

Til:

- Helse- og omsorgsdepartementet



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Oslo, 17. Januar 2019
Ref.: 20/19/AFJ/ph

Hvordan psykologisk kompetanse kan bidra til et bedre og mer effektivt behandlingstilbud for pasienter i somatikken

Anbefalinger for fremtidens helsetjenester

1. For å oppnå helhetlige, tverrfaglige helsetjenestetilbud må det rutinemessig vurderes inkludering av psykologkompetanse og ansettelse av psykolog i tjenestetilbud til personer med somatisk sykdom.
2. Vedtaket om at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse må følges opp videre.
3. For å oppnå helhetlige tilbud for voksne og eldre i somatikken bør det som minimum opprettes et team eller enhet ved alle sykehus ut fra et bio-psykososialt perspektiv. Det må legges til rette for samtidighet i tilbud og fast tilstedeværelse av psykolog fra enheten/teamet på somatiske avdelinger, som kan bidra til reell tverrfaglighet i de somatiske avdelingene. Personer fra teamet/enheten kan veilede, delta i tverrfaglige møter og hvis ressurser gi tilbud til enkeltpasienter, deres nære eller etterlatte, slik at den psykiske tilstanden til somatiske pasienter i spesialisthelsetjenesten følges opp i somatiske avdelinger.
4. Behovet for psykologiske intervensjoner i de somatiske pakkeforløpene bør vurderes.

Klinisk helsepsykologi er et fagfelt hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter anvendes i tverrfaglige behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatisk sykdom, symptomer eller funksjonshemning, eller med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske.

Mens helsepsykologi er et bredt fagfelt som dekker folkehelse, livsstil og forebygging, retter klinisk helsepsykologi seg spesielt mot hvordan bruk av psykologisk kunnskap kan gi et bedre helsetilbud for pasienten. Pasientens pårørende er også en viktig målgruppe, både som medhjelper i hjelpetilbudet og ut fra deres egne behov for å bli ivaretatt.

Nasjonale føringer

Flere nyere styrende og offentlige dokumenter ser psyke og soma i sammenheng, med et tverrfag tilbud som inkluderer psykolog.

- Helsedirektoratets veileder 'Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker'¹ (2015)
- NOU 2017: 16 På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende²
- Ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) ble det vedtatt at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse³. Det drøftes lignende formuleringer for voksne og eldre.

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf>

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (2009) anbefaler rutinemessig kartlegging («screening») for lidelser og tilstander som øker risikoen for at pasienten utvikler depresjon hos som personer med somatiske lidelser som medfører funksjonstap.⁴
- Oppdragsdokument for 2015 til de regionale helseforetakene: «*Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.*»
- Også nyere veiledere med primærhelsetjenester som målgruppe legger til grunn et bio-psykososialt perspektiv⁵.

Utfordringsbilde

Samtidig psykiske og somatiske vansker forsterker hverandre gjensidig, noe som påfører økte kostnader for samfunnet og betydelige lidelser for den enkelte.

Psykiske og fysiske helseutfordringer opptrer ofte samtidig og påvirker hverandre. Nesten hver tredje med en langtids somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og nesten halvparten av de med psykiske helseproblemer har en langtids somatisk sykdom. Har du tre eller flere langtids somatiske sykdommer øker sannsynligheten for å få depresjon opp mot syv ganger.

Psykisk og fysisk helse virker sammen. Angstsymptomer predikerer hjerte- og karsykdommer 11 år senere. Depresjon er en risikofaktor for å utvikle hjertesykdom og demens. Dette har store økonomiske konsekvenser. Har du astma og samtidig angst eller depresjon kan behandlingstkostnadene for astma øke med langt over 100 prosent.

Samvirket påvirker behandling. Det er vanskeligere å komme seg etter hjerteinfarkt hvis du også har depresjon. Er du redd for sprøytestikk er det vanskelig å sette insulin dersom du har diabetes type 1 eller 2. Har du ADHD, vil det kunne være vanskeligere å opprettholde nye rutiner for å følge opp behandling, medisiner og forebyggende adferd.

Samvirket er relatert til tidlig død. Depresjon øker dødeligheten for de store sykdomsgruppene – kreft, hjerte kar lidelser og infeksjonssykdommer.

Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer.

Opptil 90% av barn innlagt på sykehus rapporterer om en skremmende opplevelse. Jo flere belastninger i barndommen, jo flere negative utfall innenfor helse og livskvalitet senere.

Fordeler ved å inkludere psykologer som kjernekompetanse i somatiske avdelinger

Det gir bedre behandling og er økonomisk lønnsomt

Psykiske forhold må ses i sammenheng med forløp/utvikling og dødelighet av en rekke somatiske sykdommer (hjerteplager, diabetes, langvarige smerter, osv.). Gjennom ivaretagelse av psykologiske forhold kan man bidra til å øke compliance ved kroniske sykdommer, redusere dødelighet ved inngrep og lidelser, forebygge unødige inngrep (ryggoperasjoner, unødvendige sykehusinnleggelses)

³ https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2018/dokumenter/pdf/hod.pdf s. 284

⁴ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

⁵ <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

og konsultasjoner, forebygge utvikling av unødvendige smerter og bidra til raskere tilheling etter operasjoner. Slike tiltak kan bety store innsparinger⁶.

