

# **Tverrfaglig videreutdanning -et effektivt virkemiddel i psykisk helsevern for barn og unge?**

Profesjonsforeningene har forskjellige krav til sine videreutdanninger. Spørsmålet er om tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helsevern for barn og unge først og fremst er tilpasset sosionomer og pedagoger. Dette kan øke problemene med å rekruttere psykologer og leger til fagfeltet.

## **TEKST**

**Anne-Lise Holmesland**

**Tone M. Danielsen**

**Berit Grøholt**

**PUBLISERT 1. november 2004**

## **ABSTRACT:**

Interdisciplinary post-graduate education of employees: An effective method in mental healthcare for children and adolescents?

The study investigates interdisciplinary postgraduate education of persons working in mental healthcare for children and adolescents in Norway. The attitudes of National health authorities towards interdisciplinary postgraduate education was investigated through an analysis of official documents. The study also investigated how health authorities evaluate the recruitment of employees to the mental healthcare for children and adolescents. Results from a survey among former postgraduate students demonstrate how professionals with different educational background value the same post-graduate education. Medical doctors were less satisfied with the psychotherapeutic training program than psychologists. Both groups evaluated the family therapy program more negatively than social workers and specially trained teachers. Using Abbott's theory of jurisdictions, this could be understood in the perspective of different levels of education: academic knowledge vs. practical skills.

---

Artikkelen er utarbeidet med økonomisk støtte fra Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, helseregion øst og sør.

## **Innledning**

Psykisk helsevern for barn og unge er organisert med stor vekt på tverrfaglighet som utvikles gjennom felles tverrfaglig videreutdanning og samarbeid. Tverrfaglighet i utdanning eller arbeid vil påvirke faggruppens opplevelse av sin egen faglige posisjon.

Spørsmålet om påvirkningen kan ha negativ retning har særlig vært fremme når det gjelder leger (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2000). Vektleggingen av tverrfaglighet gjennom videreutdanning kan derfor bidra til å forklare hvorfor det synes å være vanskelig å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall psykolog- og legespesialister til fagfeltet. Undersøkelser viser at det noen år frem i tid vil være mangel på disse profesjonsgruppene (St.meld. 25, 1996–97; St.prp. nr. 63, 1997–98; Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, rapport nr. 2, 2001). Vanskene med å beholde psykolog- og legespesialister viser seg ved at flere spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og klinisk barnepsykologi arbeider innenfor andre felt (Holmesland, 2002; Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2000).

Psykisk helsevern for barn og unge har tradisjonelt vært bygget opp av team, med lege, psykolog, sosionom og klinisk pedagog, samt et stort innslag av miljøterapeuter i dag- og døgninstitusjonene. Nå forsterkes denne tradisjonen ved at overordnede politiske rammedokumenter oppfordrer til økt tverrfaglighet, blant annet gjennom å opprette tverrfaglige videreutdanninger på høgskolenivå (St.meld. nr. 25, 1996–97). I 1999 gjennomførte Statens helsetilsyn ved Tone M. Danielsen en kartleggingsundersøkelse av alle videre- og spesialistutdanninger innen psykisk helsearbeid med henblikk på målgruppe, omfang av videreutdanningen, kompetanse og finansiering (Vedlegg til brev fra Statens helsetilsyn, 2001). Svarprosenten var 93. Undersøkelsen viste at flere av videreutdanningene som gir spesialistkompetanse til arbeid i psykisk helsevern for barn og unge, hadde tverrfaglig sammensatte undervisningsgrupper. Allikevel var tverrfagligheten selektiv. Videreutdanningene henvendte seg stort sett enten til ulike profesjoner på høgskolenivå, eller til leger og psykologer på universitetsnivå. De færreste utdanningsinstitusjonene inviterte til reell tverrfaglighet mellom disse gruppene. Der hvor høgskoleutdanningene inviterte til tverrfaglighet, representerte de universitetsutdannede likevel en minoritetsgruppe (Vedlegg til brev fra Statens helsetilsyn, 2001).

Tilegnelsen av tverrfaglighet som arbeidsform har et dobbelt formål: Det skal sikre at den samlede faglige kompetanse utnyttes maksimalt, og at det utvikles et felles kunnskapsgrunnlag (Lauvås & Lauvås, 1994). Myndighetens mål er at det «er tilstrekkelig felles faglige kunnskaper og holdninger i de ulike utdanningene, slik at kommunikasjon og samarbeid lettes, – at hver utdanning er tilstrekkelig spesialisert til at hver yrkesgruppe kan ivareta spesialiserte arbeidsoppgaver ...» (St.meld. nr. 25, 1996–97, s. 126). Disse to målene kan komme på kollisjonskurs. Derfor er det viktig å rette oppmerksomheten mot den rolle og betydning tverrfaglige vs. profesjonsspesifikke former for videreutdanning har. Dette gjelder i forhold til å rekruttere og beholde ulike typer behandlingspersonell, og å identifisere faktorer som kan svekke eller styrke muligheten for å nå målet om økt tverrfaglighet i undervisningen og i arbeidet.

Målet med artikkelen er å belyse mulighetene for og konsekvensene av tverrfaglighet, først og fremst tverrfaglig videreutdanning. Vi vil nærme oss temaet ved å se på hvorvidt det faktisk er mangel på fagfolk i psykisk helsevern for barn og unge. Deretter vil vi beskrive fagforeningenes posisjon, som kan være motsetningsfylt. Fagforeningene

vil på den ene side være opptatt av sin rolle som medlemmenes talspersoner, samtidig som de forsøker å ivareta myndighetenes helsepolitiske mål. Til slutt vil vi illustrere konsekvenser av tverrfaglig utdanning ved å vise til en undersøkelse gjennomført i 2001, som kan tyde på at det finnes systematiske forskjeller i ulike profesjoners vurdering av samme tverrfaglige undervisning.

