

Videreutdanning i psykisk helsearbeid – et blikk tilbake, på nå-situasjonen og noen betraktninger om framtid



Gry Bruland Vråle

GryVrale@hibu.no

Denne artikkelen tar for seg en del av videreutdanning i psykisk helsearbeid sin historie. I forbindelse med den tverrfaglige videreutdanningens 10 års jubileum oppsummerer forfatteren noe av historien før 1998. Det dvelles litt ved situasjonen i 1998 og ved de 10 årene som har gått. Forfatteren diskuterer også noen av de utfordringer hun mener utdanning i psykisk helsearbeid står over for i fremtiden.

Det er 10 år siden tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid ble etablert i Norge. Det er 30 år siden jeg begynte som lærer ved det som den gangen het Spesialskolen i psykiatrisk sykepleie ved Statens Utdanningscenter for helsepersonell. I løpet av disse årene har jeg også arbeidet ved en psykiatrisk avdeling og særlig vært opptatt av den rolle jeg har hatt som veileder for psykisk helsearbeidere. Det har skjedd mye – både i praksisfeltet psykisk helsevern og i kommunene, i høyskole-systemet og i samfunnet for øvrig i disse årene. Utdanning i psykisk helsearbeid har beveget seg fra profesjonsspesifikke utdanninger til tverrfaglige videreutdanninger. I dag har man ved noen høyskoler opprettet en master i psykisk helsearbeid eller en master der en videreutdanning i psykisk helsearbeid kan inngå som moduler. Andre høyskoler fortsetter med en tverrfaglig videreutdanning. I de 10 årene som har gått, har jeg arbeidet ved to høyskoler; en med videreutdanning i psykisk helsearbeid og en med master i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helse-

arbeid. Etter min vurdering står utdanningen i dag overfor flere mulige veivalg.

Litt om tiden før 1998

I 1951 anbefalte Statens Sykepleieråd å opprette en utdanning for psykiatriske sykepleiere. 1. september 1954 startet 24 elever, som det het den gangen, på en ettårig utdanning ved den nyopprettede Statens spesialscole i psykiatrisk sykepleie, på Gaustad sykehus. Samme år ble det opprettet en tilsvarende utdanning ved Dikemark sykehus, med 7 elever, 6 fikk ikke opptak fordi de manglet husrom. Noen år etter ble det opprettet en utdanning i Bodø. Alle hadde i starten nær tilknytning til et psykiatrisk sykehus. (Lysnes, 1972). Skolen på Gaustad sykehus flyttet i 1962 til det nyopprettede Statens Utdanningscenter for Helsepersonell på Bygdøy, sammen med Staten Helsesøsterscole og Statens Jordmorscole. 1. januar 1981 ble utdanningene overført fra Sosialdepartementet til Kirke og Utdanningsdepartementet. De fikk da status som høyskoler og benevnelsen vide-

reutdanning. Videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie i tilknytning til eksisterende sykepleierutdanninger, ble etter hvert opprettet mange steder i Norge.

Jeg var student ved skolen på Bygdøy fra 1971–1972, og lærer samme sted fra 1977 til 1988. Noe av det som kjennetegnet tiden som student og de første årene som lærer, var at det var lite faglitteratur i psykiatrisk sykepleie. Undervisningen besto mye av forelesning. Forelesningene var krydret med lærernes praksiserfaringer. Det var mange praksisperioder. Det ble lagt stor vekt på å skape en identitet som psykiatrisk sykepleier. I 1971 var det to fagbøker i psykiatrisk sykepleie; «Psykiatrisk sykepleie» skrevet av en dansk lege, dr. med Arild Faurby (1969) og «Psychiatric Nursing» skrevet av den amerikanske sykepleieren Marion E. Kalkman (1967). I tillegg kom selvsagt bøker innen psykiatri og andre støttefag. Målsettingen var blant annet at studentene skulle få en bred praksiserfaring gjennom utdanningen. Som student hadde jeg praksis ved 3 psykiatriske sykehus og et nervesanatorium

