situasjon, eller som oppfatter dem som brysomme, manipulerende eller vanskelige. Det hjelper også lite med faktakunnskap og tekniske ferdigheter hvis man ikke makter å skille mellom egne behov, og pasientens behov og sørger for en kompetent regulering av nærhet og avstand.

Et grunntrekk i kompetanseutvikling er gjensidigheten mellom faglige holdninger og klinisk erfaring. Ens grunnleggende menneskesyn former de kliniske erfaringene man gjør, samtidig som ens kliniske erfaringer påvirker ens menneskesyn. Å arbeide i psykisk helsevern er ikke bare å lære mer fag, men vel så mye å lære av pasientene og å få innsikt i hva det vil si å være menneske (Casement, 1990, 2002; Yalom, 2002). Et personlighetstrekk som «åpenhet for nye erfaringer» (McCrae & Costa, 1987) er trolig en forutsetning for at et gjensidighetsforhold mellom holdning og erfaring skal oppstå. Dette gjensidighetsforholdet bør være tema i klinisk utdanning og andre kompetansefremmende tiltak.

«Mye av diskusjonen om evidensbasert praksis er etter vår mening overrideologisert, skyttergravpreget, unyansert og lite kompetansefremmende»

Faglige holdninger handler også om holdninger til kunnskap, ens *personlige epistemologi*. Dette berører forholdet mellom evidensbasert kunnskap og såkalt *taus kunnskap* (Polanyi, 1959) i betydningen akkumulert klinisk erfaring hos den enkelte behandler og innen et fag.

Debatten omkring evidensbasert behandling dreier seg om gyldigheten av klinisk erfaring i møte med en formalisert kunnskapsproduksjon. Mye av diskusjonen om evidensbasert praksis er etter vår mening overideologisert, skyttergravpreget, unyansert og lite kompetansefremmende. På den ene siden vektlegges randomiserte kontrollerte behandlingsstudier som gullstandard, der andre tilnærminger avvises som uvitenskapelige og anekdotiske. I en slik tenkemåte synes tall å ha større vitenskapelig legitimitet enn gode kliniske beskrivelser. På den andre siden vektlegges taus kunnskap eller erfaringsbasert kunnskap. Imidlertid kan dette lett henfalle til usagte stereotypier og heuristikker, og bli et begrep å gjemme seg bak for å legitimere terapeutisk konservatisme og uvilje mot å implementere ny kunnskap eller dokumentere effekt av sin praksis. I begge tilfeller kan det være snakk om en inkompetent forståelse av forskningsmetoder, mangelfull metodekunnskap samt en faglig holdning preget av liten åpenhet mot kunnskap og erfaringer som bryter med hva man selv holder for sant og riktig. Teoriløs taus kunnskap eller ensidig implementering av resultater fra randomiserte kliniske studier er verken kompetent atferd eller særlig kompetanseutviklende (Williams & Garner, 2002).

En kompetent holdning til kunnskap for å utvikle en personlig epistemologi er derimot å reflektere over forholdet mellom *evidensbasert praksis* og *praksisbasert evidens*. Halligan og Donaldson (2001) hevder at praksisbasert evidens handler om å beskrive sin nåværende praksis, for så å gjøre den bedre gjennom dialog og refleksjon. Klinisk veiledning er en viktig arena her. Når det gjelder evidensbasert praksis, kan naturalistiske behandlingsstudier ofte være vel så nyttige som de randomiserte kontrollerte studiene i å produsere klinisk valid kunnskap (Margison, 2001; Margison et al., 2000; Treasure & Kordy, 1998). Å utvikle en kompetent faglig holdning til kunnskap innebærer et bevisst forhold til hvordan praksisbasert evidens og evidensbasert praksis henger sammen, og kan gjøres nyttig i konkrete kliniske situasjoner. Anvendelse av basal kunnskap om kognitive prosesser ved beslutninger i en konkret klinisk kontekst kan dessuten fungere som en viktig selvkorrigerende prosess. Hvor stereotype er vi egentlig?