## **Metode**

For å belyse forhold ved rekrutteringen har vi gjort systematiske gjennomganger av ulike offentlige dokumenter, blant annet St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet. St.prp. nr. 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse, og Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, Rapport nr. 2 (2001). Hensikten var å undersøke hvordan personellsituasjonen i fagfeltet beskrives i disse dokumentene. Det ble innhentet årsmeldinger fra de fleste institusjoner innen psykisk helsevern for barn og unge fordelt over hele landet. Disse ble gjennomgått for å se hvorvidt også de gjenspeiler manglende rekruttering blant enkelte profesjoner. Det ble innhentet årsmeldinger fra år 2000 og/eller 2001 fra i alt 19 poliklinikker. For å sikre et landsdekkende utvalg ble det i tillegg gjennomført telefonsamtaler med åtte poliklinikkledere.

Vi har videre gjennomgått fagforeningenes retningslinjer (Den norske lægeforening, Norsk Psykologforening, Fellesorganisasjonen for sosionomer, barnevernbarnevernpedagoger og vernepleiere, og Kliniske pedagogers forening), for å se hvordan perspektivet på tverrfaglighet ivaretas i forhold til videreutdanning og krav til spesialitet. Til grunn for analysen ligger fagforeningenes prinsippprogram, lover, reglementer og målbeskrivelser. Til slutt fremhever vi enkelte resultater fra en kvantitativ undersøkelse av spesialist- og videreutdanningene som arrangeres av Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri (R.BUP) øst og sør (Holmesland, 2002). Respondentene var tidligere studenter og kandidater på spesialist- og videreutdanningene i psykisk helsevern for barn og unge. Alle hadde avsluttet sin videreutdanning i perioden 1994–2000.

## **Rekruttering**

I en rekke offentlige dokumenter understrekes det at det i en periode fremover vil være mangel på leger og psykologer. Samtidig hevdes det i St.meld. nr. 25 at det i psykisk helsevern for barn og unge ikke finnes psykologvakanser, mens det er 40 % vakanser blant barnepsykiatere (St.meld. 25, 1996–97). Tallet refererer til psykologer generelt og ikke psykologspesialister, og kan dermed innebære at et reelt problem – mangelen på psykologspesialister – ikke avdekkes. I Opptrappingsplanen for psykisk helse beskrives det derimot at det er en viss mangel på leger og psykologer, og at det i noen år ut over 2006 fortsatt kan være nødvendig å kompensere for denne mangelen med økt bruk av høyskoleutdannet personell (St.prp. nr. 63, 1997–98). Både av stortingsmeldingen og stortingsproposisjonen fremkommer det at tallene er beheftet med unøyaktigheter (St.meld. nr. 25, 1996–97; St.prp. nr. 63, 1997–98).

Mangelen på psykologer bekreftes også i Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, rapport nr 2 (Rett person på rett plass), samtidig som det hevdes at «En bedret tilgang på leger og en økende andel av disse som spesialiserer seg i psykiatri, kan imidlertid delvis komme til å veie opp for mangelen på psykologer « (Handlingsplan for helse- og sosialpersonell, rapport nr 2, 2001 s. 46).

Gjennomgangen av årsrapportene for år 2000 og/eller 2001 viser at mange av disse institusjonene opplever en vanskelig rekrutteringssituasjon. Ni institusjoner oppga data for begge år. Sju institusjoner oppga data kun for 2000, mens tre institusjoner oppga data kun for 2001. Telefonsamtalene ga en mer generell beskrivelse, som ikke kan tilbakeføres til det enkelte år. Undersøkelsens kvalitet er beheftet med store svakheter. Det eksisterer ikke noen felles mal for rapportering av vakanser i årsmeldingene, og rapporteringspraksisen mellom institusjonene er svært varierende.

Halvparten av institusjonene, 52 %, gir eksplisitt uttrykk for vansker med legedekningen enten ett eller begge år, mens det tilsvarende for psykologer er 41 %. Det er 7 % og 4 % av institusjonene som oppgir rekrutteringsproblemer av henholdsvis pedagoger og sosionomer. Problemene med å rekruttere og beholde erfarne leger og psykologer, særlig blant poliklinikker i distriktene, er også avdekket i en undersøkelse innen psykisk helsevern (Statens helsetilsyn, 2000). En forklaring antas å være mobiliteten i feltet, som til en viss grad skyldes spesialistordningenes arbeidskrav. For eksempel må leger ha praksis både fra psykiatri og somatikk. Vi stiller i tillegg spørsmål om rekrutteringsvanskene kan ha sammenheng med organiseringen av fagfeltet. I det følgende bruker vi Abbotts (1988) jurisdiksjonsteori for å vise hvordan profesjonsforeninger og behandleres handlinger og mål kan innvirke på profesjonenes opplevelse av sin videreutdannings- og arbeidssituasjon.

### **Abbotts jurisdiksjonsteori**

Abbotts (1988) jurisdiksjonsteori tar utgangspunkt i forholdet mellom profesjoner i et historisk-sosiologisk perspektiv. Begrepet jurisdiksjon har opprinnelig juridisk betydning, men «Overført på profesjoner betyr det yrkenes myndighet og ansvar innenfor et arbeidsområde» (Erichsen, 1996, s. 46). Abbotts intensjon er å forklare hvordan ulike profesjonsgrupper påvirkes av forhold på mikro- og makronivå. På mikronivå vil relasjonene mellom profesjonene påvirkes gjennom konkurranse, arbeidsdeling og utforming av arbeidet på arbeidsplassen. På makronivå har helsepolitiske mål og fagforeningenes arbeid innflytelse på profesjonenes forhold til hverandre. Det er når grensene mellom profesjonene forandres at det kan komme til uttrykk som jurisdiksjonelle konflikter (Erichsen, 1996).