De første årene som lærer, husker jeg som et intenst arbeid med å systematisere egne praksiserfaringer fra det kliniske feltet. Erfaringene ble systematisert og presentert av lærerne i forelesninger og etter hvert i kompendier. Så kom de norske fagbøkene. I Jan Kåre Hummelvoll sin bok «Innsikt en kilde til liv» (1980), var det bidrag både fra lærere og sykepleiere i psykiatrisk praksis. Tiden 1954–1998 var etter min mening en viktig tid for utvikling av faget psykiatrisk sykepleie. Tiden skapte en sterk identitet og stolthet innen faget. Slik praksis etter hvert utviklet seg, kom imidlertid behovet for en tverrfaglig utdanning.

Oppstart av tverrfaglig videreutdanning i psykiisk helsearbeid, 1998

Ny rammeplan for videreutdanning i psykiisk helsearbeid erstattet i 1998 Rammeplan for videreutdanning innen psykiatrisk sykepleie, og godkjente studieplaner innen psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk fysioterapi. Behovet for en ny utdanning, ble begrunnet med at det var viktig å skape en mer helhetlig utdanning innen psykisk helsearbeid. I begrunnelsen for en nasjonal rammeplan for videreutdanning i psykiisk helsearbeid blir det pekt på at:

- Videre- og etterutdanningstilbudene bør være tverrfaglige for å dekke de ulike utfordringer som ligger i fagfeltet og for å utvikle tverrfaglig samarbeid
- Brukerperspektiv og brukervedvirkning er momenter som vektlegges sterkere enn før
- Ut fra dagens (i 1998) helseproblemer og sosiale utfordringer, var det behov for nytenkning, og for flerfaglighet både i praksisfeltet og i utdanningene

Ved innføring av ny rammeplan, ble det fra noen av utdanningene pekt på at det var viktigere at videreutdanningene skulle gi studentene reell fordypning enn at utdanningene ble tilpasset flest mulig grupper av helse- og sosialarbeidere. Det var i denne tiden en del motstand mot og sorg over nedleggingen av de profesjonsspesifikke videreutdanningene. Dette tror jeg skyldtes en bekymring over hvordan det nå skulle gå med utvikling av yrkesidentitet og fagutvikling i de ulike profesjonene/fagfeltene. For de faggrupper som ikke hadde noen egen utdanning, som ergoterapeuter og vernepleiere, ble et håp om en mer tverrfaglig praksis, videreutdanning og fordypning vekket. Ved

Høgskolen i Oslo, søkte man, og fikk en ekstra klasse for studenter i videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Senere har noen få høyskoler hatt en egen fordypning i sykepleie. Andre skoler har ikke valgt den løsningen. De har brukt muligheten til fordypning i den enkeltes profesjon eller tematiske områder gjennom den obligatoriske psykososiale fordypningen.

Den nye rammeplanen ga tydelige signaler når det gjaldt utvikling av relasjonskompetanse, både det å forstå psykiske lidelser i et relasjonelt perspektiv, og det å arbeide med de relasjonelle aspektene av psykiske lidelser i samhandling med bruker og nettverk. Retten til et selvstendig liv og krav på respekt for egne valg uansett alvorlighetsgrad ble også vektlagt. Kvalitative aspekter ved relasjonen mellom bruker og fagpersonen ble understreket som et viktig utdanningsområde.

Det var en viktig milepæl for fagfeltet psykisk helsearbeid at man i 1998 førte de ulike videreutdanninger for yrkesutøvere med treårig utdanning innen psykisk helse sammen. Ulike profesjoner møtes i forelesninger, gruppearbeid og veiledning. Her legges det til rette for en gjensidig forståelse både for hverandres profesjonsbakgrunn, for felles forståelse og arbeidsområder og for et bedre tverrfaglig samarbeid.

En del av den historiske utvikling er at det årlig arrangeres en faglig konferanse for alle landets videreutdanningene. Her diskuteres ulike erfaringer fra arbeidet med utdanningene. Enda en befesting av faget psykisk helsearbeid kom i 2004 ved etablering av Tidsskrift for psykisk helsearbeid, utgitt av Universitetsforlaget. Etter initiativ fra landskonferansen ble tidsskriftet en realitet. Det

har gitt rom for fagutvikling, fortellinger, debatter og bokanmeldelser innen faget psykisk helsearbeid, og bidratt til å belyse faget.