Strategier for å fremme klinisk kompetanse

Spørsmålet er så hvordan man finner nyttige pedagogiske strategier for å fremme klinisk kompetanse. I dette legger vi strategier som fremmer faglig refleksjon og et metaperspektiv på faktakunnskaper, faglige holdninger og praktiske ferdigheter i lys av den enkeltes verdisystem og personlige forutsetninger. Etter vår mening er veien å gå at man både i grunnutdanning og på videregående nivå legger større vekt på selve integrasjonen av de beskrevne områdene fremfor å dosere faktakunnskap. Produksjon og reproduksjon av faktakunnskap er nødvendig, men kan aldri bli synonymt med

kompetanse. I vårt informasjonssamfunn er det mye faktaproduksjon, men ofte for lite av overordnet refleksjon. I de senere årene har det imidlertid i klinisk utdanning vært økt vektlegging av integrering. Man skal både lære faktiske kunnskaper ut fra offentlige standarder, og stimulere til refleksjon, metakunnskap og kritisk tenkning (se Maudsley & Strivens, 2000a, 2000b).

Kompetanse i vår forstand handler om å skulle romme mange perspektiver samtidig. Det krever vilje til åpenhet og til å endre våre kognitive skjemaer. En slik åpenhet eller raushet kan være uttrykk for et personlighetstrekk (McCrae & Costa, 1987), og det er antageligvis begrenset hvor mye det kan læres. Det må likevel ikke føre til handlingslammelse. Tvert om må man styrke den kliniske pedagogikken for å stimulere til en åpenhet som fremmer integrasjon. Hva slags pedagogiske virkemidler er aktuelle?

Problembasert læring

Problembasert læring er en pedagogikk som kan være nyttig i klinisk grunnutdanning. Begrepet har flere betydninger (Maudsley, 1999), men er særlig knyttet til at studenten selv finner løsninger på definerte problemstillinger. Dette fremmer faglig selvstendighet og ansvar for egen læring. Det å legge vekt på problemstillinger fremmer refleksjon og forståelse av at det finnes mange, ikke bare én løsning. Slik kan man motvirke heuristikker og regelstyrt klinisk praksis. Begrensninger i en slik pedagogisk strategi ligger i at mange praktiske ferdigheter kun kan læres ved å observere og kopiere, i det minste i en begynnerfase.

Observasjons- og modell-læring

Observasjonslæring og *modell-læring* er begreper knyttet til en atferdsterapeutisk tradisjon. Tilgrensende begreper som *identifikasjonslæring* er hentet fra en psykodynamisk tenkemåte. Det pedagogiske begrepet *mesterlære* er også relevant i denne sammenheng (Nielsen & Kvale, 1999). Blant annet i psykodynamisk terapi og familierapi finnes tallrike eksempler på at terapigrunnleggere har blitt konkrete forbilder. I en slik læreprosess er det en risiko at man i for stor grad kopierer og i for liten grad bruker seg selv som terapeutisk instrument, eller makter å integrere terapeutiske teknikker til egen personlig stil. En ferdighetstrening som ikke understøttes av læring av faglige holdninger kan bli uhensiktsmessige, fordi ferdighetene blir «tekniske».

«Målet for tverrfaglighet er ikke det samme som å arbeide sammen, men snarere å utvikle en ny viten»

Et eksempel på integrering kan være at man arbeider sammen med en erfaren kollega og i dialog reflekterer omkring seniorenens rolleutførelse, verdigrunnlag og faglige

holdninger. Dette fremmer kompetanseutvikling i form av overskridelse, i den forstand at den yngre og uerfarne gis muligheter til å gjøre kunnskapene, holdningene og ferdighetene til sine egne.

Lave og Wenger (1991) omtaler dette på lignende måte i begrepet *situert læring* («situated learning»), også kalt praksisbasert læring. Kompetanseutvikling vil her si å delta i et arbeidsfelleskap med antatt mer erfarne og kompetente medarbeidere. Den historiske bakgrunnen for Lave og Wengers begrep er observasjoner av hvordan håndverkere i Libya og Vest-Afrika overførte sine ferdigheter til neste generasjon. Margison et al. (2000) trekker begrepet situert læring inn i en tverrfaglig sammenheng, i det de kaller *kliniske nettverk*. Slike nettverk er gjerne mindre hierarkisk utformet. Dette er vesentlig for om situert læring skal bli kompetansefremmende og ikke bare en sosialisering inn i seniorers heuristikker eller fagtradisjoners profesjonelle folklorer. I kompetansefremmende kliniske nettverk må også senioren praksis tåle mulighetene for læring og endring som ligger i refleksjon.

