

Oppsummering fra lederkonferansen om ny spesialitet

Innhold

Referat fra bord 1 (Akershus).....	1
Referat fra bord 2 (Oslo)	1
Referat fra bord 3 (Hordaland/Rogaland/Sogn og Fjordane)	2
Referat fra bord 4 (Oppland/Sør-Trøndelag)	3
Referat fra bord 5 (Aust-Agder/Telemark/Vest-Ader)	3
Referat fra bord 6 (Buskerud/Finnmark/Nordland/Troms)	4
Referat fra bord 7 (Hedmark/Østfold)	4
Referat fra bord 8 (Møre og Romsdal/Nord-Trøndelag/Vestfold).....	5
Referat fra bord 9 (FIP/MRU/TPU/Valgkomiteen/YPU)	5
Referat fra bord 10 (AFEK/FER/DigPsyk/FU arbeid/FU barn og unge).....	6
Referat fra bord 11 (FU eldre/FU felleselementene/FU psykoterapi/FU rus/FU voksen/FU klinisk helsepsykologi).....	6

Spørsmål til diskusjon

1. Diskuter fordeler og ulemper ved å opprette en ny spesialitet.
 2. Hvordan kan en ny spesialitet avgrenses opp mot eksisterende spesialiteter?
 3. Er det nok arbeidsplasser som grunnlag for en ny spesialitet?
-

Referat fra bord 1 (Akershus)

Det ble diskutert argumentene for og mot ny spesialitet uten at det kom noen klar konklusjon. Spørsmål som om det er nok psykologer til å fylle opp et tilbud, er det nok arbeidsplasser, om det «stjeler» fra andre spesialiteter, at det er viktig å ha som frivillig program, om det er mulig å avgrense.

Referat fra bord 2 (Oslo)

- Tiden er moden. Nå er det psykologer i somatisk avdeling som ikke har mulighet til å spesialisere seg. Og vi vet mye om kunnskapsgrunnlaget. Eksempelvis depresjon ved

somatisk sykdom, eller ADHD ved eksempelvis ryggmargskade. Også stor psykisk komponent i smerte og her kan vi bidra til å hindre et kronisk forløp. Vedrørende arbeidsplasser – så er det et stort potensial. Må parallelt jobbe for å få en finansiering av arbeidsplassene så psykologene her ikke må organiseres under psykisk helsevern.

- I Oslo over 70 psykologer i somatikken. Det viktig å få med klinisk i navnet. En må vite hvilken psykolog en får. Fem ganger så kort liggetid ved å ha psykolog på lungepost? Ellers er det ingen av våre spesialiteter som har en klar avgrensning.
- Utvilsomt et behov, men strukturelle problemer - med hensyn til hvor de plasseres og hvordan de finansieres. Psykologene må gjøres til en nødvendighet ikke noe som kan prioriteres bort. Erfaring med at enheten som lå under psykisk helsevern «krympet», mens de som lå under somatisk avdeling vokste. Psykologene må være nær der hvor de får inntjening. Må være en del av driften. Når en er organisert under psykisk helsevern så er det sub optimalt. Hva med å kjøre noen piloter?
- Pårørendearbeid er viktig her - har positiv virkning på forløpet, den støtten pasientene opplever og reciliens.
- Den største gruppen på hjerteavdelingen er pasienter med angst.
- Er det prematurt? Vi må lage det modent. Det er etterspurt av helse og omsorgskomiteen. Og helseministeren er opptatt av den kortere levealder for pasienter i psykisk helsevern.
- Viktig at en kan bruke spesialiteten som vedlikehold.

Referat fra bord 3 (Hordaland/Rogaland/Sogn og Fjordane)

Diskuter fordeler og ulemper ved å opprette en ny spesialitet.

- Vi har en liten håndfull av spesialiteter som alle tar og en ubetydelig underskog. Få som har lyst å «mure seg inn» i et lite fagområde tidlig i karrieren.
- Det er ikke grunnlag for en ny spesialitet. Psykologer trenger mobilitet. Spesialitet er starten på en reise. I voksen, barn, rus er det bredde.
- Psykosomatiske lidelser øker, smerte kan derfor være viktig med denne nye spesialiteten.
- Arbeidsplasser kan lages ved en sånn spesialitet. (Uenighet om dette.)
- Det er en jobb å få flere psykologer i somatikken uansett - spesialitet eller ikke.
- Fordeler er kompetansefordypning. Ulempene er at vi er for få psykologer, for få stillinger og for snevert fagområde.
- Mye allmennpsykologi inn i dette. Dette kan vi fra før.

2. Hvordan kan en ny spesialitet avgrenses opp mot eksisterende spesialiteter?

- Uklart

Referat fra bord 4 (Oppland/Sør-Trøndelag)

Fordeler:

- Vanskelig å være imot.
- Usikkert om det er et arbeidsmarked for dette. Men viktig at psykologene også er i somatikken. Viktig bidragsyter på barneavdelingen og andre avdelinger. Lurt at de er inne i systemet, og ikke bare tilgjengelig. «tilgjengelighet» medfører at det stort sett avdekkes et behov før de tilkalles.
- Alle områder i psykologien overlapper. For lite kunnskap om psykologi i somatikken, og stort sett leger og sykepleiere som underviser i hvordan leve med sykdom. Mange av disse som driver med kognitiv terapi uten at det er psykologer involvert. F.eks. fysioterapeuter driver med det, men mangler grunnleggende kunnskaper.
- Det at det kreves praksis innenfor et bestemt felt kan medføre at det blir synlig hvilket behov de dekker, og gjøre at det blir en naturlig del av systemet.