I de 10 årene utdanningen har fungert etter en tverrfaglig rammeplan, har mange ytre faktorer virket inn. Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), nye helselover, Kvalitetsreformen for høyere utdanning (2001) og en betydelig kunnskapsutvikling innen fagfeltet er eksempler på påvirkningsfaktorer på utdanning i psykisk helsearbeid. Tilgang på informasjon og kunnskap gjennom bøker, media og internett for så vel yrkesutøvere som for pasienter/ brukere og pårørende/nettverk, har trolig påvirket, og vil vel i fremtiden også påvirke både praksis og utdanning.

Jeg vil hevde at intensjonene med den tverrfaglige rammeplanen fra 1998, langt på vei er oppnådd. Min vurdering er at gjensidig forståelse mellom ulike profesjoner og tverrfaglig samarbeid har økt. Relasjons- og nettverksperspektivet er vektlagt både i undervisning og behandling. Brukerperspektivet har fått en bredere plass i utdanningene i pensum, ved at det tematiseres og ved at brukere og pårørende underviser. En stor andel av de jeg har veiledet på den avsluttende oppgaven der studentene selv velger tema, har utdypet brukerperspektivet i sin oppgave. Inntrykket om at tverrfaglighet og brukerperspektivet er styrket i utdanningen, bekreftes også i en evalueringsrapport utført av SINTEF Helse (Ådnanes & Harsvik, 2007). Her påpekes imidlertid også mangler i Videreutdanningene. Kritikken gjelder blant annet at det er for lite kunnskap og forståelse om psykiske lidelser og problemstillinger rundt psykisk helse. En stor andel av studentene som er spurt i eva-

lueringen, påpeker videre at lærene på studiet manglet relevant kompetanse innen psykisk helsearbeid.

10 år er gått og hva nå?

Videreutdanningene står etter min mening ved mange viktige veivalg og mange utfordringer, nå bare 10 år etter at den ble etablert som tverrfaglig utdanning. En del av disse utfordringene omtales grundig av Ekern (2007) og Johansen & Saur (2007). Redaksjonen i Tidsskrift for Psykisk helsearbeid peker på 7 viktige forbedringspunkter i dette nummeret som også har relevans for utdanningen. Jeg vil sette fokus på utfordringer knyttet til vitensparadigme, profesjonalitet og personlig kompetanse, pedagogikk, praksis og den nye gradsstrukturen.

Å videreutvikle og forme nye paradigmer for psykisk helsearbeid

Redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid utfordrer oss, høyskoler og praksisfeltet på områder som har betydning for pasienter og brukere. En av utfordringene de gir oss er, at sykdomsmodellen må forlates som grunnmetafor i feltet. De ber oss hold fokus på mestring av hverdagsliv, på ressurser og kompetanse og ikke på avvik, symptomer og diagnoser. Tidsskriftets redaktør utfordrer fagfeltet i artikkelen «*Tenkning som former for praksis*» (Andersen, 2007), og hevder at psykisk helsearbeid er et historisk nytt begrep som ennå ikke er tilstrekkelig definert og fylt med innhold. Han hevder, slik jeg leser ham, at man i psykisk helsearbeid ikke har hatt den nødvendige diskusjon om det faglige grunnlaget for psykisk helsearbeid, og at fagfeltet fremdeles er formet av det medisinske psykiatriske vitensregimet. Det ligger i utdanningens navn at fokus i utdanning til psykisk helsearbeid skal være på helse.

