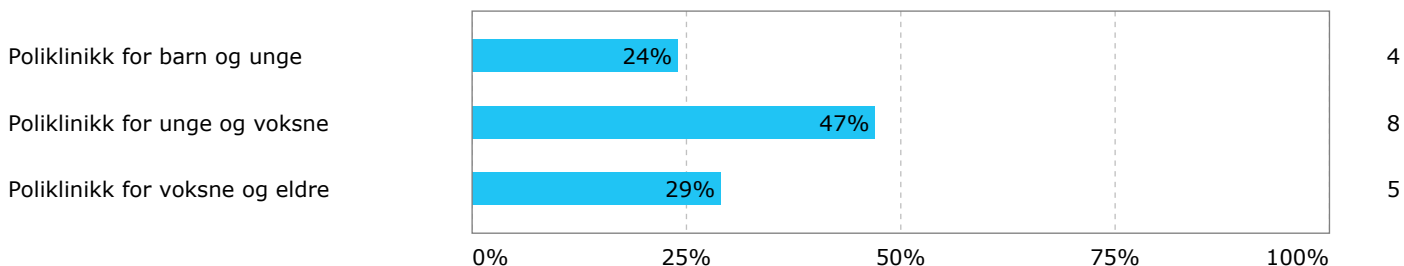
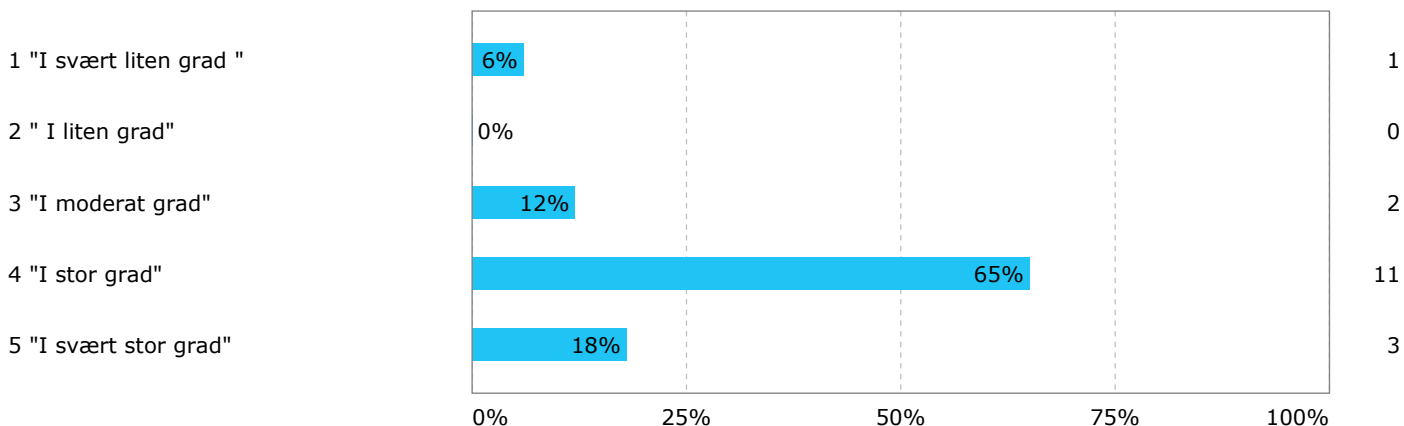


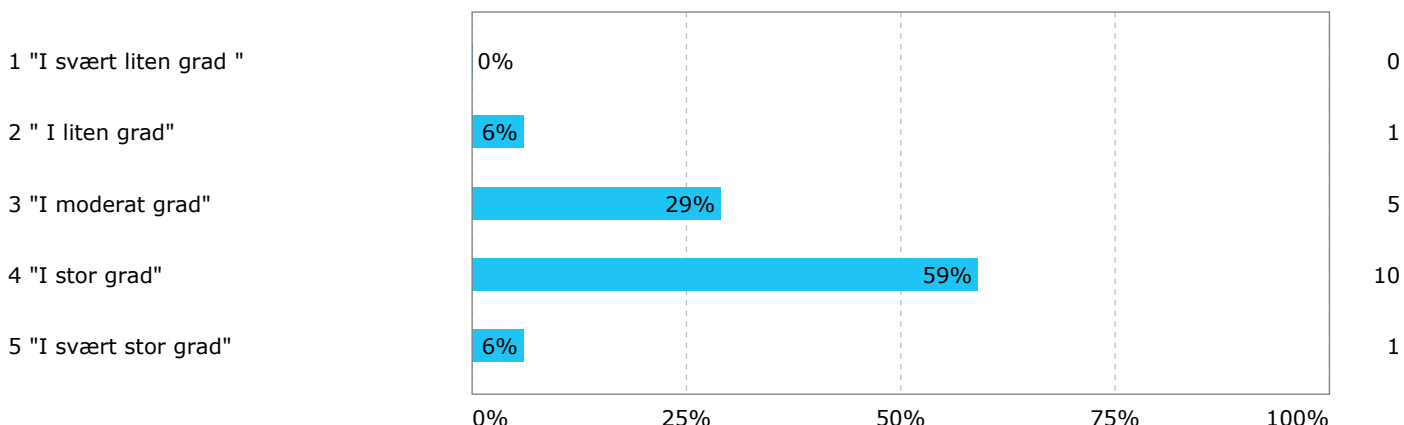
Hvilken poliklinikk har du hatt praksis ved?