I forbindelse med revisjonen av profesjonslovene og samlingen av disse til en ny helsepersonellov, var det et sentralt mål «å dempe profesjonskonflikter og fremme samarbeid» (Erichsen, 1996, s. 53). Dette tydeliggjøres gjennom myndighetens utsagn om at «... ansvaret for å finne fram til gode samhandlingsmønstre, der ansvarsforholdene er tilstrekkelig avklarte tillegges av departementet til fagene selv og de ulike fagansvarlige ... Etter departementets mening er det ikke hensiktsmessig å gi

leger instruksjonsmyndighet i spørsmål der andre profesjoner har like høy eller høyere kompetanse.» (Helse- og sosialdepartementet, 1998–99, s. 8). Profesjonene blir dermed oppmuntret til selv å fordele behandlingsansvaret mellom seg, og å organisere sitt arbeid til pasientens beste. En slik situasjon er illustrerende for hvordan jurisdiksjonelle konflikter kan oppstå. Konflikt og konkurranse om jurisdiksjoner innebærer i Abbotts (1988) perspektiv kampen for å definere oppgaver og problemer. Skillet mellom praktiske ferdigheter og teoretisk kunnskap blir dermed sentralt i profesjonaliseringsprosessen, fordi den teoretiske kunnskapen tillegges størst betydning når spørsmålet er hva som skal defineres som profesjonelt arbeid. Den forskningsbaserte kunnskapen er viktig for å utvikle ny kunnskap, som nye behandlingsmåter og nye fortolkninger. Ut fra sin kunnskap og faglige bakgrunn fortolker profesjonene problemene for deretter å finne løsninger og behandlingsstrategier. Derfor blir problemforståelse av betydning for forholdet mellom profesjoner.

I det følgende vil vi beskrive de seks ulike jurisdiksjonsformene som Abbott identifiserer som gjeldende for forholdet mellom profesjoner: Full jurisdiksjon, underordning, intellektuell jurisdiksjon, rådgivende jurisdiksjon, arbeidsdeling/teigdeling og klientdifferensiering (Abbott, 1988).

### **Fagforeningene og jurisdiksjonene**

Legene har tradisjonelt hatt hva Abbott definerer som *full jurisdiksjon*. Dette betyr at det i gitte tilfeller har blitt trukket klare grenser mellom legenes myndighet i forhold til andre profesjoner (Abbott, 1988). Leger har eksklusive rettigheter knyttet til medisiner og til å sykemelde pasienter. Psykologene søker nå å endre dette gjennom å tilegne seg større ansvarsområde: «Muligheten til å sykemelde egne pasienter og rett til å henvise er områder som nå er tatt opp med helseministeren. Oppfølgingen av lovverket og videre utvidelse av ansvarsområder er fortsatt store oppgaver ...» (Norsk Psykologforening, 2001a, s. 3). I Abbotts terminologi betyr dette at Norsk Psykologforening, i forhold til legene, søker å redusere sin *underordning*, som er en mer begrenset, men svært vanlig jurisdiksjon.

**«Det er problemer med å rekruttere og beholde barne-psykiatere og kliniske psykologspesialister»**

Med *intellektuell* jurisdiksjon vil profesjonene, selv om det er konkurranse på praksisfeltet, ha kunnskapsmessig kontroll (Abbott, 1988). Legene har tradisjonelt hatt slik kontroll på flere områder

*Rådgivende* jurisdiksjon, som er en svakere jurisdiksjon enn den intellektuelle, innebærer at en profesjon har rådgivende kontroll over visse aspekter av arbeidet. De som fatter beslutninger har plikt til å søke råd hos profesjonen som har rådgivende

kontroll, men ingen plikt til å følge rådet (Abbott, 1988). Legenes rådgivende jurisdiksjon fremkommer, blant annet, gjennom Legeforeningens (1995) målbeskrivelse for psykisk helsevern for barn og unge som forutsetter at: «Spesialisten bør utvikle evner til å syntetisere vurderinger og synspunkter fra de ulike teamkategorier til en helhetlig forståelse som kan danne grunnlag for tiltak overfor barn, familie og miljø» (s. 5).

*Teigdeling/arbeidsdeling* betyr at arbeidsdelingen er funksjonelt forskjellig, men profesjonene er strukturelt likeverdige. Kunnskaps- og arbeidsområdene kan betraktes som selvstendige i forhold til hverandre (Abbott, 1988). Innen psykisk helsevern for barn og unge gjenspeiles dette gjennom ideen om at hver profesjon skal ha hver sin funksjon, slik at deres forskjellige arbeidsområder totalt sett utgjør et hele.

*Klientdifferensiering* knytter seg til egenskaper ved klientellet (Abbott, 1988). Eksempelvis er det primært leger og psykologer som gir individualterapi til alvorlig syke barn, mens sosionomene i større grad arbeider familieterapeutisk.

Sannsynligvis vil jurisdiksjonene ha innvirkning på tverrfaglighet, både i utdanning og yrkesliv, og oppleves forskjellig av de ulike profesjonene. I en undersøkelse gjennomført av Statens helsetilsyn, fremkommer en stor variasjon i hvilken grad tverrfaglig tilnærming er innebygd i videreutdanningene. Blant de høgskoleutdannede er dette i stor grad innebygd, mens både psykologer og psykiatere har mindre av dette (Statens helsetilsyn, 2000). Et spørsmål er derfor hvorvidt alle fagforeningene i like stor grad finner det ønskelig med tverrfaglig undervisning. I det følgende vil vi benytte oss av begrepet *interessemotsetninger* heller enn jurisdiksjonskonflikter når vi illustrerer forholdet mellom profesjonene. Grunnen er at vår analyse behandler profesjonenes forhold til hverandre mer generelt, også før motsetningene blir så store at det er blitt en konflikt. Interessemotsetninger som sådan vil likevel være av interesse, da de også kan bidra til dynamikk i fagfeltet som igjen kan føre til faglig utvikling.