Dette må få konsekvenser for utdanningen ved at f. eks det salutogene perspektivet (Antonovsky, 1991), får en bred plass i pensum og i undervisning og begrunnelse for valg av arenaer for praksisstudier. Utdanning innen psykisk helsearbeid bør, etter min mening, være å skape læringsarenaer der et helseperspektiv så vel som et sykdomsperspektiv må tematiseres, og gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon. Å ha helse, står slik jeg ser det, i et dynamisk forhold til det å erfare for eksempel psykiske lidelser. Kunnskap om diagnoser og symptomer er lett tilgjengelig i bøker innen psykiatri og på ulike nettsider både for de som utdanner seg innen psykisk helsearbeid og for pasienter og pårørende. Opplevelser av hvordan livet og mestring av hverdagsliv kan påvirkes av angst, depresjon, forvirring, medikamenter og rusmisbruk, er nødvendig for å utvikle forståelse for både helse og lidelse eller psykisk smerte. Både brukere, pårørende og psykisk helsearbeidere er viktige undervisere for å belyse dette. Med et fokus på mestring og kompetanse hos brukere og pasienter kan utdanning i psykisk helsearbeid være med å utvikle veiledning og undervisning som viktige verktøy i behandling innen området psykiske lidelser. Jeg tenker da på en veiledning der den som er veisøker, her brukere eller pasienter, eier de dilemmaer og problemer som han eller hun står over for, og som et hovedprinsipp beholder hovedansvaret for å finne løsninger på det han eller hun står over for av utfordringer. En integrert holdning av likeverd vil kunne imøtekomme de utfordringene som gis oss av redaksjonen med hensyn til å lytte til folks erfaringer og tro på det de sier, og la etikken og dialogen komme først. Videre må hjelpen forankres i folks egne erfaringer av hva som er til best hjelp. Psykisk helsearbeid vil imidlertid etter min mening alltid stå i en

spenning mellom det å være en ekspert, hjelper, behandler, psykisk helsearbeider eller hva man velger å kalle det, og det å la hjelpen forankres i folks egne erfaringer om hva som hjelper. Refleksjon over dette spenningsfeltet og over makt – avmakt, som kan oppstå i slike relasjoner, må synliggjøres og ha en stor plass i utdanning til psykisk helsearbeid. Bevisstgjøring på dette området kan skje ved forelesninger, men utvikles etter min erfaring best i veiledning i mindre grupper. Det er kanskje den viktigste ferdigheten vi utdanner til. Utvikling av personlig kompetanse ved å oppøve evne til selvrefleksivitet ved refleksjon over egne møter med brukere, er et viktig dannelsesområde.

Noen betraktninger om utvikling av personlig kompetanse

Redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid ønsker at man innen feltet har fokus på personlig kompetanse og ikke på profesjon. Å inneha en profesjon er en yrkesspesifikk kompetanse. Psykiske helsearbeidere har forskjellige profesjoner. Å være profesjonell eller å opptre profesjonelt, kan beskrives som en tverrfaglig og fellesfaglig kvalitet som utdanning i psykisk helsearbeid bør ha fokus på. Finn Carling (1975) bruker i sin bok; Skapt i vårt bilde, uttrykket «å opptre menneskelig» om det å være profesjonell. Han sier; «... og slik jeg ser det, er den profesjonelle et menneske som på grunn av sin utdanning nettopp er i stand til å ta inn over seg menneskelige problemer uten å bli nevneverdig truet av dem og uten å miste kontrollen over egne reaksjoner. Den profesjonelle har med andre ord spesielt gode forutsetninger for å opptre menneskelig» (s. 47–48). Videreutdanning i psykisk helsearbeid bør ha fokus på utvikling av profesjonalitet i form av menneskelighet som en viktig kvalitet.