Ulemper:

- Kandidatene må ha veiledere. Det trengs arbeidsplasser for at kandidatene skal kunne få praksis.
- Å starte en ny spesialitet for arbeidsplasser som ikke finnes er veldig utfordrende. Men det finnes allerede mange som har god kompetanse i deler av feltene. Dreier seg om mye normalpsykologi og hvordan håndtere situasjonen. Viktig å se helheten i pasientens liv.
- Viktig at man får godkjent veiledere for dette. Ev. kan man i en periode åpne for å bruke leger i kombinasjon med psykolog (slik leger kan ha kombinasjon av lege/psykolog).
- Erfaring med at det i psykisk helsevern nedvurderes hvilke utfordringer somatiske sykdommer kan ha, f.eks. kronisk smerte. Viktig at det blir økt fokus på det.

Annet:

- Erfaring fra rus-feltet; det å bli spesialitet har gjort noe med oppmerksomheten rundt fagområdet og vært positiv. Kunnskapen sprer seg også videre når folk skifter stillinger og endrer arbeidssted.
- Hvis vi ikke har en spesialitet om dette vil det være vanskelig å komme seg inn på feltet. Det å opprette en spesialitet skaper oppmerksom.

Referat fra bord 5 (Aust-Agder/Telemark/Vest-Ader)

- Samme diskusjon som da man gjenopprettet eldrepsykologi. Bli den for snever? Får man samme problem, at det blir for få som tar spesialiteten og det er få arbeidsplasser pr i dag. Det vil være praksis i forhold til somatisk syke og mestring i den sammenhengen.

- Bivirkninger i forhold til å følge opp pasienter med alvorlig sykdom, både under og etter sykdomsløpet når det gjelder psykisk helse. Det er viktig at det finnes psykologer som kan dette. Helsepsykologi er et stort tema. Vi trenger spesialister på dette feltet også.
- Psykologene bør ha en større plass i sykehusene og i somatikken. Det er et stort behov.
- Forslag om å slå sammen obligatorisk og valgfritt program slik at det blir nok deltagere på kurs, da vil det nå 2 grupper kursdeltagere. Da må det være egne krav og ekstra samlinger for de som tar det som obligatorisk program.

Referat fra bord 6 (Buskerud/Finnmark/Nordland/Troms)

- Må kunne differensieres klart mot andre spesialiteter. Ellers gir det ikke mening
- Det kan være nok med et valgfritt program. Andre mener at det valgfrie programmet ikke har den tyngden som vil kreves på dette feltet. Dette er et område som bør prioriteres.
- Kan fange opp pasienter som faller mellom DPS og somatiske klinikker, smerteklinikker. En må da designe praksiskrav der spesialistene utvikler denne type kompetanse.
- Et stort behov ute i distriktet, der pasienter med fysiske og psykiske lidelser faller mellom to stoler.
- Dersom strenge krav til praksisområder, kan det tale for en ny spesialitet som et eget område, men samtidig som det kan være vanskelig å finne disse praksisplassene.
- Antall arbeidsplasser handler i stor grad om hvordan en utformer praksiskravene. Noe av praksis må være på relevante arbeidssteder i spesialisthelsetjenesten.
- Det er viktig å ha traumekompetanse inn i en slik spesialitet.
- Generelt: Positiv stemning rundt bord 6

Referat fra bord 7 (Hedmark/Østfold)

Fordeler

- Ikke sterke meninger for eller imot.
- Østfold har spurt medlemmer som jobber i ulike poliklinikker, og tilbakemeldingene er at de er entusiastisk til denne spesialiteten. Behovet for denne type kompetanse er stort, og det kan føre til nye stillinger.
- Fordel å integrere seg opp mot hvordan sykehuset driftes og hvor psykologi og somatikk møtes.

- Å tenke somatisk helse er veldig bra, og inntrykk at det ikke er så mye spesialitet innenfor dette i psykiatrien eller at dette blir prioritert.
- Inngå i samarbeid med somatikken, og viktig med en spesialitet når man skal samarbeide med andre.
- Tenker at dette ikke dekkes av den ordinære psykologiutdanningen.
- Ha en spesialitet som er beredt til dette behovet.
- Fordel at noen psykologer kan det somatiske, samt å ha denne type kompetanse er veldig bra.
- Kanskje verdt et forsøk med ny spesialisering.
- Vanskelig å se bakdeler med å opprette denne spesialiteten.

Ulemper

- Må utredes nærmere.
- Flere spesialister som skal administreres og følges opp.
- Tris om det blir en «død» spesialitet, og ikke nok arbeidsplasser.
- Kunne man ha startet med et kurs innenfor dette?

Referat fra bord 8 (Møre og Romsdal/Nord-Trøndelag/Vestfold)

- Er det nok stillinger?
- Blir denne spesialiteten for lik de andre?
- Er det behov for valgfritt program eller er det behov for egen spesialitet? Uklart.
- Klarer ikke å se behov for mer enn valgfritt program.
- Trenger vi så mange spesialiteter.
- (Anders kommentar: *Samtalen var på ingen måte konkluderende*).