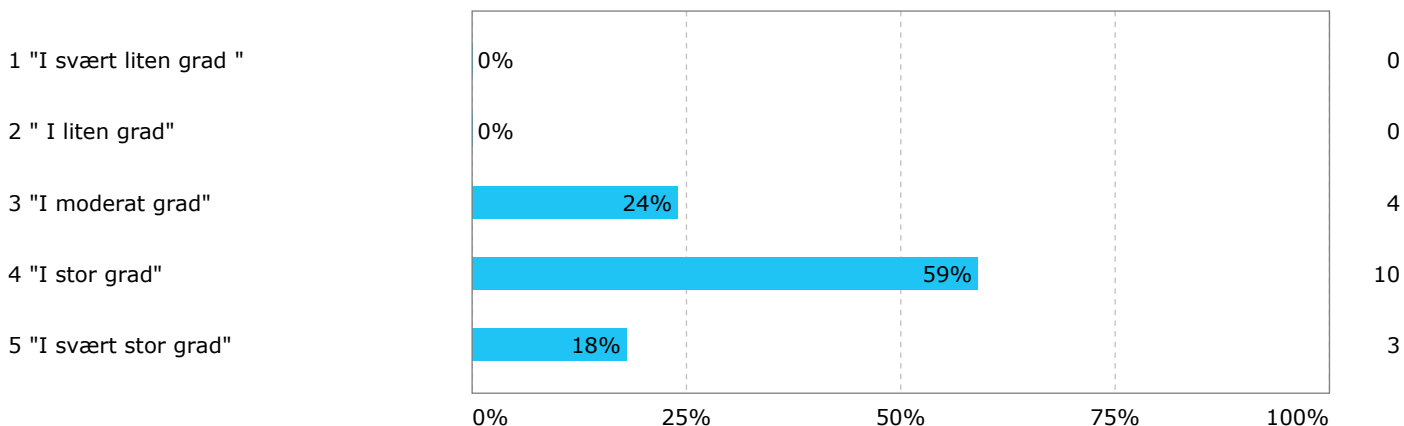
1: Begrepssette og analysere klienters behov for psykologisk behandling:



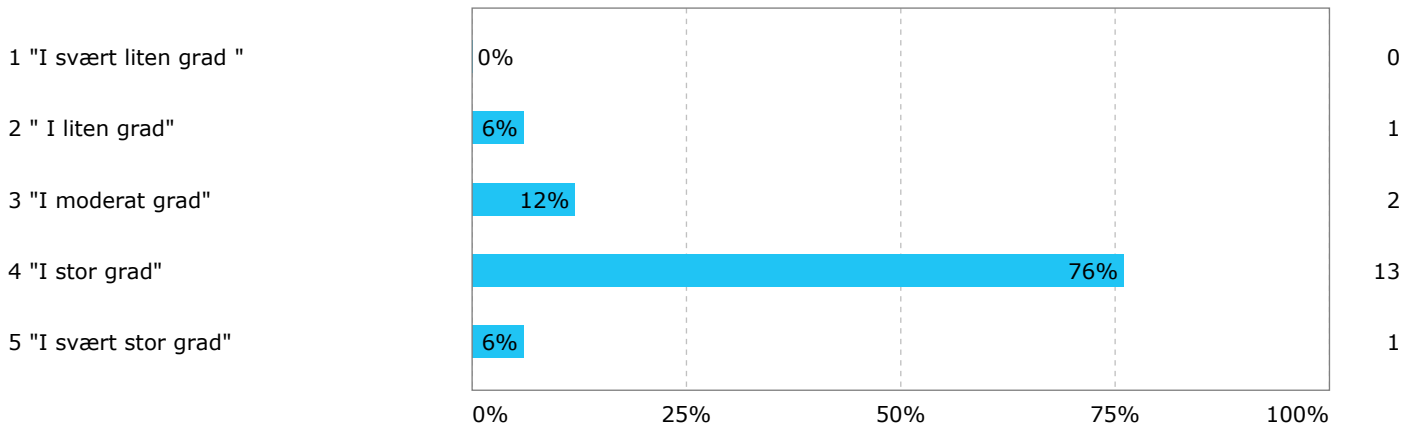
2: Reflektere over bruk av forskningsbasert kunnskap i psykologisk utredning og behandling



