

Forførende og farlig forslag



Andrea Kanavin Grythe
spesialist, Leder PPT.

Anna Kuhlefeldt
spesialist. Daglig leder på Samtun (TSB, døgn)

Eirik Molvær
spesialist. Seksjonsleder DPS Ålesund poliklinikk.

Geir Skauli
spesialist. Teamleder barnevernet, Skien

Hanne Kristine Haarset
spesialist. Seksjonsleder Moss DPS poliklinikk

Håkon Sverre Lycke
spesialist. Seksjonsleder Allmennpoliklinisk seksjon DPS Follo

Jarle E. Refnin
spesialist. Seksjonsleder HSDPS Halden poliklinikk

Nina Cathrin Garshol
spesialist. HR-sjef. Helse Møre og Romsdal

Rune Løvold
spesialist. Seksjonsleder allmennpsykiatrisk poliklinikk – Bjørgvin DPS

Nina Bjerke
spesialist, Øyane allmennpsykiatrisk poliklinikk, Helse Bergen HF

Landsmøtet skal snart behandle et forslag der foreningen blir bedt om å innføre 20 prosent klinisk praksis for å opprettholde spesialiteten i klinisk psykologi. Dette er vi sterkt uenige i.

Arne Holen foreslår i dette innlegget fra oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet minimum 20 prosent relevant klinisk praksis for å opprettholde spesialiteten i klinisk psykologi. Dette kan en ved første øyekast gi et anerkjennende nikk. Det er altså ikke så overraskende at det kommer et slikt forslag, men likevel er det nettopp det. Vi er en del av den tiden der New Public Management regjerer. En modell som nå opplever sterk kritikk fra psykologforeningens medlemmer, men der vi gjennom Holens forslag henger oss på i kvalitetssikring- og byråkratiseringsiveren.

Rekkevidden av et slikt forslag kan være voldsom og uheldig på flere områder. Med et slikt forslag vil det bli nødvendig å operasjonalisere, og byråkratisere, hva det innebærer å ha 20 prosent klinikk. Er det et gitt antall pasienter? Er det et gitt antall gjennomførte pasientkonsultasjoner? Vil det kreve en gitt diagnosegrupperfaring? Må det være gjennomført et minimum antall utredninger, og med erfaring fra et gitt antall diagnoser? Spørsmålene knyttet til en gjennomføring av en slik ordning vil kunne produsere en jungel av byråkrati.

Et annet grunnleggende spørsmål er hvorvidt det faktisk er slik at en som ikke har det vi måtte definere som klinisk praksis, ikke er kompetent på linje med det vi forventer av en spesialist i psykologi? Er det så enkelt at man bare kan si nei, slik Arne Holen legger opp til? Hvilken konkret kompetanse er det han vil peke på som vil diskvalifisere vedkommende? Er det en kompetanse som uten unntak kun vil være tilgjengelig gjennom en slik klinisk praksis? Et annet moment, som er ytterlige utfordrende, er forslaget implikasjoner for rekruttering av psykologer til lederstillinger.



Psykologer i ledelse

Psykologer i ledelse har vært et område psykologforeningen har jobbet med over tid, men som vil få et tungt skudd for baugen dersom Landsmøte fatter vedtak som støtter Holen sitt forslag. Uten at vi går tettere inn på det her, bærer psykologer i ledelse med seg en rekke ønskede implikasjoner for foreningen og dens medlemmer. Det er i hvert fall gjennom ledelse i vår største arbeidsplass, helseforetakene, at psykologer i ledelse er en klok investering. Arbeidspresset på ledere i helseforetakene er i dag på linje med det behandlere opplever – det er høyt. Dersom det innføres krav om 20 prosent klinikk, hva nå det måtte innebære, vil dette gi ytterligere arbeidspres på lederne. Man kan muligens tenke seg alternative løsninger, som at en slik leder for eksempel hvert femte år ikke er leder, men kun arbeider klinisk. Men, at vi som forening skal kunne definere slike kriterier, i konkurranse med andre profesjoner som ikke har tilsvarende krav, virker lite sannsynlig å få gjennomslag for. Her vil vi fort kunne overlate hele ledelsesbiten til andre profesjoner – noe vi for øvrig syntes å se tendenser til allerede. Vi skulle ønske foreningen hadde utviklet ledelsesrekrutteringsfremmende forslag og håper Holen sitt forslag ikke får tilslutning på landsmøtet.