Referat fra bord 9 (FIP/MRU/TPU/Valgkomiteen/YPU)

- Generelt: Er målet å få flere psykologer inn i somatikken? Skal vi i så fall «dytte» psykologer inn i somatikken først, og deretter sørge for at det blir rigget et system for gjennomføring av spesialiteten når psykologene allerede er på plass? Hva er realismen i dette? Eller er foreningen for defensive?
- Fordeler: «Comeback» for rehabiliteringsfeltet i spesialistutdanningen. Klinisk helsepsykologi kan være vel så relevant for en psykisk syk og aldrende pasientgruppe, som for eksempel eldrepsykologi. Kanskje er det mer appellerende å bli spesialist i helsepsykologi enn i eldrepsykologi? Verdifull kompetanse som kan komme mange til gode
- Ulemper: Muligheter for å tilrettelegge for praksiskravene på en arbeidsplass er kanskje litt begrenset? Noe av kunnskapen dekkes allerede av andre spesialiteter. Har vi et system som er rigget for en slik spesialitet? Bedre «å pushe» det valgfrie programmet? Spesialiteten kan fort begrense mer enn den åpner, i den forstand at fagfeltet er smalt.

Referat fra bord 10 (AFEK/FER/DigPsyk/FU arbeid/FU barn og unge)

Fordeler og ulemper

- FU Barn og ungdom: Ulempe, dette er allerede dekket av de øvrige spesialiseringene. Ikke bærekraftig på sikt mtp alle de valgfrie programmene, og heller ikke nok arbeidsplasser. Det blir for mange valg, og blir problemer med å rekruttere psykologer til den nye spesialiteten. Dette vil svekke de øvrige spesialitetene.
 - FER nesteleder er også av denne oppfatning, trolig blir det for mange valg, og lite bærekraftig på sikt.
 - FER leder støtter oppunder dette.
- Generelt blant de på bordet: redd for at det blir for mange spesialiteter, og at det blir lite bærekraftig på sikt.

Hvordan kan en ny spesialitet avgrenses opp mot eksisterende spesialiteter

- FU Barn og ungdom: Muligens et valgfritt program/tilleggsprogram, men er usikker.

Nok arbeidsplasser som grunnlag for en ny spesialitet?

- FU barn og ungdom: Nei, ikke nok arbeidsplasser. Kan ikke opprette en spesialitet, og satse på flere arbeidsplasser.

Referat fra bord 11 (FU eldre/FU felleselementene/FU psykoterapi/FU rus/FU voksen/FU klinisk helsepsykologi)

Arbeidsplasser

- Marked for å skape arbeidsplasser. Eksempler som ble nevnt spontant: arbeid med premature barn og mennesker med kreft. Finnes mange tilsvarende områder der det er viktig å ha inn psykologer.
- Er spesialitet egnet til å skape arbeidsplasser? På hvilke måter vil spesialitet bidra til å skape arbeidsplasser? Viktige forutsetninger for etablering av en spesialitet:
 - Arbeidsplasser å fylle
 - Kandidater til spesialiteten
- Dynamikk: skolerte kandidater og arbeidsplasser – det må gjøres samtidig og gradvis.
- Hva bidrar til å skape arbeidsplasser? De som har relevant utdanning banker på de rette dørene, organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker – offentlige dokumenter. Barneavdelinger skal ha psykolog tilknyttet. NOUen støtter etablering av spesialitet. Dette handler om offentlige dokumenter (top-down) og bottom-up.

- Relatert til eldrepsykologer. Innspill fra legestanden at psykologer ikke har en helhetlig nok tilnærming: vi mangler en del på somatikk og psyke. De andre spesialitetene ivaretar ikke dette fullt og helt. Utvikling i feltet: 17 smerteklinikker i Norge nå, 14 av dem har psykologer. Ingen spør hva psykologer kan bidra med der lenger. Etterspørsel kommer i kjølvannet av at man bygger opp kompetanse innen profesjonen.
- Fordeler og ulemper ved å etablere spesialitet: utvalget har holdt litt tilbake mtp grunnlaget for å ha aktuelle deltakere – marked. Tror det er god timing nå. Det er et miljø som er «klart» nå.
- Dette vil komme pasientene, brukerne til gode. Vi har erfaring med at når man setter inn psykologer i kreftbehandling, blir det større etterspørsel basert på brukererfaringer og vurdering av nytteverdi. Etablering av spesialitet er et ledd i å få psykologer ut i samfunnet. Det er en legitimitet i å ha en spesialitet.

Konkurransen mellom spesialitetene

- Ser ikke at spesialiteten vil konkurrere med de andre som er etablert – (uttalelser fra fagutvalgslederne for rus og for eldre.
- Kanskje en fordel med mange spesialiteter. De kan i større grad bidra til stimulering av fagfeltet samlet sett. Gruppen av psykologer er økt radikalt de siste årene, sånn sett er det plass til flere spesialiteter.
- Markedsanalysen inneholder også en vurdering av antall spesialiteter i foreningen. Relatert til eldrespesialiteten – vanskelig å få rekruttert deltakere. Legene har enormt utvalg av spesialiteter.

Tittel på eventuelt ny spesialitet

Helsepsykologi – hva med begrepet? Gir det mening utad? Helse er et «plussord». Er begrepet så innarbeidet at det er ok å bruke det. Sier det folk nok eller hva? Desto tydeligere fagfolk vi får i feltet, desto mer tydelig forståelse vil systemene, beslutningstakere og befolkningen ha av det. Det er vanskelig for psykologer å få plass i somatikken. Hva skal til for å få en avdelingsleder til å prioritere ansettelse av en psykolog.