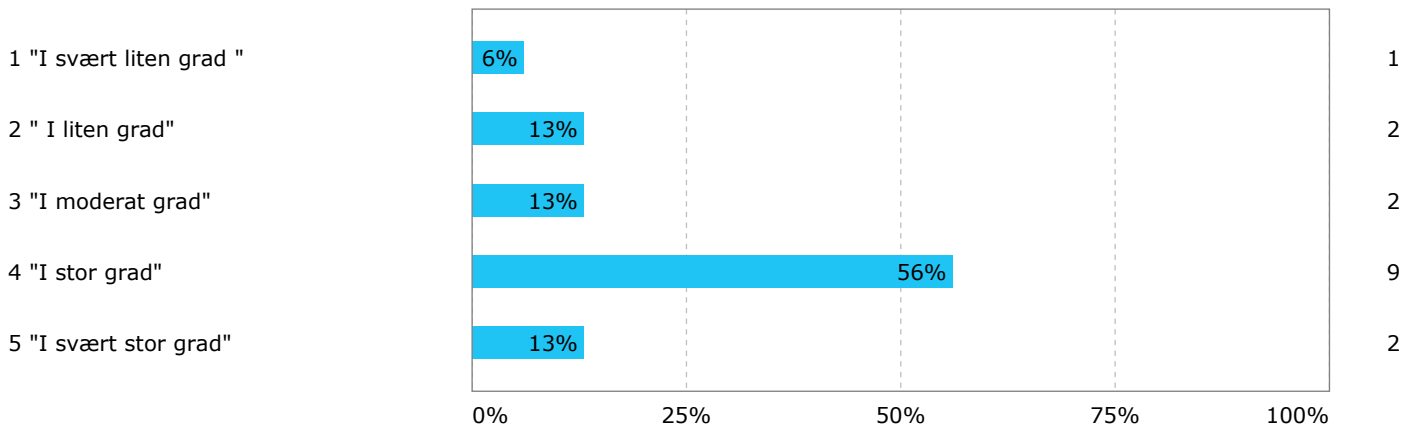
3: Planlegge og utføre intervensjoner tilpassa den enkelte klients vansker, ressurser, livsfase og sosiokulturelle kontekst:



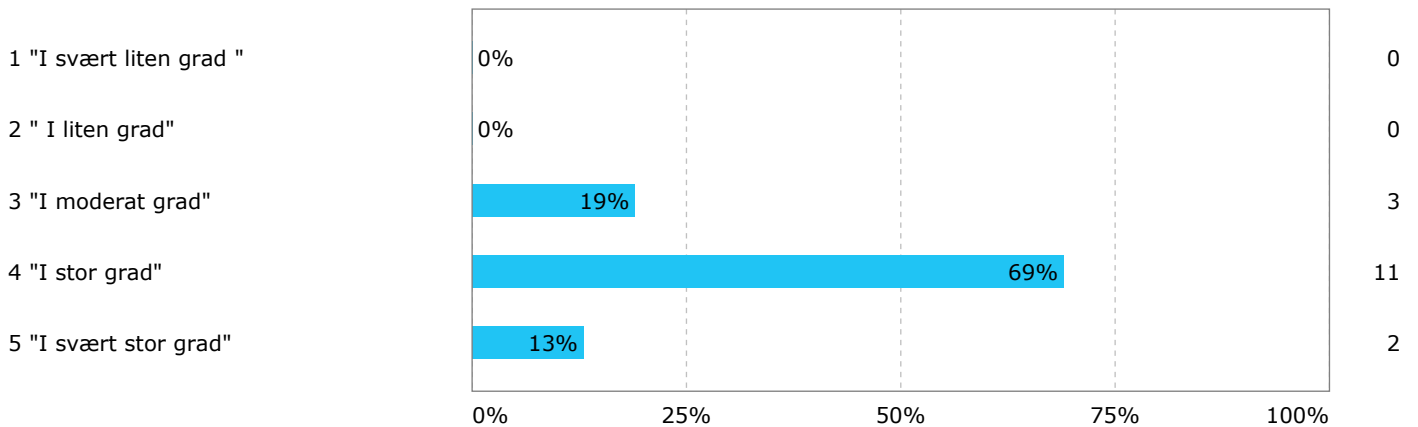
4: Analysere etiske dilemma i psykologisk behandling:



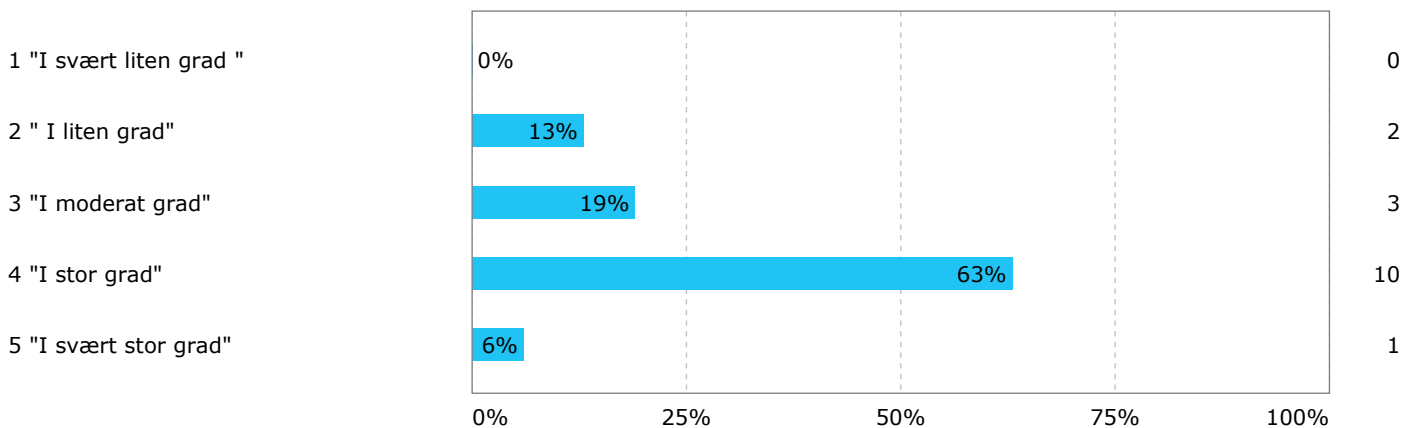
1: Utrede klienters vansker og ressurser og utarbeide en kasusformulering med henblikk på behandlingsplan:



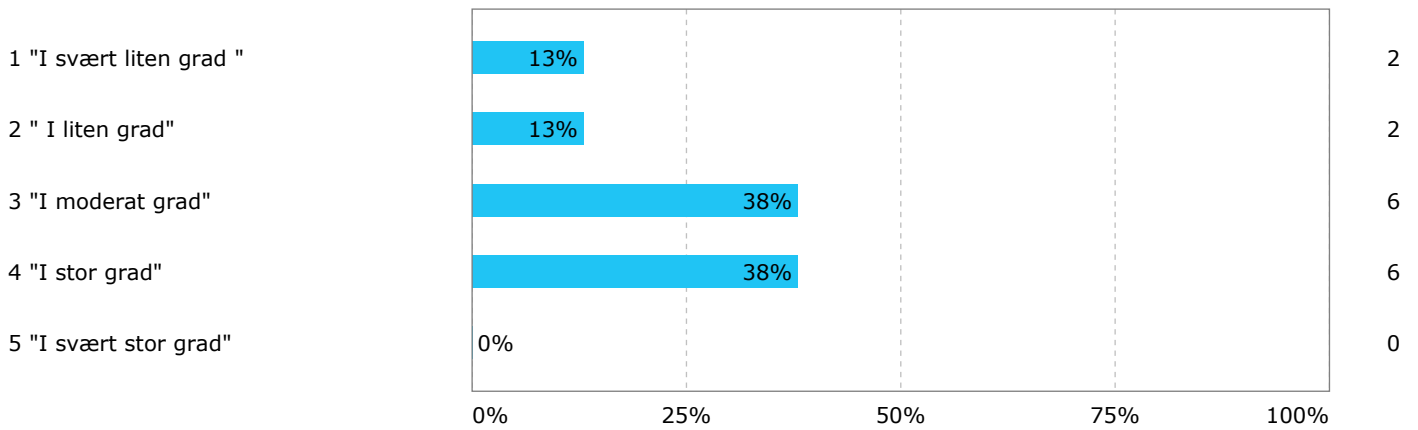
2: Behandle lettere psykiske vansker under veiledning