Kompetanseutvikling utøves i en relasjon, og det må tas hensyn til nivået hos den som skal lære. Kompetanseutvikling kan i så måte beskrives som en læringshistorie fra novisens ferdigheter, basert på regellæring og kliniske bedømmelser i konkrete situasjoner, til mentorens helhetstenkning, kreativitet og fleksibilitet. Flere har definert stadiene i en slik kompetanseutvikling som en utvikling fra «novise», «viderekommen begynner» «kompetent utøver», «dyktig utøver» til «ekspert» (Brennner, 1982; Dreyfus & Dreyfus, 1984). I følge Margison et al. (2000) er det karakteristiske ved ekspertkompetanse evnen til å holde seg innenfor et terapeutisk paradigme selv under ugunstige betingelser. Et eksempel kan være novisen, som må holde seg strengt til reglene i en terapimanual, og gjerne også til manualens formulering av konkrete spørsmål. Til forskjell vil eksperten, som har lang klinisk erfaring med denne og lignende manualer og en dypere forståelse av teorigrunnlaget, kunne vise større grad av fleksibilitet og trygghet. En slik «gestalttenkning» med hensyn til ekspertvurderinger er imidlertid med rette kritisert både for overgeneralisering til ervervelse av kognitive ferdigheter i sin alminnelighet (Kirkebøen, 1999) og for at den lett kan legge et mystikkens slør over hva det vil si å være kompetent. Dreyfus og Dreyfus' (1984) ekspertsyn er utbredt, men kan lett henfalle til romantiserende myter om «det gode skjønn». På den annen side er det nyttige beskrivelser av ekspertvurderinger når det knyttes opp mot kritisk tenkning både med hensyn til kunnskapen man besitter og begrensninger ved egne vurderinger. Uten slik kritisk tenkning kan ekspertens helhetstenkning henfalle til langt enklere konfigurale regler og heuristikker enn mange eksperter (og andre) er villige til å tro på. Som hos mennesker flest vil slike regler i mange tilfeller kunne føre til «orden», men dette er ikke dermed kompetent atferd. Dette kan motvirkes ved en presis, kritisk og reflektert kunnskap om fenomenologi og epidemiologi ved de kliniske tilstander man skal vurdere. Man må også ta hensyn til individuelle variasjoner i pasienters symptomutforming for å motvirke tendensen til å overse informasjon som går mot våre initiale (ekspert)antagelser

Tverrfaglighet

Evnen til integrering kan være del av en individuell kompetanse. Det kan også være en kollektiv kompetanse blant mennesker med ulik profesjonell bakgrunn, knyttet sammen i kliniske miljøer.

Tverrfaglighet handler både om fagspesifikk kompetanse og erkjennelsen av at den enkelte fagkompetanse individuelt og som fagområde er begrenset i forhold til de komplekse kliniske oppgavene. Fagspesifikk kompetanse er en forutsetning for å kunne arbeide tverrfaglig, men kompetansebegrepet i en tverrfaglig sammenheng innebærer en utvidelse i forhold til individuell kompetanse. Målet for tverrfaglighet er ikke det samme som å arbeide sammen, men snarere å utvikle en ny viten, en *merviten* som den enkelte fagperson ikke kan utvikle alene. Det er kun i en faglig relasjon til andre fagpersoner at merviten kan utvikles. Merviten blir da ikke det samme som mer (fakta)kunnskap, men ideelt sett at faglige holdninger, faktakunnskap og ferdigheter er innbakt i en kritisk refleksjon der to eller flere fag integreres for å løse en faglig oppgave.

Som i all annen læring, er utvikling av tverrfaglig merviten ofte en krevende og av og til også en smertefull prosess. Man må være trygg nok til å oppgi noe kjent for å kunne utforske og skape noe nytt. Keatinge (1995) beskriver hvordan sterk sosialisering til de ulike helseprofesjonene kan motvirke utvikling av tverrfaglig merviten, og argumenterer for nødvendigheten av holdningsendring som en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. For å løse nye oppgaver argumenterer Grossman og Scala (1993) for nye rolleutforminger og ny ansvarsfordeling. En redefinering av eksisterende roller og ansvar kan være en forutsetning for merviten, og for at ny kunnskap, nye faglige forutsetninger og nye ferdigheter utvikles. På den annen side er det et spørsmål om forutsetninger. Hvor langt kommer man med organisatoriske grep og holdningsskapende arbeid dersom aktører i tverrfaglig samarbeid er faglig utrygge med en personlig stil preget av lite åpenhet overfor nye erfaringer?

Læringsmiljøer

Kompetanse utvikles ikke i et vakuum, men i en kontekst. I den forstand blir begrepene «personlig egnethet» eller «kompetent» ensidig. Selv den mest kompetente kan gjøres inkompetent når fagmiljøet er rigid og selvbevarende. Og den som er lite kompetent kan utvikle seg raskt innenfor et støttende, inkluderende og intellektuelt nysgjerrig fagmiljø.