## **Fagforeningens rolle**

Det er problemer med å rekruttere og beholde barnepsykiatere og kliniske psykologspesialister med fordypning i barne- og ungdomspsykologi. Tradisjonelt har disse profesjonene hatt helsevesenet som hovedarbeidsplass, mens langt flere sosionomer og pedagoger har arbeidet i andre sektorer. I det følgende vil vi belyse hvordan de ulike profesjonenes fagforeninger på den ene siden taler sine medlemmers sak, og på den annen side forholder seg til helsepolitiske myndigheter. Profesjonsforeningene har ulike tradisjoner, og det er naturlig at de inntar forskjellige holdninger og strategier. Samtidig vil fagforeningens opplevelse av aktuelle interessemotsetninger endres over tid, fordi relasjonene til andre profesjoner og til myndighetene stadig er i endring (Erichsen, 1996). Legeforeningen har tradisjonelt hatt en sterk posisjon, med flere fulle jurisdiksjoner sammenlignet med andre profesjoner. Psykologforeningen derimot, har en kortere historie, og uttrykker ønske om å erobre flere jurisdiksjoner. Kliniske pedagoger har tradisjonelt ikke representert en helseprofesjon, og disse har dermed et helt annet utgangspunkt enn de to øvrige. Dette

gjenspeiles i Kliniske pedagogers lover (1999a) hvor et uttrykt mål er å: «Arbeide for: å formalisere helsevesenets tilknytning» (s. 1). Sosionomene, barnevernpedagogene og vernepleierne uttrykker bekymring med hensyn til profesjonskamp og skriver at: «Arbeid på nye arenaer fører i enkelte tilfeller til en kamp om hegemoni og retten til stillinger. FO (Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere) vil hevde nødvendigheten av tverrfaglig tilnærming opp mot profesjonskamp. Samtidig er det viktig å framheve sosialfaglig kompetanse i felt som er dominert av en medisinsk og diagnostisk kultur.» (Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere 2002, pkt. 4)

Disse ulike utgangspunktene gjenspeiles også i profesjonsforeningenes krav og retningslinjer i forhold til videreutdanningene. Gjennom retningslinjene legger fagforeningene føringer for hvordan undervisningsinstitusjonene tilrettelegger undervisningen. Samtidig gir retningslinjene og kravene signaler om hvilken holdning profesjonsforeningene har til tverrfaglighet.

### **Fagforeningens rammer og retningslinjer**

Fagforeningenes egne uttalelser om tverrfaglighet viser at de betrakter samarbeid med andre profesjonsgrupper som viktig, men det uttrykkes på forskjellig måte. Norsk Psykologforening fremhever i sitt prinsippprogram (2001b) at «NPF skal arbeide for å fremme tverrfaglig samarbeid ...» (pkt. 5.1). Legene uttrykker at tverrfaglighet er en vesentlig styrke ved faget (Den norske lægeforening, 1995).

Leger og psykologer har ingen krav om deltakelse i tverrfaglig undervisning for å tilfredsstille kravene til spesialiteten. Derimot kan tverrfaglige kurs godkjennes som del av spesialiteten. Det forutsettes at de har anledning til å arbeide i tverrfaglige team. Pedagogene derimot har krav om minst 150 timer deltakelse i tverrfaglige seminarer. Sosionomene må ha til sammen 270 timer tverrfaglig undervisning. Sosionomer, pedagoger og leger gis mulighet til å ha andre profesjonsutøvere som veiledere, med unntak av på profesjonsspesifikke oppgaver. Psykologene som spesialiserer seg i barne- og ungdomspsykologi har ikke anledning til dette (Den norske lægeforening, 1995; Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere, 1990; Kliniske pedagogers forening, 1999b; Norsk Psykologforening, 2001c).

### **Evaluering av tverrfaglig utdanning i BUP**

Videreutdanning for alle fire faggrupper arrangeres av Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri (R.BUP) i samarbeid med Nic Waals Institutt (NWI) og Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU). I 2001 ble videreutdanningene evaluert på oppdrag fra R.BUP (Holmesland, 2002). Resultatene fra undersøkelsen viste at videreutdanningene generelt ble positivt vurdert av deltakerne, men at det var tydelige forskjeller mellom videreutdanningene. Blant annet ble sosionomenes og pedagogenes spesialseminar, der de var eneste faggruppe, gjennomgående positivt vurdert. Tilsvarende gjelder for videreutdanninger der de fleste studentene var høgskoleutdannet. På disse videreutdanningene fantes det ingen store forskjeller i

vurderingene mellom de ulike profesjonsgruppene, i motsetning til videreutdanninger hvor alle profesjonene deltok, og det dermed var reell tverrfaglighet (Holmesland, 2002).