Kompetansebegrepet kan knyttes til skikket og er i dagligtale det man omtaler som: en persons evne eller kvalifikasjoner (Skau, 2005). Skau omtaler kompetanse ved å beskrive det som en helhet, bestående av personlig kompetanse, yrkesspesifikke ferdigheter og teoretisk kompetanse. Personlig kompetanse omtaler hun som en grunnmur og hun hevder at det består av holdninger, etikk, empati, relasjonskompetanse osv. Dette er kompetanseområder som er felles for alle grupper innen psykisk helsevern. Det er grunn til å tro at utvikling av personlig kompetanse og bør skje i læresitasjoner som er tverrfaglige fullt ut. Skillet mellom utdanning av psykologer og psykiatere og psykisk helsearbeidere bør oppheves på dette området. Moralske dilemma, etiske spørsmål og relasjonelle ferdigheter er i sin karakter fellesfaglige eller tverrprofesjonelle anliggender. Man møter de samme utfordringer og de samme muligheter, enten man er en med treårig helsefag som tar en videreutdanning i psykisk helsearbeid eller moduler i en master innen samme fagfeltet, spesialiserer seg som psykiater eller klinisk psykolog eller er bruker eller pårørende. Min erfaring og andres erfaring, (f. eks Gadgil & Forsgren, 1997), er at deltakerne i tverrfaglige grupper oppnår en gjensidig forståelse for hverandre som yrkesutøvere.

Psykisk helsearbeid omfattes av blant annet samarbeidsformer for mellommenneskelige møter og samtaler og refleksjon over livet (Bøe & Thomassen, 2007). Slike tema bør være gjenstand for en diskurs mellom alle samarbeidspartnere innen psykisk helsearbeid. Utdanninger i psykisk helsearbeid kan være initiativtakere og skape arenaer for dialoger for ulike grupper innen psykisk helsearbeid.

Noen pedagogiske utfordringer i dagens utdanning

Utdanning i psykisk helsearbeid må etter min mening være både en dannelsesprosess og en utdanningsprosess. Dannelsesprosess fordi utdanningen skal ha fokus på personlig kompetanse som holdningsdannelse, empati og relasjonskompetanse. Den skal også ha fokus på aktuelle yrkesferdigheter innen fagfeltet psykisk helsearbeid og på teoretisk kunnskapsutvikling for studentene. Disse kravene gir konsekvenser for hvilke pedagogiske tilnærminger vi velger. Utdanning i psykisk helsearbeid er ofte organisert som deltidsutdanninger med relativt lite timeplanbelagt undervisning. Kunnskapsformidling gjennom dialogpregede forelesninger er etter min erfaring viktig for voksne som studerer på deltid, og er også en viktig del av utdanningene i dag. Det kan ut fra min erfaring noen ganger gå på bekostning av andre undervisningsformer som er nødvendig i denne utdanningen. Utdanning av psykiske helsearbeidere handler om dannelsen til å bli gode samværs, samtale- og samarbeidspartnere. Utdanningen må da omfatte samtaler om, og refleksjon over, etiske og moralske dilemma fra samvær, samtaler og samarbeid. Utdanningen må gi rom for at studenter utvikler evne til selvrefleksivitet. Samtaler om og refleksjon over hvordan man møter andre på en personlig – faglig måte, og over hva arbeid som psykisk helsearbeider gjør med en selv, må også være et tilbud i utdanningen. Utvikling av relasjonskompetanse fordrer veiledningsgrupper og refleksjonsgrupper. Ved det kan refleksjon over forholdet mellom teori og praksis og mellom idealer og realiteter være med å utvikle faget. Det er etter min mening et hovedanliggende at utdanningene gir rom for refleksjon over dilemma knyttet til dette. Dette må utvikles og verdsettes like høyt, om

ikke ennå høyere, enn det formidling av evidensbasert kunnskap gjør i dag. Studentene trenger selvsagt evidensbasert kunnskap, men de trenger også læresituasjoner som gir rom for en kritisk refleksjon over hvilken betydning slik kunnskap kan ha for praksis. Med de krav som i dag stilles til evidensbasert kunnskapsformidling innen høyere utdanning, kan det etter min mening noen ganger se ut som utvikling av relasjonskompetanse og en kritisk refleksjon ikke verdsettes høyt nok. Da dette innebærer undervisning i mindre grupper med større lærer/veiledertetthet, er det trolig også en økonomisk utfordring innen utdanningssystemet. Kanskje kan det også være et viljesspørsmål hos lærere med arbeidsplaner som er utarbeidet fra helt andre normer og verdier enn dette viktige, men ressurskrevende lærerarbeidet. Jeg mener at undervisning og veiledning har for lav status i utdanning i psykisk helsearbeid i dag. Forskning og artikkelsskriving gir tilsynelatende mer ære i alle fall for høgskolene og lærerne. Tid sammen med og samtaler med studenter er etter min mening like viktig som skrivearbeid. Jeg vil utfordre lærerne ved videreutdanninger og masterutdanninger til å ta tilbake de dannelsesprosessene som ligger i dialogpregede forelesninger, i samtaler med og veiledning av studenter. Slik kan viktige dilemma og muligheter innen områder som valgfrihet, motivasjon og brukermedvirkning, og relasjonsarbeid gjenerobre sin fortjente plass i utdanningen.

