

# Reformér spesialistutdanningen!

Har jeg en sønn med tegn på schizofreni, vil jeg ikke møte en spesialist i voksenpsykologi som har hatt to personer med schizofreni i sin praksis. Jeg vil ha en spesialist på schizofreni, skriver Arne Holte.

TEKST

**Arne Holte**

PUBLISERT 13. februar 2023

EMNER

Spesialistutdanningen

Tematisk organisering



Arne Holte. Foto:  
Folkehelseinstituttet.

«Før Arne Holte ber myndighetene gjøre en reform av spesialistutdanningen vår, bør vi ha klart for oss hvilke oppgaver som spesialisten skal løse, og hva slags helsetjenester vi vil kunne ha i framtiden,» svarer Elise Constance Fodstad meg på psykologtidsskriftet.no den 7. februar.

Det er nettopp det jeg ber «kvalitets- og organiseringsutvalget» gjøre: «De kan be Helse- og omsorgsdepartementet ta initiativ til å utrede en ny spesialistordning for psykologene som tilpasses den organiseringen av tjenestene de foreslår» (Holte, 2023).

Fodstad leverer et kraftig forsvar for «generalistspesialisten». Det er unødvendig. I mitt 50-årige virke som psykolog har jeg ikke møtt én som er imot generalister. Men trenger vi tolv slike «generalistspesialiteter»?

Legene, som forvalter et mye større fagområde, klarer seg med én – spesialiteten i allmennmedisin.

### **«I mitt 50-årige virke som psykolog har jeg ikke møtt én som er imot generalister»**

Om vi skulle holde oss med to - tre, ville det da ikke være smart om de ikke i stor grad overlappet med hverandre?

Fordyping og spisskompetanse i spesifikke behandlingsmetoder og tilstandsbilder er viktig og nyttig, mener Fodstad. Til sammen bør spesialistene i DPS, BUP og sykehus ha spisskompetanse for tilstandene vi skal utrede og behandle, sier hun. Men hvorfor er hun imot at spesialistordningen skal levere dette? Det er da ingen motsetning mellom å produsere generalistspesialister og spesialister som er mer spesialisert i smalere områder som samfunnet trenger?

Det kan heller ikke være noe argument mot spesialiserte spesialister at mange pasienter har uavklarte, komorbide tilstander, om den kliniske vurderingen er usikker eller om rett behandling ofte ikke følger av diagnosen? Det er slik den kliniske virkeligheten er.

Fodstad ser ut til å ha «kjøpt» diagnosesystemet. En diagnose kan nå og da si noe om rett behandling. Men dagens diagnosesystem er i stor grad influert av amerikansk psykiatri i samrøre med «big farma». Slik fungerer det først og fremst som et system for administrasjon og forskning, ikke som et godt klinisk instrument.

### **«Dagens realitet er gjerne at pasienten er prisgitt behandleren de får»**

Komorbiditetsproblemet er i stor grad en artefakt som følger av at man av administrative grunner forsøker å formulere dimensjonale fenomener i kategoriske termer.

Når flere metoder kan hjelpe for samme lidelse, bør pasienten kunne velge, mener Fodstad. Det er et fint ideal. Men det kan da ikke være et argument mot spesialisering. Dagens realitet er gjerne at pasienten er prisgitt behandleren de får. Kanskje er pasienten heller ikke alltid kompetent til å velge det de kanskje ville foretrukket om de hadde visst bedre.

For meg, Fodstad, koker det ned til dette:

Om min sønn viser tegn på mulig schizofreni, vil jeg ikke møte en spesialist i voksenpsykologi som kun har sett to personer med schizofreni i sin praksis. Jeg vil ha en spesialist på schizofreni.

Om datteren min blir anorektisk, trenger jeg ikke en spesialist i barnepsykologi som stort sett har sett barn med angst og depresjon. Jeg vil møte en spesialist på spiseforstyrrelser hos unge.

Slike psykologspesialister bør spesialistutdanningen levere.

**TEKST**

**Arne Holte**, professor emeritus i psykologi