De 277 respondentene fordelte seg på syv spesialist- og videreutdanninger. Svarprosenten varierte mellom 58 % for Spesialseminar i psykoterapi med barn og unge (leger 56 % og psykologer 60 %), og 83 % for Tverrfaglig videreutdanning i familierapi (leger, psykologer, pedagoger og sosionomer) (Holmesland, 2002). I undersøkelsen ble respondentene bedt om å oppgi sine subjektive vurderinger av videreutdanningene. Spørsmålene er gjengitt i Tabell 1 og Tabell 2, og svarene graderes fra 1–4 på en kontinuerligskala. Svarene i de ulike yrkesgruppene er sammenliknet med One-Way Anova ved hjelp av det statistiske programmet SPSS. Da vi foretok mange analyser, bruker vi et signifikansnivå på 99 %. For å fremheve trender er alle *p*-verdier under 0,05 oppgitt (Holmesland, 2002). I det følgende vil vi benytte resultatene fra to videreutdanninger med varierende grad av tverrfaglighet i studentgruppene til å belyse profesjonenes vurderinger med Abbots jurisdiksjonsteori: Spesialseminar i psykoterapi med barn og unge (psykoterapiseminaret) med 79 respondenter, og Tverrfaglig videreutdanning i familierapi (familierapiseminaret) med 132 respondenter (Holmesland, 2002). På psykoterapiseminaret utgjorde psykologer 80 % av lærermassen, mens de resterende var leger. På familierapiseminaret var 53 % av lærerne psykologer, mens 23 % var leger. Høgskoleutdannede lærere utgjorde 24 %.

**«Resultatene viser at det er forskjeller i profesjonenes vurdering av egen endring både i klinisk og teoretisk kompetanse»**

### **Presentasjon av resultatene**

Deltakere i psykoterapiseminaret (tre timer per uke i tre år) er leger og psykologer under spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykiatri eller klinisk barnepsykologi. Gruppen har dermed en begrenset tverrfaglig sammensetning. Gjennomgående vurderte psykologene seminaret mer positivt enn legene (Tabell 1). Tverrfaglig videreutdanning i familierapi (to timer per uke) tilknyttet spesialseminarene (familierapiseminaret) går over to eller tre år med undervisning i familieforståelse og familierapi. I undersøkelsen skilles det ikke mellom kandidater som har deltatt i to eller tre år. Seminaret er åpent for alle kjerneprofesjonene i psykisk helsevern for barn og unge. For pedagoger og sosionomer tilfredsstiller familierapiseminaret fagforeningenes krav til tverrfaglig undervisning til spesialitetene. For leger og psykologer kan seminaret representere obligatoriske kurs/fortløpende undervisning til spesialiteten. Leger og psykologer vurderte familierapiseminaret forholdsvis likt, men mer negativt enn pedagoger og sosionomer (Tabell 2). I begge tabellene er ulike resultater slått sammen til sumskårer. Kategoriene i Tabell 1 og Tabell 2 er forskjellige.



Dette skyldes at det ble brukt to ulike spørreskjemaer for deltakerne på de to seminarene. Resultatene viser allikevel en gjennomgående trend.

I Tabell 1 angis kandidatenes vurdering av fem forhold: 1. Klinisk praksis; 2. Endring i klinisk kompetanse etter endt utdanning; 3. Styring fra arbeidsgiver i utdanningsperioden; 4. Teoriundervisning i utdanningsperioden; og 5. Utvikling av faglig trygghet, både i og etter endt videreutdanning. Utvikling av faglig trygghet er et viktig tema i forhold til videreutdanningene. Derfor er begge spørsmålene om trygghet tatt med to ganger, i henholdsvis kate-gori 1: Vurdering av klinisk praksis i videreutdanningsperioden og kategori 2: Endring i klinisk kompetanse. I tillegg er begge spørsmålene slått sammen til en kategori nr. 5 i Tabell 1. Resultatene i Tabell 1 viser at psykologene vurderte samtlige læringsforhold mer positivt enn legene. Forskjellen nådde et statistisk signifikansnivå på 0,01 for klinisk praksis, endring i klinisk kompetanse samt vurdering av teoriundervisningen.

I Tabell 2 som gjengir resultatene fra familierapiseminaret er leger og psykologer slått sammen til en kategori fordi de rapporterte svært likt. Resultatene fra familierapiseminaret gjengis i følgende kategorier: 1. Endring av klinisk kompetanse etter endt videreutdanning; 2. Vurdering av teoriundervisningen; 3. Endring i teoretisk kompetanse etter endt videreutdanning; og 4. Graden av forkunnskaper som undervisningen forutsatte.

Resultatene viser at det er forskjeller i profesjonenes vurdering av egen endring både i klinisk og teoretisk kompetanse, samt i deres vurdering av teoriundervisningen. Profesjonene har også ulike opplevelser av kravene som stilles til forkunnskaper (Tabell 2). Dette representerer en utfordring i forhold til ønsket om økt andel av tverrfaglighet i videreutdanning innen psykisk helsevern for barn og unge

### **Betydningen av forkunnskap**

På *psykoterapiseminaret* vurderte legene presentasjonen av teoriene og deres aktualitet og anvendbarhet mer negativt enn psykologene (Tabell 1). Derimot rapporterte begge profesjoner etter avsluttet videreutdanning sammenfallende vurdering av sin egen endring i teoretisk kompetanse (Holmesland, 2002). Tradisjonelt har psykologene hatt en sterkere tilknytning til psykoterapifeltet som arbeidsfelt enn legene. De besitter også mer psykodynamisk kunnskap og har mer psykoterapeutisk erfaring fra sin grunnutdanning. For legene kan psykoterapiseminaret stille store krav til endret tankegang. Den biologiske og psykososiale orienteringen reduseres på bekostning av psykodynamisk tenkning.