Mange studenter hevder at vi lærere ikke har god nok kompetanse innen psykisk helsearbeid. Det er en alvorlig påminnelse om betydningen av læreres rolle som modell. Jeg antar at kritikken retter seg både mot det som formidles og måten det formidles på. Rammeplan for videreutdanning stiller krav om at

lærere innen videreutdanning har erfaring fra praksisfeltet. Slik er ikke alltid virkeligheten. Vi trenger en tverrfaglig rekruttert lærerstab til dette feltet. En lærerstab som kan kaste lys over både teori og praksis, og kanskje særlig over det dynamiske forholdet det alltid vil være mellom teori og praksis og mellom idealer og realiteter. Det er vel her i slike dialoger at lærerne kan skape troverdighet og vise sin forståelse av faget. Dette kan være en utfordring i dag siden krav om formalkompetanse i form av førstekompetanse er nødvendig for om høyskolene skal akkrediteres. Innen vårt fagfelt er det et poeng at det er et tilstrekkelig antall lærere, gjerne med førstekompetanse, som kjenner praksisfeltet godt. Om lærerne har en kontinuerlig og nær dialog med det praksisfeltet vi utdanner til, kan noen av manglene som studentene påpeker bedres. Det kan skje ved at lærestaben ved utdanning psykisk helsearbeid arbeider eller hospiterer i praksis med jevne mellomrom, har samarbeidsprosjekter med ansatte og brukere i praksis eller har veilednings – eller refleksjonsgrupper med studenter og ansatte og brukere i praksisfeltet. Det fordrer også at praksis inviterer oss inn.

Praksis

Rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid stiller krav om praksisstudier, brukerrettet prosjektpraksis/og ferdighetstrening tilsvarende 15 studiepoeng. Mange studenter tar i dag videreutdanning som deltidsstudie ved siden av sitt arbeid innen ulike områder innen kommune – eller spesialisthelsetjenesten. Skolene stiller etter min erfaring ulike krav om hvorvidt man skal arbeide innen psykisk helsearbeid gjennom utdanningen. Alle skolene har etter min erfaring en definert praksisperiode på ca 10 uker. Jeg er bekymret for om studentenes praksisstudier er verdsatt

høyt nok og gies nok oppmerksomhet i dagens utdanning. Verdsetting på dette området vil vise seg ved læreres kontakt med studenter og deres kontakter i praksis, krav til veiledning gjennom praksisperioden og arbeidskrav knyttet til praksis, f. eks i form av prosjektoppgaver fra praksis. Ferdighetstrening kan skje i praksis, men også ved at lærere tar i bruk undervisningsmetoder som gir rom for både øvelse i og refleksjon over praksisrelaterte ferdigheter innen psykisk helsearbeid. I deltidsutdanninger med få teori-samlinger, tror jeg læringsarenaer for praksisrelaterte ferdigheter har for liten plass.