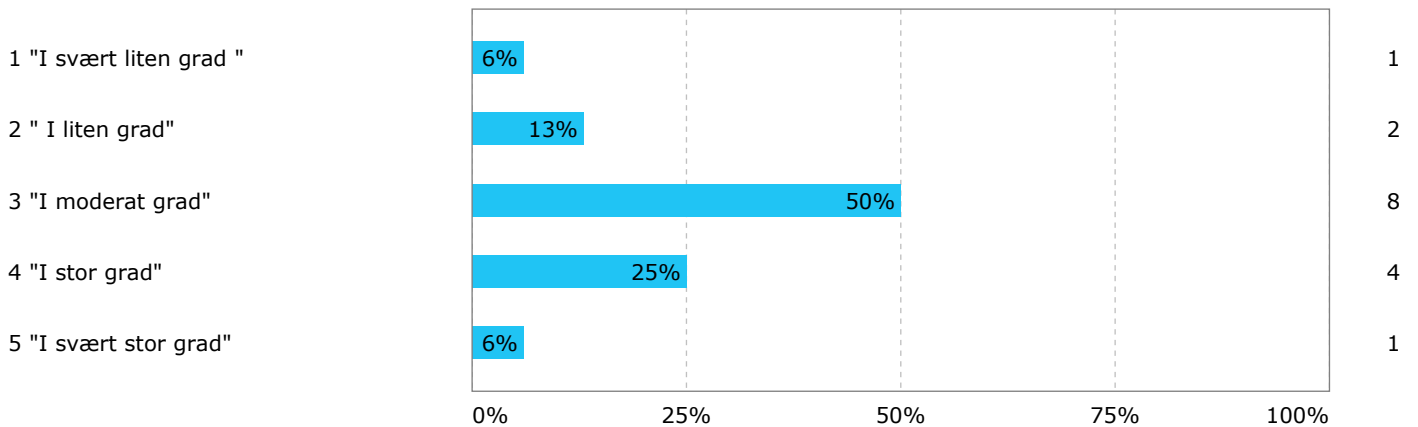
3: Anvende forskningsbasert klinisk psykologisk kunnskap for å undersøke og behandle klienters problem med sikte på adekvat hjelp:



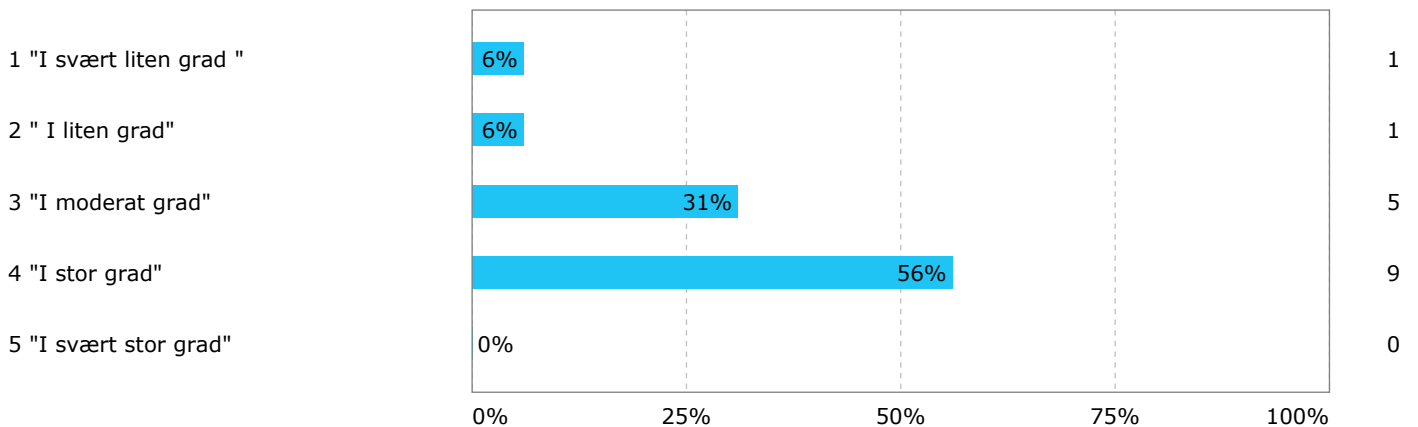
4: Vurdere hjelpetiltak ved risiko for selvmord, selvskading og psykose:



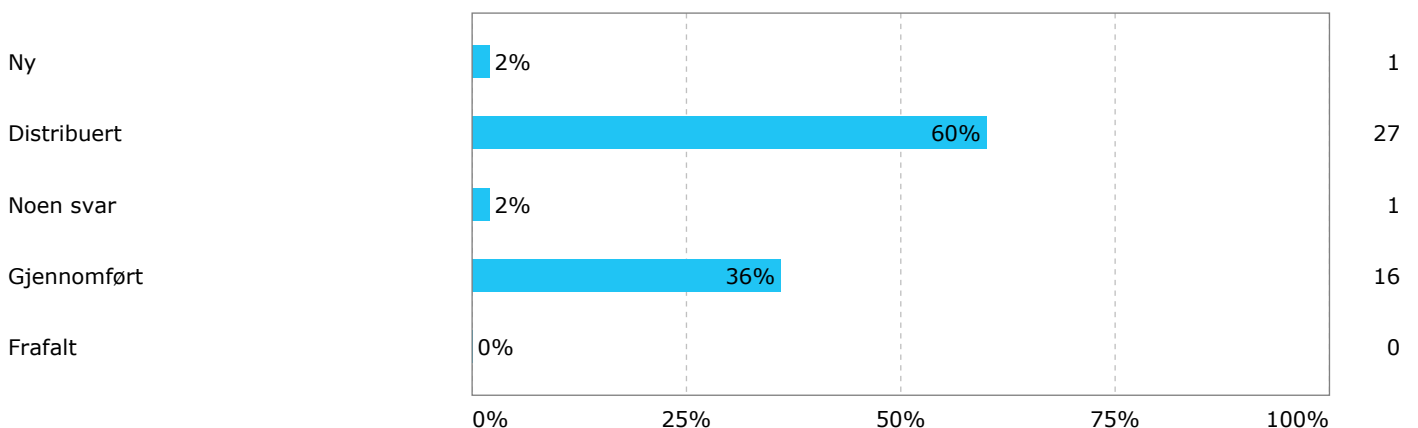
5: Føre journal i tråd med fagetiske retningslinjer, lover og forskrifter:



6: Anvende systematisk tilbakemelding fra klienter for å optimalisere behandlingsutbytte og forebygge forverring:



Samlet status



Forhold som bør bevares ved intern klinisk praksis slik den er nå:

- Formatet med 1 dag veiledning i uka, de forskjellige prestasjonene i veiledningsgruppene var lærerike
- - Fint med tilfeldig sammensatte praksisgrupper, og at det er gitt mulighet for å gi beskjed til klinikkleder om potensielt problematiske samarbeidsforhold før gruppene settes sammen. Jeg synes det har vært veldig spennende å dele praksiserfaring med de tre andre medstudentene på kontoret!

- bra og nødvendig med 3-4 timers veiledning i uken

- STAFF (men skulle gjerne hatt den allerede andre semester, slik at man fikk tid til å benytte seg av rådene man fikk. Og at flere ansatte fra institutt for klinisk psykologi var til stede, ikke bare klinikkleder, slik at man fikk en bredde i innspillene).

- at man alltid føler man kan banke på klinikkleders dør for spørsmål. Og Bente Haktorson! Hun har alltid åpen dør når hun er på kontoret, noe som gjør at man føler seg velkommen når man trenger hjelp.

- sms-kommunikasjon med pasienter
- Mer samsvar mellom hva som er standard på tvers av ulike veiledere, eks opp mot opplæring i journalskriving, type veiledning, eks. tilby reflekterende team etc, grad av autonomi, og gjennomføring av obligatorisk aktivitet, som eks. presentasjoner. Terapeutisk utfordring burde alltid gjennomføres, og gjerne i slutten av 2. semester på internklinikk, sånn at man har mulighet til å jobbe med de utfordringene som kommer opp. Og det hadde vært supert om barn og unge sin klinikk mobil kunne blitt mer fleksibel som på noen av de andre internklinikene, hvor studentterapeutene får videresendt sms til deres private telefon.
- STAFF er bra, fortsett med det.

Seminarene på klinikk for barn og unge der vi lærte om kasusformulering, behandlingsplan og evaluering var også veldig bra.

- Eg opplevde å få stort spillerom i mitt terapeutiske arbeid med støtte i rettleiaren min. Altså; at ein som student får prøve seg ut på ulike terapeutiske stilar og retningar som ein tenker er hensiktsmessig for den aktuelle pasienten. Også å få ha så mange pasientar som ein kjenner seg komfortabel med og som er forsvarleg, slik at ein får øvd seg på ulike typar pasientar og får mengdettening.
- Kurset for behandling av PF var to the point, konkret og matnyttig. Bør beholdes. Klinisk helse var bra. Bør gjøres mer omfattende, men bør ialfall beholdes.
- Krav om minst 30 behandlingstimer. Det kunne egentlig vært høyere. Mengdetrening gir resultater. Veiledning med video er også meget nyttig, men det kunne godt vært gitt eksplisitte retningslinjer omkring hvor mye video veileder skal se som forberedelse til veiledning.
- STAFF og felleskursene bør bevares for de var utrolig lærerike - kasusformuleringskurset bør flyttes tidligere, gjerne i uke 3 av praksisen i hvert fall. Vi bør ha lært om kasusformulering FØR vi har formulert en selv. Samme gjelder behandlingsplan. STAFF bør holdes ila andre semester, og senest tidlig i tredje semester. Årsaken til det er at STAFF er utrolig behjelpelig mtp videre arbeid med pasienten, og det er helt meningsløst å ha den når vi holder på å avslutte forløpet.
- Smsutveksling mellom pasienten, ekspedisjonen og studenten, hvor ekspedisjonen videresender sms fra pasienten og omvendt.