### **Tabell 1. Oversikt over legers og psykologers vurdering av undervisning og egen kompetanseendring på psykoterapiseminaret.**

LEGER	PSYKOLOGER
(N = 27-29)	(N = 47-48)

	LEGER (N = 27- 29)	PSYKOLOGER (N = 47-48)		
<b>Vurdering av klinisk praksis</b>				
Jeg fikk anledning til å arbeide med relevante kliniske problemstillinger.	3,2 (0,5)	3,6 (0,5)	11,2 (1)	0,001
Jeg synes kravene til praksis var tilstrekkelig omfattende. Jeg fikk anledning til å følge behandlingsprosesser over tid. Den kliniske praksisen ga rom for å utvikle faglig trygghet.				
<b>Endring i klinisk kompetanse</b>				
Jeg er blitt tryggere i mitt arbeid. Jeg gir bedre hjelp til mine pasienter/klienter.	3,0 (0,6)	3,4 (0,4)	9,5 (1)	0,003
Selvopplevd endring i klinisk kompetanse				
<b>Arbeidsgivers styring</b>				
Min kliniske praksis ble i liten grad styrt av arbeidsgiver.	2,5 (0,8)	3,0 (0,8)	5,8 (1)	0,02
<b>Vurdering av teoriundervisningen</b>				
Jeg synes de teoretiske perspektivene ble belyst på en tilstrekkelig god måte.	2,6 (0,7)	3,1 (0,7)	6,4 (1)	0,01
Jeg synes det teoretiske stoffet var aktuelt og anvendbart i det daglige arbeidet.				
<b>Utvikling av trygghet</b>				
Jeg er blitt tryggere i mitt arbeid.	3,0 (0,6)	3,5 (0,5)	13,2 (1)	0,001
Den kliniske praksisen ga rom for å utvikle faglig trygghet				

**Tabell 2. Oversikt over de ulike profesjonenes vurdering av undervisningen og egen endring på familierapiseminaret.**

	SOSIONOMER (N = 43-46)	PEDAGOGER (N = 25-26)	LEGER OG PSYKOLOGER (N = 54-63)	SAMMENLIKNING AV GRUPPENE
<b>Endring i klinisk kompetanse</b>				
Jeg har overkommet tidligere begrensninger. Jeg er blitt tryggere i mitt arbeid.				11,6 (2) >
Jeg gir bedre hjelp til mine kliner/pasienter.	3,4 (0,4)	3,2 (0,4)	2,9 (0,7)	0,001
Jeg er mer fornøyd med min måte å møte mine pasienter på. Selvopplevd endring i klinisk kompetanse.				

	SOSIONOMER (N = 43-46)	PEDAGOGER (N = 25-26)	LEGER OG PSYKOLOGER (N= 54-63)	SAMMENLIKNING AV GRUPPENE
Vurdering av teoriundervisningen				
Jeg synes de teoretiske perspektivene ble belyst på en tilstrekkelig god måte.	3,1 (0,6)	3,3 (0,6)	2,9 (0,7)	3,8 (2) 0,03
Jeg synes det teoretiske stoffet var aktuelt og anvendbart i det daglige arbeidet.				
Endring i teoretisk kompetanse				
Jeg er blitt mer bevisst de ulike teoretiske retningers muligheter og begrensninger.				
Jeg er blitt mer teoretisk interessert enn hva jeg var før jeg videreutdannet meg.	3,2 (0,4)	3,1 (0,4)	2,7 (0,7)	10,9 (2) 0,000
Jeg synes undervisningen har medført en større integrasjon av de ulike perspektivene. Selvopplevd endring i teoretisk kompetanse.				
Undervisningen forutsatte for mye forkunnskaper	2,2 (0,7)	2,5 (0,7)	1,8 (0,6)	8,9 (2) 0,000

På *familieterapiseminaret* vurderte pedagogene i større grad enn de øvrige profesjonene at det ble stilt store krav til forkunnskaper. Forklaringen kan både skyldes forskjeller i kompetansenivå i terapeutisk arbeid fra grunnutdanningene og i profesjonenes tradisjoner.

Til tross for forskjellene i grunn-utdanningene mellom sosionomer og psykologer, er det tradisjonelt disse profesjonene som har vært dominerende innen familieterapifeltet. Psykologene som arbeider i psykisk helsevern for barn og unge er den eneste faggruppen der de fleste har familieterapi som en del av grunnutdanningen, mens alle profesjonene har fått mye undervisning i arbeid med enkeltpersoner og familier. Et spørsmål er derfor hva som kan begrunne forskjellene i sosionomenes kontra særlig legenes vurderinger av kravene til forkunnskaper.

Det er nærliggende å spørre om forskjellene i vurderingene kan skyldes at høyskoler og universiteter i alle fall frem til på midten av 90-tallet hadde ulik vektlegging av praktiske ferdigheter og akademisk kunnskap. I motsetning til de høyskoleutdannede har de universitetsutdannede, gjennom sitt studium, gjennomgående blitt oppmuntret til kritisk tenkning. Dette kan gjøre dem mer kritisk innstilt til kunnskapen de presenteres for. En undersøkelse gjennomført ved fagbiblioteket på Nordlandssykehuset viser også at det finnes profesjonsforskjeller knyttet til ulike profesjoners lesevaner. I forhold til høyskoleutdannede leser leger og psykologer mer engelskspråklig litteratur (Sørgard & Eide, 2003). En annen undersøkelse som er

gjennomført av Statens kompetansesenter for helhetlig rehabilitering viser at pensumet innenfor de høgskolebaserte videreutdanningsprogrammene i psykisk helsearbeid knapt består av utenlandsk litteratur, og at den er lite preget av forskningsbasert kunnskap (Sørgard & Eide, 2003). Dette fører til at de universitetsutdannede generelt både har et språklig fortrinn, og at de gjennom sin grunnutdanning og i etterfølgende praksis er mer trent i forhold til å vurdere forskningsbasert stoff.

I Abbotts (1988) terminologi kan de universitetsutdannedes mangeårige teoretisk bakgrunn være årsaken til at de opplever seg som kompetente til å tilegne seg teoretisk kunnskap. Dette i motsetning til sosionomene og pedagogene, som kan oppleve at familierapiseminaret fordrer mer teoretisk kunnskap enn hva de vanligvis er vant med.