Videreutdanningens plass i en ny gradstruktur

Kvalitetsreformen og den nye gradstrukturen innen høyere utdanning i 2003, er trolig den faktor, som mer enn noe annet, gjør at utdanning til psykisk helsearbeid er ved viktige veivalg og utfordringer – nå 10 år etter at det ble etablert en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid. Treårige utdanninger innen helse og sosial fikk da benevnelsen bachelor – utdanninger. Neste nivå i den nye gradsstrukturen er mastergrad. Noen høyskoler har etablert egne masterstudier i psykisk helsearbeid. Dette er trolig svært viktig for å stimulere og utvikle fagutvikling og forskning innen psykisk helsearbeid. Min erfaring er at praksisfeltet og studenter også etterspør en praksisnær videreutdanning i psykisk helsearbeid på 60 studiepoeng. Det er knyttet noen utfordringer til den nye gradsstrukturen hvor både utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet må være bevisste og handlende i forhold til. Høyskolene har mange hensyn å ta når de velger hvilke masterstudier de skal satse på. Studenttilgang og kompetanse i lærerstaben kan avgjøre hvilke masterstudier skolene tilbyr. Ut fra slike vur-

deringer har noen høyskoler opprettet en tverrfaglig master der psykisk helsearbeid er et av flere studie – løp, altså en form for breddemaster. Psykisk helsearbeid er etter min mening kvalitativt forskjellig fra mer somatiske fagfelt som ofte bygges inn i en slik tverrfaglig master. Det kan da være en utfordring å bevare tilstrekkelig fordypning i psykisk helsearbeid. Jeg mener at vi trenger egne mastergradsstudier i psykisk helsearbeid, men det bør kanskje avklares tydeligere hvor mange masterprogram vårt land trenger? Det sentrale er imidlertid å kunne i møtekomme brukernes og praksisfeltet sitt behov tilgang på personell med en kompetanse ut over videreutdanningsnivå. For å i møtekomme praksisfeltets etterspørsel om kompetanse for klinisk psykisk helsearbeid, må videreutdanning i psykisk helsearbeid opprettholdes slik jeg ser det. Videreutdanningene sin plass i den nye gradsstrukturen er det imidlertid ikke noe entydig svar på. Noen høyskoler har løst dette ved at man bygger inn videreutdanningene som selvstendige moduler i en master. Studentene avslutter da studiene etter de modulene som tilsvarende en videreutdanning og har da, langt på vei, en fullverdig videreutdanning i psykisk helsearbeid. En masterutdanning kan imidlertid ha et formål og et innhold, som ikke uten videre er i tråd med det en videreutdanning skal være. De intensjoner som kom med den Rammepianens for tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid (se ovenfor), bør etter min vurdering stå ved lag. Dersom videreutdanningen innarbeides som en del av en breddemaster kan viktige kvaliteter gå tapt. Krav til en masterutdanning kan påvirke videreutdanningene slik at de mister sin fordypning og praksisnærhet. Det er fordi den reelle fordypningen først kommer i masteroppgaven som er siste modulen i en master.

Rent praktisk kan det være bra for noen studenter å avslutte etter to moduler i en master for å arbeide videre i praktisk psykisk helsearbeid, eller ta en pause for å gjenoppta studier senere i karrieren. For utdanningene er det imidlertid uhensiktsmessig at studentene slutter midt i et studieforløp. Brudd i studieforløp gir mindre økonomisk uttelling for skolene. Det er heller ikke i tråd med kvalitetsreformens intensjoner om intensitet i utdanninger. Vi står altså over for utfordringer når det gjelder å bevare og videreutvikle utdanning til psykisk helsearbeid som er tilpasset praksis sitt behov for kompetanse, gradsstrukturen i høyere utdanning, studentenes behov for fleksible utdanningssystemer og høyskolenes inn tjeningsbehov. En vei å gå kan være at videreutdanningene fortsetter som fullverdige utdanninger ved siden av den etablerte gradsstrukturen. Slik jeg vurderer videreutdanningene i dag, skal det bare små justeringer av fagplaner til for å gjøre dem til fullgode moduler i en master. Å opprettholde videreutdanningene som selvstendige utdanninger kan imidlertid være en risiko i en verden der masterutdanninger gir mer prestisje og får mest ressurser. Videreutdanningene kan da bli stebarn i den nye gradsstrukturen