Forslag om opprettelse av ny spesialitet i klinisk helsepsykologi og rehabilitering til landsmøtet - oppsummering av hørings svar

Høringsinstanser som har svart

Foretak:

1. Anestesiavdelingen og Palliativt senter, Helse Stavanger HF
2. Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold
3. Oslo Universitetssykehus
4. Avdeling Psykologer ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF
5. Høringsuttalelse fra psykologene ved Sunnaas sykehus HF
6. Klinikk psykisk helse og rusbehandling Sykehuset i Vestfold ved Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling
7. Vestre Viken ved Eli Årnot, Kst. Direktør kompetanse
8. Silje Lyngnes Granlund, Psykologspesialist, Klinikktillitsvalg Psykisk helse og rus, Foretakstillitsvalgt, Sykehuset i Vestfold HF
9. Haukeland sykehus Rehabiliteringsklinikken
10. Akershus Universitetssykehus, avd. kompetanse og utdanning

Lokalavdelinger:

1. Rogaland lokalavdeling
2. Hordaland lokalavdeling
3. Østfold lokalavdeling

Fagutvalg:

1. Fagutvalg for habiliteringspsykologi:
2. Fagutvalg for samfunns- og allmennpsykologi:
3. Fagutvalg for eldrepsykologi:
4. Fagutvalg for barne- og ungdomspsykologi
5. Fagutvalget i familiepsykologi
6. Fagutvalg for felleselementene

Andre:

1. Helsedirektoratet
2. Yngre Psykologers utvalg – YPU
3. Institutt for Aktiv Psykoterapi IAP
4. Forening for Barnepalliasjon
5. Diabetesforbundet

Høringssvar oppsummert:

1. Foreligger det tilstrekkelig med faktorer som skissert innledningsvis i dokumentet som grunnlag for etablering av en ny spesialitet?

Foretakene:

Anestesiavdelingen og Palliativt senter, Helse Stavanger HF

Ja. Det er også en sannsynlighet for at en psykolog som arbeider med (klinisk) helsepsykologi og med en ansettelse med det som funksjon vil kunne tilbys og avhjelpe med annet formål og med annen timing og med annen form for samarbeid (resultat) med pasient / pårørende / personal enn ved f.eks. psykiatrisk tilsyn på somatisk avdeling.

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold: Ja

Oslo Universitetssykehus: Ja

Avdeling Psykologer ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Regionalt anser vi at det foreligger tilstrekkelige faktorer for etablering av en ny spesialisering, men vi er derimot noe usikker ut fra eget nedslagsfelt grunnet geografisk lokalisasjon og spredning. Det fremkommer enda ikke forslag om eventuelle praksiskrav knyttet til spesialisering innen helsepsykologi og rehabilitering og dermed om geografisk lokalisasjon vil kunne tilby relevant praksis (spesialisthelsetjeneste/kommunalt) og om det lokalt vil finnes arbeidsplasser som gir grunnlag for en slik spesialisering.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling Sykehuset i Vestfold ved Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Det har vært en innspillrunde i vår klinikk. Det har ikke kommet mange kommentarer, slik at vi velger kun å gi en helt kort tilbakemelding: Vi er usikre på om det er behov for å opprette en ny spesialitet, det bør vurderes om ikke allerede eksisterende spesialiteter dekker behovet i tilstrekkelig grad. Om det opprettes en ny spesialitet, bør en eventuell ny spesialitet dekke både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Silje Lyngnes Granlund, Psykologspesialist, Klinikktillitsvalg Psykisk helse og rus, Foretakstillitsvalgt, Sykehuset i Vestfold HF

Ja, det framgår tydelig.

Vestre Viken ved Eli Årnot, Kst. Direktør kompetanse

Faktorene som skisseres i dokumentet er relevante, men omfang og vektning - som vil være viktig i forhold til å beslutte etablering av ny spesialitet - blir i mindre grad belyst. Faktor som samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten kan det med fordel være mer fokus på.

Haukeland sykehus Rehabiliteringsklinikken

Eksisterende tjenestetilbud innen somatisk spesialisert rehabilitering med behov for spesialistkompetanse innen klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi: Ulike pasientgrupper og deres pårørende som for eksempel nevrologiske lidelser/skader, multitraumer inkl. amputasjoner, kreftoverlevende, muskel- og skjelett, CFS/ME, etc. Pr i dag er det for lite kapasitet innen klinisk psykologi. Savnes i et helhetlig spesialisert tjenestetilbud for

«pasientens helsetjeneste». Nye tjenestetilbud som er under utvikling: Nasjonal behandlingstjeneste for brannskade som nå skal inkludere spesialisert rehabilitering ved AFMR, HUS. Ambulant virksomhet: ReHabiliteringsklinikken, Haukeland universitetssykehus, planlegger å øke sin ambulante virksomhet ut mot kommuner. Spesialist i klinisk helse -og rehabiliteringspsykologi vil bli aktuelt her. Regionale funksjoner: Innen Helse Region Vest ønsker man økt samhandling og kompetanseutveksling mellom ulike sykehus. Det vil være aktuelt med veiledning og rådgivning i pasientsaker ved overføringer mellom ulike sykehus. Nye tjenestesteder kan være knyttet til forskning innen rehabiliteringsfeltet (økt satsing på forskningssvake felt). Nye tjenestesteder kan være i primærhelsetjenesten hvor det skal utvikles et bredere tilbud innen rehabiliteringsfeltet (Opptrappingsplan for Habilitering og Rehabilitering)

Akershus Universitetssykehus, avd. kompetanse og utdanning

Avdeling voksenhabilitering, Ahus HF imøtekommer en ny spesialitet i klinisk helsepsykologi. Spesialitetens pasientgruppe angis å være mennesker som har somatiske helseplager eller sykdom, symptomer eller funksjonshemming, eller for pasienter med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske. Dette er en pasientgruppe der mange kan ha store behov for helsetjenester, gjerne fra flere instanser og både i andrelinje- og førstelinjetjenesten. Man ser positivt på at man i enda større grad anerkjenner at somatisk og psykisk helse henger sammen.