Miljøer med fagfolk fra ulike profesjoner kan på sitt beste utgjøre et særlig gunstig læringsmiljø. Innenfor helsevesenet har det imidlertid historisk sett vært slik at en faggruppe har hatt hegemoni, og at andre faggrupper har måttet kjempe seg til en ledende plass i organisasjonen. Langt på vei har dette blitt en profesjonskamp om plass i et hierarki, om legitimitet og definering av mer eller mindre velbegrunnede profesjonsspesifikke oppgaver. Historisk sett har derfor betingelsene for et gunstig læringsmiljø vært relativt dårlige. Ikke minst gjelder dette fordi en profesjonsbetinget fragmentering av oppgaver lett fører til at den primære, faglige oppgaven ikke blir et fellesprosjekt, eller at den primære faglig oppgaven defineres forskjellig avhengig av profesjon.

Strategievalueringer

Kompetanseutvikling er en dynamisk prosess over tid. Som i psykoterapi kan umiddelbare og kortsiktige effekter være annerledes enn de langsiktige. Selv små tiltak kan sette i gang prosesser som senere fører til betydelige endringer. Å evaluere effekt av pedagogiske tiltak for å fremme kompetanse byr derfor på store teoretiske og metodologiske utfordringer. En utfordring ligger i å definere læringsmål og nytteverdi i de pedagogiske tiltakene (Wass, van der Cees, & Jones, 2001). Eksempelvis kan det være stor forskjell på å evaluere klinisk studentundervisning og effekten av utdanning til en klinisk spesialitet. Patton (1986) er opptatt av at evalueringresultatene skal være nyttige for konkrete mennesker i definerte situasjoner. Dette betyr at de som deltar i pedagogiske kompetansetiltak må trekkes aktivt inn i definering av læringsmål og i utforming av evalueringsmetoder. Da oppnår man at deltagerne lærer noe om det å lære, og å evaluere læringseffekten. En annen gevinst ligger i at taus kunnskap kan bli verbalisert, enten det gjelder bestemte kliniske ferdigheter, uskrevne regler eller kognitive skjemaer av faglig og personlig karakter. Dermed kan slik kunnskap i større grad problematiseres og bevisstgjøres for den enkelte, slik at den senere også kan formidles til andre.

Å utvide en slik tankerekke kan bety å trekke inn flere aktører, eksempelvis nye faggrupper, pasienter eller deres pårørende, for å definere læringsmål, effekter og nytteverdi.

En mulig vei å gå er å legge til rette for en *treparts-evaluering*. Her går studenten (eller kandidaten), læreren (eller veilederen) og en mentor (eller en representant for organisasjonen) sammen om å definere læringsmål – god nok praksis – og kriterier for bedre enn forventet praksis og kriterier for dårligere enn forventet praksis. Ved å gjøre evalueringer ved definerte punkter underveis kan det skapes muligheter for refleksjon, dialog og justeringer.

Ved avslutningen av et kompetanseprogram kan det foretas en oppsummerende evaluering av programmet og læringen som helhet, der evalueringene underveis utgjør en del av vurderingsgrunnlaget. Evalueringen vil omfatte kunnskaper, faglige holdninger og ferdigheter. Dette gjelder både i forhold til hvordan klinisk kompetanse kan læres, og hvordan den kan evalueres. En treparts-evaluering kan forstås som praksisbasert evidens. Den kan gi en kompetansegevinst for den enkelte student eller kollega, men også for læringsmiljøet og kompetanseorganisasjonen. Sist, men ikke minst, vil det forhåpentligvis komme pasientene til gode.

Avslutning

Uttrykket «klinisk kompetanse» og det «gode kliniske skjønn» kan lett bli noe ullent å gjemme seg bak for å beskytte egen profesjonell legitimitet og profesjonalitet når man møter helsemyndigheter og andres krav om evidensbasert praksis, eller velinformerte pasienter som er bevisste sin rett til dokumentert effektiv behandling. Det kan ende i en defensiv profesjonell posisjon for den enkelte og i en repeterende, ideologibasert faglig debatt der profesjonalitet erstattes av maktkamp. Vi har her løftet frem det vi mener er

profesjonalitetens grunn. Det er ikke omfattende faktakunnskap, å beherske kliniske ferdigheter eller et positivt menneskesyn. Det er kombinasjonen av alt dette. Limet i denne kombinasjonen er den kritiske refleksjonen, som både kan læres og læres bort.