### **Blir den eksklusive kompetansen mindre eksklusiv?**

Ingen profesjon har full jurisdiksjon innen familierapifeltet. Den tradisjonelt rådgivende og intellektuelle jurisdiksjon som leger og psykologer har hatt innenfor andre felt, reduseres overfor andre deltakende profesjoner fordi alle profesjoner, gjennom den tverrfaglige videreutdanningen, tilegner seg samme kunnskap. På grunn av den uklare teigdelingen kan dette bidra til å fremme interessekonflikter mellom profesjonene. Til tross for at sosionomene er en sentral profesjonsgruppe i feltet, blir de i følge Abbott (1988), på grunn av sin grunnutdannelse ikke ansett å besitte tilstrekkelig teoretisk kunnskap. Psykologene besitter teoretisk kunnskap, men er i mindretall i familierapifeltet, sammenlignet med sosionomene. Det familierapeutiske arbeidet har også mindre karakter av å være sykdomsorientert, noe som gjenspeiles i språket, såvel som i arbeidsprinsippene. Legene behandler pasienter, mens familierapeutene behandler klienter. Familierapeutiske arbeidsmetoder krever i betydelig mindre grad at det benyttes diagnose sammenlignet med andre behandlingstilnæringer. I familierapeutisk arbeid stilles det mindre krav til empirisk kunnskap og mer til praktiske og terapeutiske ferdigheter. Konsekvensen er at behandlingsmetoden, eller måten å forstå problemet på, kan utføres av alle faggrupper. I følge Abbott (1988) medfører dette at familierapi av leger og psykologer kan oppfattes som mindre statusgivende fordi det med arbeidsmetodene følger reduserte jurisdiksjoner.

### **Jurisdiksjoner i klinisk praksis**

På *psykoterapiseminaret* vurderte leger og psykologer sin kliniske praksis i videreutdanningstiden forskjellig, både i forhold til arbeidsoppgaver, oppfølging av behandlingsprosesser og omfanget av praksis (Tabell 1) (Holmesland, 2002). Den psykoterapeutiske behandlingen som leger og psykologer utøver er forholdsvis lik, og det finnes ingen jurisdiksjonelle skiller i psykoterapi som arbeidsmetode. I tråd med Abbotts (1988) teori kan unge legers inntreden i det barne- og ungdomspsykiatriske feltet hvor psykologfaglig tilnærming oftest dominerer, medføre at de begynner å akseptere eller overta psykologenes fortolkninger og behandlingsmåter. Legene vil allikevel ikke ha samme utgangspunkt med hensyn til jurisdiksjonene innen feltet. Psykologene vil, som følge av langvarige tradisjoner, besitte den tradisjonelle

intellektuelle jurisdiksjonen, mens både legene og psykologene i praksis vil ha samme rådgivende jurisdiksjon.

**«Leger og psykologer kan etterlyse en undervisning som er mer forskningsbasert og som bygger videre på egen grunnlagskompetanse»**

På ett punkt finnes det imidlertid en vesentlig forskjell i arbeidsdelingen mellom disse profesjonene, og det er ansvaret for medisinerings, hvor legene har full jurisdiksjon. En hypotese er at med retten til å medisinere følger klientdifferensiering fordi arbeidsgiver «siler» pasienter med særlig behov for medisinering til legene. Dette kan være en årsak til at legene selv opplevde å bli mer styrt av arbeidsgiver enn hva psykologene opplevde. Det at legenes arbeidsdag er mer fragmentert enn psykologenes, kan forklare legenes opplevelse av å få mindre mulighet til å følge behandlingsprosesser over tid. Legene rapporterte i tillegg at de totalt sett opplevde mindre endring i sin kliniske kompetanse etter endt videreutdanning, sammenlignet med psykologene.

På *familieterapiseminaret* opplevde pedagogene og sosionomene at de bedret sin opplevde kliniske kompetanse, mer enn leger og psykologer (Tabell 2). Som følge av antakelsen om at de universitetsutdannedes rådgivende og intellektuelle jurisdiksjon svekkes innen familieterapifeltet, oppnår pedagoger og sosionomer, i alle fall tilsynelatende, mer kontroll over feltet. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved hvorfor sosionomer og pedagoger i større grad enn leger og psykologer overkommer begrensninger, oppnår større trygghet og gir uttrykk for at de har blitt bedre til å møte pasienter (Tabell 2) (Holmesland, 2002). Fordi sosionomer og pedagoger i utgangspunktet har mindre erfaring med å arbeide med pasienter i samme forstand som leger og psykologer, kan forskjellen før og etter videreutdanning være større hos disse gruppene. Fordi de lærer mer, vil de også få større kontroll over arbeidsdelingen innen feltet. Deltakelsen i den tverrfaglige undervisningen bidrar dermed til økt faglig selvtilit. Leger og psykologer på sin side kan, med sin bakgrunn, etterlyse en undervisning som er mer forskningsbasert og som bygger videre på egen grunnlagskompetanse.

