

Nei takk til silospesialister

Snevre spesialiteter kan føre til mindre mobilitet i arbeidsmarkedet og at det offentlige får enda større vansker med å få kvalifiserte personer inn i vakante stillinger.

TEKST

Elise Constance Fodstad

PUBLISERT 17. februar 2023

EMNER

Spesialistutdanningen

Tematisk organisering



Elise Constance Fodstad. Foto:
privat

Arne Holte har rett i at vi har brede og kanskje for mange spesialiteter. Det er imidlertid vanskelig å se for seg hvordan det skal bli færre spesialister når han samtidig vil ha temabaserte spesialiteter og han nevner schizofreni og spiseforstyrrelser som eksempler på hva vi trenger spesialister til.

Spissing av kompetanse ivaretas som tillegg til de brede spesialistløpene. Det finnes allerede videreutdanninger i psykose og spiseforstyrrelser. De fleste helseforetak har spesialiserte tilbud for disse gruppene. Holte hevder at jeg har «kjøpt diagnosesystemet» når det nettopp er det jeg frykter at tjenestene for ensidig skal ytes på bakgrunn av.

Min dystopi er et oppsplittet helsevesen der du må passe inn i en bitteliten spesifikk boks (diagnosekode), som tilbys en spesifikk behandling som RCT-studier har vist

virker (snevreste definisjon av evidensbasert praksis) fra eksperter på akkurat den, og bare den, lidelsen. Er du ikke «motivert» for tilbudet som gis, får du ikke hjelp. Og havner du på feil sted, så har ikke de som jobber der kompetansen som skal til for å gi deg helsehjelp. Pasienter med (bare) én spesifikk lidelse som det finnes én spesifikk behandling med evidens for, og som ønsker denne behandlingen, får et supert tilbud. Alle andre, som er de fleste, får et dårligere tilbud.

«Alle andre, som er de fleste, får et dårligere tilbud»

Ressursene forskyves til de første, mens de som er mest mistenksomme, ambivalente og redde, får enda mindre. På den måten utarmes alvorlighetsprinsippet i prioriteringsveilederne for spesialisthelsetjenesten.

Spesialitetene består av praksis under veiledning, kurs og skriftlig arbeid. Det første er det viktigste. Det sikrer at ferske psykologer må innom ulike praksisfelt, og er i beste fall en vaksine mot silopsykologer i mitt dystopiske helsevesen. Å være psykolog innebærer livslang læring, både i møte med oppdatert fagkunnskap og i møte med den enkelte pasient. Det er ikke slik at vi tar en (bredde)spesialitet og så kan vi det vi trenger for de neste førti årene av yrkeslivet. Vi flytter på oss, vi omorganiseres, vi oppdager nye deler av praksisen som trenger påfyll. De fleste av oss holder stadig på med en eller annen videreutdanning uavhengig av spesialiteten. Og det er helt nødvendig!

Holte ønsker seg en spesialist på schizofreni. De mange som har komorbide lidelser, ønsker seg også spesialister, gjerne en som er spesialist på akkurat den kombinasjonen av vansker de har. Pasienter ønsker skreddersøm, brukervedvirkning og den perfekte kompetansematch. Utfordringen i helsetjenesten er hvordan vi best kan organisere oss for å komme tett på dette idealet, og hvordan videreutdanningsordningene kan gi fagpersoner god nok dybde- og breddekompetanse.

«Pasienter ønsker skreddersøm, brukervedvirkning og den perfekte kompetansematch.»

Snevre spesialiteter kan føre til mindre mobilitet i arbeidsmarkedet og at det offentlige får enda større vansker med å få kvalifiserte personer inn i vakante stillinger. Mer innleie av spesialister på kostbare og lite faglig bærekraftige ordninger er ikke ønskelig.

Holte har rett i at psykiske lidelser er dimensjonale fenomener. Du møter alle delene av faget alle steder. Som psykolog i psykiske helsetjenester for barn og unge (BUP) brukte jeg ruskompetansen i møte med rusavhengige foreldre og sakkyndighetskompetansen som vitne i fylkesnemnda. Som psykolog i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bruker jeg barnekompetansen når jeg møter pasienter med utviklingstraumer og

udiagnostisert ADHD. Mitt ønske er å få flere spesialistkolleger, både leger og psykologer, med utfyllende kompetanse.

TEKST

Elise Constance Fodstad, psykologspesialist, stipendiat