Høringsuttalelse fra psykologene ved Sunnaas sykehus HF

Vi mener dette ikke er tilstrekkelig begrunnet. Man trenger å gå opp grenseoppganger med flere spesialiteter for å avgjøre om vi trenger en ny spesialitet eller skal beholde helsepsykologi som et valgfritt program der rehabilitering inkluderes.

Lokalavdelinger:

Hordaland lokalavdeling:

Som faglig område er helsepsykologi stort nok til at det rettferdiggjør en spesialistutdannelse. Det virker ikke som det burde være vanskelig å fylle spesialistutdannelsen med faglig innhold. En slik spesialitet kan også være viktig for å utvikle rollen som psykologer i somatikken har og kommer til å ha i fremtiden. Helsepsykologi burde være et mer utbredt felt enn det som det er i dag. Det har et stort potensial ettersom det er kompetanse som er anvendelig i store deler av helsetjenestene. Mange sykehus ønsker en større integrasjon av psykisk helsevern og somatikk enn det som vi har i dag. Anvendt kunnskap om hvordan biologi, psykologi og sosiale forhold påvirker helse vil kunne legge til rette for bedre behandlingsløp, bedre etterfølgelse av behandling og bedre oppfølging av pårørende. Antallet psykologer øker i kommunene og det er naturlig at disse også til en viss grad jobber opp mot somatikken. Utdanningen er at det lyses ut og lages for få stillinger der en eksplisitt etterspør kompetanse i helsepsykologi. Det er neppe slik at en opprettelse av en spesialitet i seg selv øker etterspørselen etter psykologer innen dette området. Innenfor rehabilitering er det i dag mange psykologer som har tatt spesialitet i nevropsykologi. Dette er en type kompetanse som det fremdeles vil være behov for i dette feltet. En spesialitet i helsepsykologi vil ikke være enerådende blant psykologer som jobber i dette feltet.

Rogaland lokalavdeling:

Psykiatrisk tilsyn blir i dag som regel gjort i en krisesituasjon når folk har en somatisk tilstand og samtidig en akutt psykiatrisk tilstand, ofte med spørsmål om tvunget psykisk helsevern.

Østfold lokalavdeling:

Vi har følgende tilføyinger og kommentarer: Vår erfaring er at somatisk helsepersonell etterspør psykologisk kunnskap og at veiledning, innspill bl.a. på måter å møte somatisk psyke pasienter er verdsatt i tverrfaglige team. Man har god faglig kunnskap, men mangler ofte verktøy for å motivere pasienten eller psykologisk forstå hvorfor det kan være vanskelig for pasienter å gå fra teori til praksis utfra de råd som de får. Hvordan faglig og psykologisk motivere pasienter til å gjennomføre egen rehabilitering? Et tema er pasienter eller pårørende er rammet av alvorlig kronisk eller dødelig sykdom. Slik at krisepsykologi og samtaler med familier som er rammet, bl.a. hvor barn har alvorlige sykdommer. Det er fortsatt mye overlapp mellom denne skissen, og spesialitetene i klinisk voksenpsykologi og spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi, mht. måter å intervensere på (f.eks. livsfasespesifikke faktorer, terapitilnærminger, pårørendearbeid, systemiske intervensjoner osv). Samtidig er det slik at sykdom og sykehusinnleggelse, sammen med situasjonelle faktorer, kan påvirke og prege pasientene på ulike vis. Kunnskap om ulike sykdommer og lidelser fremstår sentralt i møtet med pasientene. Psykologens rolle i forståelsen av pasienten med diffuse somatiske vansker, som smertetilstander, fatigue, psykogen epilepsi, og for eksempel funksjonelle lammelser kan understrekes mer. Tverrfaglig samarbeid med andre yrkesgrupper synes helt nødvendig, eksempelvis for å komme frem til felles forståelse av pasientens symptombilde når det ikke foreligger en åpenbar somatisk forklaring. For pasienter med behov for oppfølging av psykiske vansker som er følger av en somatisk lidelse, eller der belastning/stress/affektive vansker manifesteres som somatiske plager, blir psykologens tilstedeværelse i somatikken svært viktig, både i forebyggingsøyemed og for rask oppstart av psykologisk behandling. Vår erfaring er at somatoforme og psykogene tilstander blir diagnostisert i somatikken for å så bli sendt over til tradisjonell psykiatri med tanke på om det er tradisjonelle psykiske lidelser. Psykisk helsevern synes å ta begrenset kunnskaper og prioritering på behandling av somatoforme og psykogene lidelser; slik at pasienten faller mellom to stoler. Det er et kompetansehull som helsepsykologi med fordel kunne fylle.

Andre:

Helsedirektoratet

Det er økende kunnskap om og fokus på betydningen av samtidige psykiske utfordringer knyttet til somatisk sykdom og behovet for utredning og behandling av somatisk sykdom hos pasienter med psykiske lidelser. Helsedirektoratet har spilt inn behovet for en styrking av helhetlige og integrerte tjenester i både NCD- strategi, Mestre hele livet, og Nasjonal helse- og sykehusplan. At psykisk og somatisk helse må sees i sammenheng, er en viktig satsing for Helsedirektoratet. Flere av faktorene som nevnes innledningsvis i notatet er relevante, og vil kunne styrke kunnskapsutvikling og metodekompetanse innen fagområdet, og dekke et særskilt behov for psykologtjenester. Mange psykologer jobber i dag innenfor rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det har vært en gradvis nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten de siste årene, uten at tilsvarende kapasitet er bygget opp i kommunen. Stadig mer av rehabilitering vil imidlertid foregå i kommunene, og det er behov for økt tverrfaglig bredde og kompetanse. Helsedirektoratet mener det er positivt at Norsk psykologforening jobber for bedre kompetanse, men vi tar ikke stilling til om dette skal gjøres gjennom en egen spesialitet eller på andre måter.

