
Er Legeforeningens godkjenning av tverrfaglige kurs uhensiktsmessig?

KOMMENTAR

TORE SØRLIE

Email: tore.sorlie@rito.no
Regionsykehuset i Tromsø
9291 Tromsø
Psykiatrisk avdeling

MARIT BORG

Blakstad sykehus
Postboks 143
1371 Asker

PIA JESSEN

Vesterålen Distriktpsikiatriske Senter
Stokmarknes sykehus
8450 Stokmarknes

KARI TUSETH

Voksenpsykiatrisk Poliklinikk
Fylkessjukehuset i Kristiansund
6508 Kristiansund

Seprep (Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser) ble etablert som en stiftelse for ti år siden. Utvikling og gjennomføring av kurs som tilbyr tverrfaglig og praksisnær kompetanseutvikling, med stor vekt på aktørene i den primære helse- og sosialtjeneste, har vært høyt prioritert. Av alle faggrupper har legene vært vanskeligst å engasjere. På bakgrunn av deres medisinske ansvar og myndighet og sentrale rolle i utøvelse og ledelse av

helsetjenestene skaper dette bekymring. Det er også bekymringsfullt at Den norske lægeforening ikke finner å kunne godkjenne legers deltakelse på disse kursene som tellende til spesialiteten i psykiatri.

Norges forskningsråds ekspertkonferanse om alvorlige psykiske lidelser i 1993 (1) understreket at både biologiske, psykologiske og sosiale dimensjoner som regel griper inn i hverandre og må tas i betraktning ved utredning og i de behandlings- og omsorgstilbud som tilbys. Dette innebærer vektlegging av kunnskap som baserer seg på pasientens egne erfaringer om faktorer og strategier som kan være virksomme i bedringsprosessen (2, 3). I dag er det bred enighet om at stress-sårbarhets-modellen (4) har gyldighet ved de fleste alvorlige sinnslidelser.

Det foreligger strengere krav til spesifikk utrednings- og behandlingskompetanse som er dokumentert effektiv ved spesifikke tilstander. Statens helsetilsyn har nylig utviklet veiledningshefter som gir anbefalinger om diagnostikk og behandlingsmetoder ved koordinering av psykososialt arbeid for personer med alvorlige psykiske lidelser og stemningslidelser (5, 6). Et veiledningshefte om utredning og behandling ved schizofreni er under utarbeiding. Den nye pasientrettighetsloven stadfester at alle psykiatriske pasienter under behandling skal ha en individuell behandlingsplan som legene i stor grad vil ha det overordnede ansvaret for å utarbeide.

Relasjonskompetanse

I møtet med den enkelte pasient vil hjelperens egne emosjonelle understrenger i varierende grad bli berørt. Kvaliteten og styrken i disse reaksjoner vil kunne gi vesentlig informasjon om de følelser og reaksjoner som pasienten strever med (7). Hjelperens toleranse for egne reaksjoner er en grunnleggende forutsetning for et tillitsfullt samarbeid som igjen er nødvendig for å kunne iverksette ulike utrednings- og behandlingstiltak samt evaluere effekten av disse. Dette gjelder også motivering for og oppfølging av igangsatt medikamentell behandling.

I en tid der kravet om kortsiktige effekter i helsetjenesten er stort, kan betydningen av samarbeidsforholdet til pasientene lett prioriteres ned. I behandlingen av personer med alvorlige sinnslidelser blir hastverk lett til lastverk. Manglende kvalitet og kontinuitet i kontakten med helsetjenesten opprettholder fremmedgjøring og øker risikoen for dårlig begrunnede ”behandlingstiltak” og tilbakefall.

Samarbeidskompetanse

De fleste mennesker med kroniske, alvorlige sinnslidelser trenger sammensatte og koordinerte tjenester fra ulike hjelpere på ulike nivåer i helse- og sosialtjenesten. Mens man tidligere snakket om sammenhengende

behandlingskjeder, tilstreber man i dagens psykiatri å bruke begrepet behandlingsnettverk (8). Imidlertid ser vi fremdeles at pasientene ofte blir kasteballer mellom leddene i en kjede som ikke samspiller på noen god måte.

Samarbeidsrelasjonene mellom hjelpere og hjelpeinstanser har stor innvirkning på kvaliteten av den hjelp som gis og for den opplevde motivasjon og mestring hos den enkelte hjelper. Opplevd kompetanse hos hjelpere og opplevd kvalitet i et hjelpetilbud er således, utover den enkelte hjelpers individuelle ferdigheter, også en funksjon av forholdet mellom hjelpere og hjelpeinstanser.

Primærlegen står oftest for den initiale kontakt og utredning av pasienter med alvorlig sinnslidelse og har derved en unik posisjon med hensyn til utvikling av samarbeid innad i kommunen eller mot spesialisthelsetjenesten. En svikt i denne funksjonen medfører lett at samlede ressurser i for liten grad blir utnyttet til gode for pasienten.