En oppsummering og litt om veien videre

Utdanning til psykisk helsearbeid vil i fremtiden foregå på mastergradsnivå. Utdanningen vil mest trolig også foregå i form av videreutdanning i flere år fremover. Uansett må utdanningsinstitusjonene arbeide videre med å utdype og presisere begrepet psykisk helsearbeid. Fagfeltet, det vil si praksis og utdanningene utfordres av redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid til å ta brukere med i denne i den prosessen. Utdanningene må i dette arbeidet medvirke til en bevisstgjøring

og utvikling av vitenskapsparadigmer og kunnskapsgrunnlaget i psykisk helsearbeid. Masterutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid bør utgjøre en forskjell i feltet, og introdusere andre og supplerende paradigmer til det medisinskspsykiatriske paradigmet som i dag preger store deler av praksisfeltet. Å gjøre en forskjell i feltet utfordrer også oss som arbeider innefor utdanningene til å være aktører i feltet, ved å interessere oss for praksis på en respektfull, konkret og deltagende måte. Det vil si være til stede i den kliniske verden og ikke alene bedrive akademiske øvelser og tro vi forandre praksis fra innsiden av våre vegger. Det er for eksempel lett å kritisere de psykiatriske sykehus og deres murer og modeller. Men hva med høgskole- og universitetsmurene? Med hvilke blikk ser vi som gjerne befinner oss innenfor disse murene på livet utenfor? Hva vet vi egentlig om det konkrete psykiske helsearbeid – om det å komme inn i en stue i en bygd der en person som opplever en akutt psykisk krise skal hjelpes? Der ikke bare personen, men hele familien og ikke minst barna kan være i en krise? Og der kanskje fastlegen som ringte og stilte krav om at nå må psykiatrien ordne opp, er den som føler mest på denne krisen? Det kan være helt betimelig med studentkritikk som går på at lærere ikke vet hva som rører seg i psykisk helsefeltet, og at det er en rekke problem ved å ha akademisering og teoretiske analyser og forståelsesmodeller som sin gullstandard. Master – og videreutdanning til psykisk helsearbeid må i tillegg til å formidle evidensbasert kunnskap, utvikle kunnskaper fra samtaler om og en

systematisering av praksiserfaringer. En nær dialog og et nært samarbeid med hele praksisfeltet og med ulike brukerorganisasjoner må bygges og vedlikeholdes. Høgskolene bør utvikle fleksible utdanningsløsninger slik at de kan møte brukere og praksis sitt behov for kompetanse i psykisk helsearbeid.

Litteratur

- Andersen, A.J.W. (2007). Tenkning som former for praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (1), 4–15.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Bøe, D. T., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carling, F. (1975). *Skapt i vårt bilde. Skisser om behandling og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Faurbye, A. (1969). *Psykiatrisk sykepleie*. (5. utg.). København: Dansk Vitenskapers forlag.
- Ekren, K. (2007). Videreutdanningen i psykisk helsearbeid i en reformtid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (2), 174–183.
- Gadgil, I., & Forsgren B. (1997). Veiledning som et verktøy for utvikling av tverrfaglig samarbeid. *Helsesekretæren*, 4, 16–18.
- Johansen, O., & Saur, E. (2007). Videreutdanning eller master i psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3 (2), 388–396.
- Hummelvoll J. K. (1980). *Innsikt en kilde til liv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kalkman, M. E. (1967). *Psychiatric Nursing*. (3d Ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Lysnes, M. (1972). *Fra Statens spesialskole i psykiatrisk sykepleie. Festskrift*. Oslo: Statens utdanningscenter for helsepersonell.
- Skau, G. M. (2005). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid 60 studiepoeng. Fastsatt 1. desember 2005*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Ådnanes, M., & Harsvik, T. (2007). *Evalueringsrapport av videreutdanningen i psykisk helsearbeid*. (Rapport SINTEF A2954). Trondheim: Sintef.

Summary

Gry Bruland Vråle

Continuing Education for Mental Health Workers – a Retrospective Glance – a Look on the Present and Some Considerations about the Future

This article describes parts of the history of the continuing education for mental health workers in Norway from 1954 until 1998. Further on it gives some consideration to the situation from 1998 until 2008, and some reflections related to challenges for the future education of mental health workers.