Yngre Psykologers utvalg – YPU

Ja. Vi ønsker imidlertid en ytterligere presisering av hvilket kunnskapsgrunnlag og metodekompetanse man tenker seg at spesialiteten skal bygge på, og hvordan dette skal komplementere kompetansen man får i allerede eksisterende spesialiteter.

Institutt for Aktiv Psykoterapi IAP

IAP mener det er solid grunnlag for en ny spesialitet.

Forening for Barnepalliasjon

Diabetesforbundet

Diabetesforbundet mener at en egen spesialitet i klinisk helsepsykologi både vil kunne møte behovet for og øke verdien av psykologisk kompetanse i somatikken. Psykologisk kunnskap og kompetanse er etterspurt av brukerne i både forebyggende arbeid og i behandlingssammenheng. Vi mener at enkel tilgang på psykologkompetanse i diabetesbehandlingen er viktig for god mestring av sykdommen, både ved diabetes type 1 og type 2. Psykologiske og psykososiale problemer kan for mange være barrierer for å oppnå behandlingsmålene og god egenbehandling. Det siste er særlig sentralt fordi størstedelen av diabetesbehandlingen gjøres av brukeren selv og krever mye motivasjon og innsats.

2. Bør det opprettes en ny spesialitet for klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet?

Foretakene:

Anestesiavdelingen og Palliativt senter, Helse Stavanger HF

Ja, og det bør formaliseres noen krav til praksis (sted, varighet, type pasienter, type funksjon) for å legitimere spesialitet med arbeidserfaring med ulike problemstillinger (som det er gjort ved f.eks. klinisk voksen).

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold: Ja

Oslo Universitetssykehus: Ja. Men det er helt avhengig av at det også følger med midler til opprettelse av nye stillinger.

Avdeling Psykologer ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Vi er usikre og delt; fagfeltet er allerede representert i flere allerede etablerte spesialistutdanninger (nevro, habilitering, samfunn- og allmenn) og vi frykter utvanning av allerede etablerte spesialiteter. Samtidig ser vi behovet for en slik spisskompetanse innen dette fagfeltet men undrer oss på om dette allikevel kan ivaretas med allerede opprettede valgfrie program.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling Sykehuset i Vestfold ved Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Ikke kommentert utover første spørsmål

Silje Lyngnes Granlund, Psykologspesialist, Klinikktillitsvalg Psykisk helse og rus, Foretakstillitsvalgt, Sykehuset i Vestfold HF

Ja, men vi synes at navnet på spesialitet, virksomhetsområdet og innholdsmessig avgrensninger er for vagt håndtert i dokumentet.

Vestre Viken ved Eli Årnot, Kst. Direktør kompetanse

Det synes stor grad av overlapping mellom allerede eksisterende spesialiteter og den aktuelle nye spesialiteten i klinisk helsepsykologi (inkludert deler av rehabiliteringsfeltet). Dette gjelder helsepsykologi, nevropsykologi, samfunnspsykologi, eldrepsykologi og generell klinisk psykologi. Det er nødvendig å styrke både kunnskap, ferdigheter og kapasitet/tilgjengelighet innenfor fagområdene, men det er usikkert om dette best ivaretas gjennom etablering av en ny spesialitet eller ved å investere mer ved økt fokus innenfor allerede eksisterende, overlappende spesialiteter, videre/etterutdanning og etablering av flere stillinger ved relevante somatiske avdelinger.

Haukeland sykehus Rehabiliteringsklinikken

Ja. Kompetanse innen klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi, som en naturlig del av det tverrfaglige pasientnære behandlingstilbudet er etterspurt fra både pasienter, pårørende og fra personalet i pasientens team. Dagens tverrfaglige sammensetning av personalet gjenspeiler et sterkt fokus på de somatiske aspekter ved tjenesten. Utilstrekkelig kompetanse på psykologiske forhold, gjør tjenesten mindre treffsikker i forhold til pasientens behandlingsopplegg og samlede effekt av tjenester

Akershus Universitetssykehus, avd. kompetanse og utdanning

Fra før av eksisterer det en spesialitet i habiliteringspsykologi i regi av Psykologforeningen. Man ønsker å gjøre oppmerksom på at beskrivelsen av spesialiteten skaper et noe uklart skille mellom helsepsykologi og habiliteringspsykologi, den tid man benytter definisjonen av rehabilitering som står i høringsnotatet. Vi som arbeider i feltet opplever at det er lite kunnskap om dette skillet, både hos allmennbefolkningen og hos fagfolk og ønsker derfor å understreke dette. Vi ser derfor også behovet for en egen spesialitet for helsepsykologi og rehabilitering.

Høringsuttalelse fra psykologene ved Sunnaas sykehus HF

Vi mener det bør nedsettes en arbeidsgruppe som går gjennom innholdet i de ulike spesialistprogrammene før spesialiteten i helsepsykologi opprettes.