Forhold som bør forbedres ved intern klinisk praksis i fremtiden:

- -- Journalføringskurs tidlig første semester på intern! Det er jo nå innført, men jeg synes kurset fortsatt kan gjøres bedre. Jeg skulle ønske at vi ikke bare lærte om hva lovverket sa om journalføring, men også gjorde noen praktiske oppgaver: Eksempelvis at man sammen så en terapifilm fra APA, for deretter at alle kunne øve seg på å skrive sitt eget journalnotat fra denne filmen. For så at foreleser gjennomgår sitt journalnotat, typiske disposisjoner ("aktuelt", "intervensjon", "vurdering") at man i plenum diskuterer dette, etc. Det er en veldig vanskelig sjanger når man aldri har skrevet journal før!

-- Jeg har full forståelse for at det er umulig å standardisere veiledning på tvers av grupper, men veiledere bør absolutt ha flere felles retningslinjer enn jeg har inntrykk av at de har i dag:

- Der noen på kullet har fått fire timers veiledning hver uke, har andre opplevd at veileder ofte kutter i veiledningstid, og/eller litt for ofte er borte på veiledningsdagen (men da planlagt, og med mulighet for å ta kontakt over telefon).

- Såvidt vi studentene har fått med oss, er stillingsprosenten til veilederne større enn de fire timene de møter studentene hver uke. Dersom dette stemmer, synes jeg veiledere utenfor veiledning bør ta seg tid til å gjøre flere forberedelser enn det kan virke som om de gjør (man kan ha et inntrykk av at veileder bare dukker opp til veiledning, uten å ha gjort noen spesiell tankevirksomhet rundt pasienter siden sist). Eks. å se mer video av pasienttimer (spesielt i begynnelsen), gjennomgå journalnotater fortløpende, forberede et klinisk tema, etc. ?

- Det er kanskje litt spesielt at en gruppe får tilgang til mange eksterne kurs fra sin veileder, mens ingen av de andre gruppene får slike tilbud? Jeg har vært litt uenig med meg selv i forhold til dette: På den ene siden er det flott at noen studenter får et supert kurstilbud som kan komme deres pasienter til nytte, og jeg vil ikke frata noen dette. Det er jo også et faktum at fra og med eksternpraksis vil utdanningen til studentene på kullet uansett bli svært ulik. Så kanskje jeg har et snev av sjalusi når jeg likevel kjenner at det blir litt feil? :) Men et argument er at det i prinsippet kan bli problematisk dersom slike tilbud fra en veileder kan gjøre det vanskeligere å gi tilbakemelding om ting som ikke fungerer så godt. Pluss at det blir bare så veldig stor forskjell fra gruppe til gruppe når noen får dette, mens andre til sammenligning stadig får forkortet veiledningstiden sin. Om ikke alle andre variabler allerede sørget for en stor forskjell (eks veileders kliniske anbefalinger, teoretiske tilhørighet, personlighet, veilederstil, etc.). Så jeg har ingen forslag til løsning.. Bare løse refleksjoner :)

-- at studentene får evaluere veileder/veiledning underveis er ganske sensitivt, men kanskje nødvendig? Da kunne man fått gitt beskjed om hva man syntes om slike overnevnte forhold tidligere.

-- Som tidligere nevnt: STAFF bør holdes allerede andre semester på intern, med flere ansatte til stede.

- Det bør utarbeides formelle krav til veiledere:

Hvor mye skal de forberede seg til veiledning? Hva kan studentene forvente?

- Opplæring i god journalskriving mangler.

Mer standardisert opplæring av veilederne.

Mer fokus og opplæring i å lage kasusformulering og behandlingsplan.

- Jeg er ganske misfornøyd med veiledningen jeg har fått i internpraksis.

Veilederen min var ofte dårlig forberedt til veiledningene.

Det har vært veldig lite fokus på evidensbasert behandling i min veiledningsgruppe. Dette er for ille, da vi er pålagt av psykologforeningen å skulle drive evidensbasert behandling.