Jan H. Rosenvinge

Institutt for psykologi

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

Tlf 77 64 56 87

E-post janr@psyk.uit.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 9, 2004, side 706-712

TEKST

Jan H. Rosenvinge, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

Erik Larsen, Privat praksis, Oslo

Finn Skårderud, Regionsenter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Helseregion Øst og Sør

KONTAKT: finn@skarderud.no

Kari-Brith Thune-Larsen, Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri, Oslo

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, Research and Practice*, 16, 252-260.

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (ss. 13-17). New York: Wiley.

Brenner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82, 402-407.

Brookfield, S. D. (1987). *Developing critical thinkers: Challenging adults to explore alternative ways of thinking and acting*. Milton Keynes: Open University Press.

Bøckman, K. (1998). *Attitudes of ward staff toward families of patients suffering from schizophrenia*. Thesis, University of Tromsø.

Casement, P. (2002). *Learning from our mistakes. Beyond dogma in psychoanalysis and psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.

Casement, P. (1990). *Further learning from the patient. The analytic space and process*. London: Routledge.

Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1984). Putting computers in their proper place: Analysis versus intuition on the classroom. I D. Sloan (Ed.), *The computer in education: A critical perspective* (ss. 40-63). Columbia, New York: Teachers, College Press.

Grossmann, P., & Scala, K. (1993). *Health promotion and organizational development. Developmental settings for health*. European Health Promotion Series No. 2. WHO/Europe, Vienna.

- Hacking, I. (1995). *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton: Princeton University Press.
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance: Turning vision into reality. *British Medical Journal*, 322, 1413-1417.
- Halpern, D. F. (1996). *Thoughts and knowledge: An introduction to critical thinking* (3rd ed.). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hjortdahl, P. (1997). Informerte pasienter - til glede eller besvær? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117, 2604-2605.
- Hjortdahl, P., Nylenna, M., & Aasland, O. G. (1999). Internett og lege-pasientforholdet: fra «tak» til «hvorfors»? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119, 4339-4341.
- Keatinge, D. C. (1995). Collegiality and collaboration. Attitude or structure? I G. Gray, R. Pratt & J. Macklin (Eds.), *Issues in Australian nursing* (ss. 407-421). Melbourne: Churchill Livingstone.
- Kirkebøen, G. (1999). Skjønn, formler og klinisk praksis: Hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 523-534.
- Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Magnussen, S., & Overskeid, G. (2003). Noen sentrale temaer i vitnepsykologisk forskning - anno 2003. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 188-203.
- Margison, F. (2001). Practice-based evidence in psychotherapy. I C. Mace, & S. Moorey (Eds.), *Evidence in the psychological therapies: A critical guide for practitioners* (ss. 174-208). Philadelphia: Brunner & Routledge.
- Margison, F., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Clark, J. M., Audin, K., & Connell, J. (2000). Measurement of psychotherapy: Evidence based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Maudsley, G. (1999). Do we all mean the same thing by 'problem-based learning'? A review of the concepts and a formulation of the ground-rules. *Academic Medicine*, 74, 78-85.
- Maudsley, G., & Strivens, J. (2000). 'Science', 'critical thinking' and 'competence' for tomorrow's doctors. A review of terms and concepts. *Medical Education*, 34, 53-60.
- Maudsley, G., & Strivens, J. (2000). Promoting professional knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. *Medical Education*, 34, 535-544.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of a five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- Nielsen K., & Kvale, S. (1999). *Mesterlære som sosial praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Patton, M. Q. (1986). *Utilization - focused evaluation*. Newbury Park: Sage.
- Polanyi, M. (1959). *Personal knowledge*. London: Routledge & Kegan.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning. Experience as the source of learning and development* (ss. xi-xiii). New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall.
- Treasure, J., & Kordy, H. (1998). Evidence based care of eating disorders: Beware the glitter of the randomized controlled trials. *European Eating Disorders Review*, 6, 85-95.
- Wass, V., Van der Cees, Shatzer, J., & Jones, R. (2001). Assessment of clinical competence. *Lancet*, 357, 945-949.
- Williams, D. D. R., & Garner J. (2002). The case against 'the evidence': A different perspective on evidence-based medicine. *British Journal of Psychiatry*, 180, 8-12.
- Yalom, I. (2002). *The gift of therapy. Reflections on being a therapist*. London: Piatkus.