Mestring av somatisk sykdom hos pasienter og deres pårørende eller etterlatte kan bidra til økt livskvalitet samt til å opprettholde deltagelse i skole, arbeid og andre aktiviteter og slik forebygge utenforskap. Psykologiske intervensjoner kan forebygge at normale psykiske reaksjoner på de belastninger somatisk sykdom gir, utvikler seg til noe mer alvorlig.

Tverrfaglig innsats og god ressursutnyttelse

Gjennom å inkludere psykologisk kompetanse i et tverrfaglig team vil de ressursene som allerede brukes bli utnyttet bedre. Ett eksempel er at man ved arbeid med frykt for behandling (gjennom tilpassede tiltak og informasjon) kan øke etterlevelse og gjøre det lettere å gjennomføre ulike prosedyrer. Man vil også kunne nå bedre ut til grupper som pr i dag ikke får tilstrekkelig hjelp, for eksempel pårørende samt bidra til håndtering av følgetilstander ved alvorlig sykdom, for eksempel fatigue hos kreftoverlevende.

Hva kan psykologer bidra med?

Psykologer kan bidra med konsultasjon og vurderinger, som veiledere og behandlere. Her er noen eksempler på arbeidsoppgaver:

- Å jobbe med compliance på en mestringsfokuseret måte samt generelt arbeide mestringsfokuseret i forhold til pasient eller system rundt (og ikke bare støttende og ivaretagende).
- Vurdere pasienten med tanke på endringer – for eksempel om det skyldes psykologiske (f.eks. depresjon), somatiske (f.eks. hjernemetastaser) eller medisinske forhold (f.eks. overdosering pga reduserte smerter som konsekvens av tumorreduksjon).
- Avdekke ikke tidligere diagnostiserte forhold som kan ha betydning for behandlings-/sykdomsforløp (f.eks. personlighetsproblematikk eller autismespekterforstyrrelser).
- Bidra til pasient og pårørendes håndtering av kriser knyttet til sykdomsforløp, for eksempel i forbindelse med ny diagnose eller ved sykdomsutvikling mot terminalfase
- Tiltak for å understøtte foreldres, søsken eller barns mestring av livet med alvorlig sykdom eller død i familien. Typiske tema er skyldfølelse, maktesløshet, kommunikasjonsvansker.
- Samarbeide med, støtte og veilede andre yrkesgrupper med hensyn til deres reaksjoner i møte med eksempelvis alvorlig syke.
- Terapeutiske samtaler om vanskelige tema, for eksempel den sykes forhold til barn eller foreldre, tidligere og nåværende familie, parkonflikter, depresjon, ensomhet og redsel for sykdomsutvikling

Det finnes ytterligere informasjon på vår hjemmeside:

<https://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi>

Psykologforeningen vurderer om det skal etableres en egen spesialitet i klinisk helsepsykologi som integrerer en del av rehabiliteringsfeltet og forslag til en slik spesialitet er under utarbeidelse. En egen spesialitet krever at det finnes arbeidsplasser som gir grunnlag for en slik spesialisering. Psykologer i spesialisering har i dag anledning til å ta et valgfritt program i klinisk helsepsykologi over 1 år som en del av andre spesialiteter, og psykologspesialister kan ta det som vedlikeholdsaktivitet⁷.

⁶ <http://www.milliman.com/insight/2018/Potential-economic-impact-of-integrated-medical-behavioral-healthcare-Updated-projections-for-2017/>

⁷ Vi har gjennomført 2 valgfrie program fra februar 2017 med 42 deltakere til sammen, hvorav halvparten tok programmet som del av annen spesialitet og halvparten var psykologspesialister som tok det som vedlikehold.

Vi vil også minne om Den nasjonale alliansen for helsepsykologi i somatikken, nå bestående av 15 organisasjoner som Norsk psykologforening også er en del av⁸

Organisering

Avslutningsvis vil vi peke på viktigheten av en organisering og finansiering som kan bidra til stabilitet over tid og legge til rette for en helhetlig og tverrfaglig utvikling. For team/enhet kan eget driftsbudsjett og ikke inntjening på avdeling, og organisering som egen seksjon være et poeng. I det daglige arbeidet kan fysisk lokalisering nært avdelingene også være viktig, i tillegg til fordelene ved å ha mer enn en fra teamet/enheten tilknyttet den enkelte avdeling. Helt avgjørende for å få til et helhetlig tverrfaglig tilbud er samtidighet i tilbud. Som ledd i kompetanseutvikling kan det også være viktig å legge opp til inkludering av praksisplasser for studenter.

Eksempler på eksisterende tilbud er: Diakonhjemmet

<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/pasient-og-parorende/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken> og Rikshospitalet (barn, eksistert siden 1976)

<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-3-konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>

I tillegg finnes det eksempler på tilbud hvor psykologer er en integrert del av alle avdelinger (Sunnaas).

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening

Tor Levin Hofgaard
President

⁸ <https://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi/nasjonall-allianse-for-helsepsykologi>