Lokalavdelinger:

Hordaland lokalavdeling:

Ja, under tvil. En utfordring ved opprettelse av nye spesialiteter er at de fleste psykologer fremdeles vil velge å ta en spesialitet i voksenpsykologi eller barnpsykologi. Mange tenker slik at de ikke ønsker å spesialisere seg innen et snevert felt og vil ha muligheten til å velge blant et stort utvalg av jobber i karrieren. Da vil mange kunne tenke at det fremstår som snevert å velge helsepsykologi som en spesialitet. Det vil da for mange være aktuelt å velge seg helsepsykologi som et valgfritt program. Da tilegner en seg en del av kompetansen, samtidig som en velger en spesialitet som ikke oppleves som for snevert. En forutsetning for å kunne drive en slik spesialitet er at kursene kan drives slik at deltakerne kan ta det både som fordypningsprogram og som valgfritt program. Dersom en ikke gjør dette er vi redd for at spesialiteten har for lite rekrutteringsgrunnlag og at den er vanskelig å drive. Vi er ikke tjent med for mange spesialistutdannelse som er vanskelige å drive. Tilgangen på stillinger som med mulighet for relevant praksis er som nevnt avgjørende. I dag finnes det få slike stillinger, og en bør utrede hvorvidt det er realistisk å få opprettet nok av dem til å opprette og opprettholde en spesialitet. Arbeidsoppgavene må tydeliggjøres, og avgrenses fra andre yrkesgrupper som leger og sykepleiere.

Rogaland lokalavdeling:

Hvor mange spesialiteter klarer foreningen å drifte? Gjør vi det for lite fleksibelt å bytte fagområdet for våre medlemmer? Flexibilitet i fagområdet er viktig. Tror kanskje at flere tilvalgsområder er en bedre løsning. Det er et stort felt som er for lite ivare tatt ellers. Eksisterer nok jobber i dagens helsevesen som berettiger en egen spesialitet innenfor området? Det blir også en mer prinsipiell diskusjon av hvor spesialisert en spesialistutdanning skal være, eller om det skal være en mer generalisert spesialistutdanning. Et argument for opprettelse av ny spesialitet, er at vi ser at feltet rehabilitering ikke er godt dekket i dagens spesialistordning.

Østfold lokalavdeling:

Østfold lokalavdeling støtter opp om initiativet om egen spesialitet som dekker disse områdene. Dette er viktig for å bygge opp psykologfaglig kompetanse innen somatiske avdelinger og tjenester.

Andre:**Helsedirektoratet**

Ikke kommentert

Yngre Psykologers utvalg – YPU

Ja. Det er behov for en spesialisering som er naturlig og dekkende for psykologer som jobber med somatiske helseplager. En slik spesialitet vil også kunne bidra til å skape et større arbeidsmarked for psykologer, gi mulighet til å bidra med psykologfaglig kunnskap på nye arenaer, og stimulere til forskning på nye felt.

Institutt for Aktiv Psykoterapi IAP

Vi mener det bør opprettes en spesialitet som dekker både området klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet.

Forening for Barnepalliasjon

Psykologforeningen vurderer om det bør etableres en spesialitet for fagområdene klinisk helsepsykologi, noe som FFB stiller seg 100 % bak. Barnepalliasjon/ palliasjon må bli integrert i psykologutdanningen, som en spesialitet eller at spesialitet i helsepsykologi får et vesentlig innslag av palliasjon. Psykolog er også en selvfølgelig profesjon i det palliative arbeidet og teamene.

Diabetesforbundet

Diabetesforbundet, med støtte fra forbundets faggruppe i diabetespsykologi, mener det er et behov for psykologer som har spesialisert kompetanse i å kunne ivareta pasienter med kombinert psykiske lidelser og somatiske sykdommer. Mange somatiske sykdommer har sine særegne psykologiske utfordringer og økt kunnskap om dette i helsetjenesten kan både bidra til bedre egenbehandling og redusere risikoen for komplikasjoner. Forebygging og tidlig identifisering av psykiske vansker er spesielt viktig i denne gruppen fordi psykiske lidelser kan ha store konsekvenser for den somatiske helsen og evnen til god egenbehandling.

3. Hvilken funksjon og virkeområde bør spesialiteten ha – bør den innrettes mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Foretakene:

Anestesiavdelingen og Palliativt senter, Helse Stavanger HF

Vanskelig å si, men det er å erfare at det kan være/er behov for psykolog på somatiske spesialiserte tjenester, og det kan være viktig å ha med seg at det for pasienten vil kunne være annerledes å møte en psykolog som vet litt om utfordringer rundt den aktuelle behandling, som vet dette fordi den er en del av teamet (kjennskap til medisinske prosedyrer, ulike preparater, spesifikke utfordringer rundt enkelte diagnoser osv.). For mitt vedkommende kan jeg si at det er en fordel å fungere i spesialist-tjenesten, og ha/delta i samarbeid med kommunale tjenester (overføring til hjemmesykepleie, nettverksmøter, møter med fastleger, formuleringer rundt behov ved fysioterapi f.eks. i hjem, utarbeidelse av IP osv.)

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold:

Spesialiteten bør innrettes mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Oslo Universitetssykehus:

Det er ett stort udekket behov for psykologer innen spesialisthelsetjenesten så den bør absolutt dekke både primær og spesialisthelsetjenesten. Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus i Barne- og ungdomsklinikken i OUS arbeider innen dette spesifikke fagfeltet og ser et klart grunnlag for etablering av en spesialitet i klinisk helsepsykologi. De har skrevet ett utfyllende høringssvar som legges ved i sin helhet. Se vedlegg.