Et toårig tverrfaglig utdannings- program i psykosebehandling

For å kunne imøtekomme de skisserte kompetansebehov i ett og samme utdanningsprogram, har Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) siden 1994 stått for et toårig tverrfaglig utdanningsprogram for psykosebehandling. Dette har vært eller er under gjennomføring på ca. 30 steder i landet og er blant de opplæringstiltakene som Statens helsetilsyn støtter som ledd i den statlige opptrappingsplanen for psykiatri (9). Utvelgelse av deltakere skjer gjennom fagledelsen for distriktpsikiatrisk senter og de deltakende kommuner. Flere fra samme team/kommune bør delta samtidig, og deltakerne må jobbe klinisk med mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Læringsmålene er å øke ferdighetene i å få kontakt med, utrede, forstå samt behandle og samarbeide med og om mennesker som har alvorlige psykiske lidelser. Utdanningen er pedagogisk forankret i tverrfaglige arbeidsgrupper med mulighet for "samarbeidstrening in vivo". Den har et omfang på 200 timer og består av 80 timer undervisning, 80 timer klinisk veiledning i gruppe, 40 timer litteraturstudier i gruppe samt to skriftlige gruppeoppgaver. Læringen tar utgangspunkt i deltakernes erfaringer fra egen arbeidssituasjon med det siktemål å integrere praksis og teori.

Invitasjon til debatt

Mens etterspørselen blant øvrige faggrupper har vært overveldende, har det vært påfallende vanskelig å rekruttere leger til programmene. Dette står i kontrast til det vi mener er legers behov for læring på området. Vi erfarer at psykiatere og leger ofte har problemer i sin rolle som ledere av team og som koordinatører av tiltak rundt den enkelte pasient. I tillegg til mangelfull kjennskap til medarbeideres kompetanse og/eller for lite trening i å takle de

gruppeprosesser som kan oppstå rundt pasientene, spør vi oss også om en del leger ikke ønsker å prioritere deltakelse i samarbeidsfora som ansvarsgrupper og felles kompetanseutvikling fordi det er tidkrevende, lite økonomisk innbringende og faller på siden av mange legers tilvante ”enerolle” i forhold til pasienten.

På tross av gjentatte søknader har utdanningen ikke blitt godkjent som tellende til spesialiteten i psykiatri. Begrunnelsen har hele tiden vært at kursets målgruppe i hovedsak er helsearbeidere i kommunehelsetjenesten, med legene som minoritet, og at kursets innhold skulle være preget av dette, med tilsvarende liten relevans for leger. Derimot har det vært gitt godkjenning til spesialiteten i allmennmedisin.

Kvaliteten i teoriforelesninger og veiledning har ikke vært forringet av tilstedeværelsen av andre faggrupper. Tvert imot har det vist seg å være befordrende for de tilstedeværende leger at det samme kliniske fenomen er blitt vinklet fra ulike ståsteder.

Vi er blitt i tvil om den eksisterende praksis for godkjenning av kurs tellende til spesialiteten i psykiatri er i samsvar med de krav til teamledelse og nettverksorientering, særlig i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som psykiateren møter i dagens psykiatri. Effektiv læring på dette området krever at legen settes i en situasjon hvor vedkommende over tid må erfare betydningen av andres faglige innspill i forhold til en felles oppgave. I tillegg må dette samspill gjøres til gjenstand for observasjon og refleksjon, slik som eksempelvis i veiledningsgruppene i den tverrfaglige utdanningen. Slik læring finner etter vår mening i liten grad sted i tilslutning til den ordinære kliniske utdanningen.

Det kan virke som om spesialitetskomiteen i for sterk grad fortolker de generelle retningslinjers formulering om at kurset ”må være et nødvendig utdanningstilbud rettet mot leger” for bokstavelig og som ensbetydende med at deltakerne da overveiende må være leger. Formålet med kurs som skal godkjennes, må da primært være å dekke legers læringsbehov i henhold til de krav som målsettingen for spesialiteten setter. Tverrfaglig samarbeid kan vanskelig læres bare med leger til stede.

LITTERATUR

1. Alvorlige psykiske lidelser – med særlig vekt på funksjonelle psykoser. Oslo: Norges forskningsråd, 1993.
2. Davidson L, Strauss JS. Sense of self in recovery from severe mental illness. Br J Med Psychol 1992; 65: 131 – 45.
3. Borg M. Virksomme relasjoner. Hva kan dette innebære sett fra psykiatriske pasienters ståsted. Hovedfagsoppgave. Oslo: Seksjon for helsefag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1999.
4. Zubin J. Vulnerability: a new view of schizophrenia. Clin Psychol 1975; 29: 16 – 8.

5. Koordinering av psykososialt arbeid – for personer med alvorlige psykiske lidelser. Helsetilsynets utredningsserie 2 – 2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
 6. Stemningslidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Helsetilsynets utredningsserie 3 – 2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
 7. Ogden TH. On projective identification. Int J Psychoanal 1979; 60: 357 – 73.
 8. St.meld. nr. 25 (1996 – 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbud.
 9. St.prp. nr. 63 (1997 – 98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
-

Publisert: 20. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.