Synes også det burde vært laget "kjøreregler" for veiledningsgruppa fra starten av. Tror dette kunne hjulpet på slik at vi hadde fått et bedre miljø i veiledningsgruppa.

- En standardisering av krav og forventninger til veiledere. Det er enorm variasjon i rammene for den internkontroll praksisen. Veilederne har gjerne en svært idiosynkratiske tilnærminger og forventninger til sine studenter. Det er lite mulighet for å klage og/eller evaluere veilederen sin. Det bør også bli gitt mer grundige opplæring i journalskriving.
- Ut ifra opplevelser som er delt fra andre grupper så tenker jeg at det er for dårlig kontroll fra administrasjonens side hva gjelder hvordan de ulike veilederne etterlever sin egen stillingsbeskrivelse. Det virker som at enkelte grupper kommer uheldig ut av det, og gjerne har betydelig mindre gjennomgang av video og mindre veiledning. Det er klart at studentene kan klage til både veileder og administrasjon, men dette er ikke lett for alle og kan lede til potensielt dårlige relasjoner i en gruppe en må være i, over lengre tid. Derfor tenker jeg at dette er noe administrasjonen bør ta større ansvar for.

Økt kvalitetssjekk med andre ord.

- Vi hadde STAFF heilt på slutten av siste semesteret ved klinikken. Det hadde vore fint å få denne mykje tidligare (egvtebker andre semester), slik at ein kan dra nytte av dei tilbakemeldingene ein får. Eit anna punkt: det visar seg at server stor skilnad på rettleiarar hos dei ulike studentgruppene i form av kor fritt spelerom ein får, kor mange pasientar ein får, kor mange timar video rettleiarar ser osv osv -det burde vere meir likt, slik at ikkje enkelte studentar endar opp med ein dårlegare utbytte enn det dei burde hatt.

- Psykosekurset ble mye fenomenologi og bedringsprosesser (som er bra, men det ble for mye). Lite konkret ifht hvordan jobbe med det. Avhengighet ble litt meningsløst når det kun handler om kognitive prosesser i gambling og internettspilling. Rus var nesten fraværende!! Dette må inn, veldig dumt å ikke kunne dette som nyutdannet. Selvmord var bra forelseringer, men hva gjør jeg i situasjonen? For lite om det.
- Veilederne bør få felles instruks om hva staff skal inneholde. Det verserte en hel del forskjellige meninger om hva studentene skulle fremlegge. Enkelte veiledere hadde inntrykk av at man skulle ha fokus på å sette saken inn i et teoretisk rammeverk. Det bør også være systematisk vurdering og tilbakemelding til veilederne. Ellers burde alle klinikkene få tilbud om kurs i kasusformulering og behandlingsplan.
- Undervisning/gjennomgang av hvordan skrive kasusformulering, journalnotat, behandlingsplan og epikrise etc.
- Informasjon til studenter bør være tydelig og klar: studenter på mitt kull visste f.eks. ikke hvor papirer skulle makuleres og Viien nektet å sende en mail om det fordi det var noe hun mente de burde ha visst. Studenter på andre kull holdt behandlingsrommene ofte lenger enn de skulle fordi de trodde at timen skulle være til hel time heller enn til kvart på. Det er også informasjon de burde ha fått skriftlig og eventuelle påminnelser om. Når det gjelder arbeidsmengde, var 6 timer første semester og 10 timer hver av de påfølgende semestre urealistisk og ikke i tråd med virkeligheten. Hver student bruker enormt mye tid på å sette seg inn i behandling, lese bøker, øve, se video av seg selv og andre på gruppen for å forsøke å bli en noenlunde okay terapeut. Hver eneste av oss satt lange kvelder på kontorer og forberedte oss i flere dager til en pasienttime. Og dette var særlig prevalent under første semester hvor vi brukte mest tid på det - og mye mer enn 6 timer i uken. Jeg synes også det er urettferdig å forvente at vi skal jobbe 2 timer mer i uken i 2 semestre enn det som i utgangspunktet er UiB sine retningslinjer for studentenes arbeidsuke. Hverken PROPSY312 eller 313-314 forutsetter mindre arbeid fordi klinisk praksis skal være mer disse semestre.
- Mer konkrete retningslinjer for hvor mye det forventes av veileder å jobbe utenfor veiledningstiden med studentene.
- Skille mellom unge voksne og eldre voksne iht alder på pasienter. Flere på unge voksne har eldre pasienter enn tilfellet på eldre voksne - dette bør endre, evt ha 2 klinikker: barn/unge og voksne.