### **Trygghet i arbeidet**

Resultatene fra psykoterapiseminaret viste at psykologene utviklet mer trygghet enn legene, både i utdanningsperioden og etter endt videreutdanning (Holmesland, 2002). Funnet samsvarer med en undersøkelse gjennomført av Den norske lægeforening, som viste at over halvparten av utdanningskandidatene i psykiatri frivillig forlenget spesialiseringstiden fordi de ikke følte seg faglig trygge nok. En årsak antas å være at det er særlig mange vakante overlegestillinger i psykisk helsevern, eller at psykiatere har lettere for å innrømme faglig usikkerhet sammenlignet med andre leger (Gjerberg &

Aasland, 1999). I tillegg har legene ansvaret for medisinerings og akuttinnleggelser. Deres fulle jurisdiksjon innenfor medisinerings og innleggelser kan medføre at de ikke utvikler like mye trygghet. En annen forklaring kan ha sin bakgrunn i legerollen som eksisterer i psykisk helsevern for barn og unge. I en undersøkelse fra Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2000) gir halvparten av de intervjuede uttrykk for at de opplevde frustrasjon i arbeidet som legespesialist i psykisk helsevern for barn og unge, fordi legerollen ble opplevd som for diffus. Dette kan tyde på at de opplever den rådgivende og intellektuelle jurisdiksjonen som utydelig, eller at tverrfagligheten bidrar til andre jurisdiksjonsformer enn det legene tradisjonelt er vant til fra andre medisinske områder

## **Konklusjon**

Det er store vansker knyttet til å rekruttere og beholde særlig leger og psykologer i psykisk helsevern for barn og unge. Resultatene fra gjennomgangen av personellressursene er usikre. For å få pålitelige tall må det utvikles indikatorer som viser den reelle mangelen. Det er tydelige forskjeller i fagforeningenes krav til spesialistutdanning generelt, og krav til tverrfaglighet i spesialistutdanningen spesielt, noe som sannsynligvis gjenspeiler seg i profesjonenes holdning til ulike videreutdanninger. Vi har grunn til å stille spørsmål om tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helsevern for barn og unge først og fremst er tilpasset sosionomer og pedagoger. Dette kan øke problemene med å rekruttere faggruppene som det er større mangel på. For undervisningsarrangøren kan det være vanskelig å legge opp et undervisningsopplegg som er tilpasset alle profesjoner. Fremtidig forskning bør derfor søke å belyse hva det er som kan forklarer diskrepansen i legers og psykologers vurdering, både i forhold til undervisningen, men også i forhold til utvikling av trygghet i og etter endt videreutdanning.

I forhold til profesjonsutøveren kan Abbotts (1988) skille mellom forskningsbasert kunnskap versus erfaringsbaserte ferdigheter bidra til å forklare resultatene fra evalueringsundersøkelsen. Videre er det legitimt å stille spørsmål ved hvorvidt tverrfaglig undervisning fremmer et mer brukervennlig helsetilbud, eller om vanskelighetene knyttet til tverrfaglighet i undervisning og praksis heller svekker enn styrker rekrutteringen av viktige profesjoner til fagfeltet. I forbindelse med de helsepolitiske føringene innen psykisk helsevern for barn og unge er det viktig med en diskusjon av disse spørsmålene.

Anne-Lise Holmesland

Sørlandet sykehus, Kristiansand

Forskningsenheten

Serviceboks 416

4604 Kristiansand

Tlf 38 03 85 48

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 11, 2004, side 892-899*

**TEKST**

**Anne-Lise Holmesland**, Sørlandet sykehus HF, Klinikk for psykiatri og avhengighetsbehandling  
**Tone M. Danielsen**, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Helseregion øst og sør  
**Berit Grøholt**, Sogn Senter for barne- og ungdomspsykiatri, Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo

+ **Vis referanser**

Referanser

Abbott, A. (1988). The system of professions. Chicago: The University of Chicago Press.

Den norske lægeforening. (1995). Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Den norske lægeforening.

Erichsen, V. (1996). Del 1: «Perspektiver». V. Erichsen (Red.), Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon (ss. 11-102). Oslo: Tano Aschehoug.

Fellesorganisasjonen for Barnevernpedagoger, sosionomer, og vernepleiere (1990). Rammepplan for klinisk videreutdanning av sosionomer i barne- og ungdomspsykiatrien. Oslo: Fellesorganisasjon for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Fellesorganisasjonen for Barnevernpedagoger, sosionomer, og vernepleiere. (2002). Prinsippprogram for FO 2002-2006. Oslo: Fellesorganisasjon for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Gjerberg, E., & Aasland, O. G. (1999). Bruker leger for lang tid på å spesialisere seg? Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt.

Holmesland, A.-L. (2002). Dialog og praksis: Nødvendige - men ikke tilstrekkelige forutsetninger for å bli en bedre terapeut. Oslo: Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri. Helseregion Øst og Sør.

Inst. O. Nr. 58 (1998-99). Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. Ot.prp nr. 13. Oslo: Helse- og Sosialdepartementet.

Kliniske pedagogers forening (1999a). Lover for kliniske pedagoger. Oslo: Kliniske pedagogers forening.

Kliniske pedagogers forening (1999b). Rammepplan for utdanning av kliniske pedagoger. Oslo: Kliniske pedagogers forening.

Lauås, K., & Lauås, P. (1994). Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Oslo: Tano Aschehoug.

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2000). Strategiplan for styrking av spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri. Oslo: Den norske lægeforening.

Norsk Psykologforening (2001a). Referat fra Landsmøtet 2001. Oslo: Norsk Psykologforening.

Norsk Psykologforening (2001b). Norsk Psykologforenings prinsippprogram. Oslo: Norsk Psykologforening.

Norsk Psykologforening (2001c). Reglement for spesialiteten i klinisk psykologi. Oslo: Norsk Psykologforening.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpen-het og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsproposisjon nr. 63. (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Sørgaard, K.,V, & Eide, O. (2003). Hva leser vi? Bruk av fagtidsskrifter i psykisk helse-vern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40, 34-36.

Rett person på rett plass. Rapport nr. 2 om resultater og 1998-2002 og planer 2001-2004 (2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn (2000). Psykiatriske poli-klinikker. En evaluering av arbeidsformer og produktivitet innen voksen- og barne- og ungdomspsykiatri. (2000). Oslo: Statens helsetilsyn.

Vedlegg til brev fra Statens helsetilsyn til Sosial- og helsedepartementet av 9. juli 2001. (2001). Oslo: Statens helsetilsyn.