Avdeling Psykologer ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Begge deler, slik vi anser at de andre spesialistutdanningene også angår.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling Sykehuset i Vestfold ved Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Ikke kommentert utover første spørsmål

Silje Lyngnes Granlund, Psykologspesialist, Klinikktillitsvalg Psykisk helse og rus, Foretakstillitsvalgt, Sykehuset i Vestfold HF

Ja, absolutt på begge nivåer og i ulike sektorer.

Vestre Viken ved Eli Årnot, Kst. Direktør kompetanse

Kompetansen det legges opp til i ny spesialitet vil være viktig for både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Haukeland sykehus Rehabiliteringsklinikken

Funksjon og virkeområde bør være rettet mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Grunngivning er at pasientforløpene går på tvers av nivåene. Det er behov for psykologisk kompetanse både i forbindelse med ny-oppstått sykdom/skade, og når det gjelder å leve med somatiske helseplager over tid, der sykdomsbyrden representerer en vedvarende belastning både for pasient og pårørende. Tilgang til denne tjenesten vil representere en kvalitetsforbedring av det totale offentlige helsetilbudet.

Akershus Universitetssykehus, avd. kompetanse og utdanning

Man ser at man skiller mellom helsepsykologi og klinisk helsepsykologi, der førstnevnte gjelder forskning på forebyggende helsearbeid. Slik sett virker det som om klinisk helsepsykologi er et fag som først og fremst omhandler spesialisthelsetjenesten, med pasienter som allerede har en somatisk og evt. også en psykisk lidelse. Man kan imidlertid se behovet for slik kompetanse også i førstelinje tjenesten. Videre ønsker man å understreke at dersom spesialiteten skal velges av psykologer som ikke allerede er spesialister innen et annet fagområde, så må man sikre at det finnes stillinger som godkjennes som praksis. Det etterlyses derfor en grundig avklaring av hvilke typer arbeidssteder som vil godkjennes som praksis.

Høringsuttalelse fra psykologene ved Sunnaas sykehus HF

Her må helsepolitiske mål sees i forhold til de øvrige spesialiteter i NPF. Prinsipielt er det best om en spesialitet er anvendbar i stillinger på ulike nivåer i helsetjenesten.

Lokalavdelinger:

Hordaland lokalavdeling:

En slik spesialitet må innrettes mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Ofte vil psykologer i spesialisthelsetjenesten ønske at det finnes kommunale tilbud som pasientene vil kunne benytte seg av, og etter samhandlingsreformen får kommunen oppfølgingsansvar for tiltakende komplekse problemstillinger tidligere i forløpet. Tverrfaglige behandlingsteam brukes ofte i kommunen, og en psykolog med særskilt kompetanse på biopsykososiale mekanismer vil kunne være med på å kvalitetssikre arbeidet som gjøres. En spesialitet som favner både kommune- og spesialisthelsetjenesten vil kunne medvirke til et helsevesen med mer smidige overganger mellom tilbudene pasientene får på de ulike områdene. Bedre overgang, oversikt og forutsigbarhet i overgangen mellom tjenestene er noe som etterspørres av både brukere og pårørende.

Rogaland lokalavdeling:

Både og, begge virkeområder vurderes som viktige.

Østfold lokalavdeling:

Spesialiteten bør være relevant for primærhelsetjenesten i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Både forebyggende og psykologiske behandling der hvor det er blitt somatisk sykdom. Norsk helsepolitisk strukturmodell bygger jo nettopp på både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, hvor kommunens ansvar er blitt øket. Så er det folkehelseperspektivet. Og sist, men ikke minst, psykologforeningens egen satsning på forebygging og kommune.

Andre:

Helsedirektoratet

Ikke kommentert

Yngre Psykologers utvalg – YPU

Vi mener at spesialiteten kan dekke funksjoner og virkeområder som er relevant for både primær- og spesialisthelsetjenesten, slik som forebygging, systemarbeid, veiledning av annet helsepersonell, behandling og rehabilitering. Spesialiteten i helsepsykologi bør derfor innrettes på en slik måte at den svarer til behovet i arbeidsmarkedet på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Institutt for Aktiv Psykoterapi IAP

Spesialiteten bør være bred nok til å dekke behov for kompetanse både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Forening for Barnepalliasjon

Ikke kommentert

Diabetesforbundet

Spesialiteten bør rettes inn mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Det bør være psykologer i diabetesteamene på sykehusene for de som behandles for diabetes type 1 og på tilsvarende somatiske avdelinger for andre sykdomsgrupper. De nasjonale behandlingsretningslinjene for diabetes løfter også frem behovet for psykologkompetanse i behandlingen av diabetes på sykehus, men det er stor variasjon i hvordan dette praktiseres i dag.

4. Hva bør en ny spesialitet hete? Bør klinisk være med?

Foretakene:

Anestesiavdelingen og Palliativt senter, Helse Stavanger HF

Jeg er ikke fortrolig med tanken om å kalle det helse- og rehabiliteringspsykologi (men – hvorfor ikke?) Ordet klinisk peker på funksjon og krav til praksis ut over faglig basis (etter hva jeg forstår), klinisk må derfor være med (c=ja).

Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold:

Navnet Spesialitet i klinisk helsepsykologi er enkelt og tilstrekkelig dekkende. Klinisk bør være med.

Oslo Universitetssykehus:

Ikke behov for å ha med «klinisk», men viktig at det nye navnet omfatter både helse- og rehabiliteringspsykologi da det er ett stort behov for psykologer rehabiliteringsfeltet.

Avdeling Psykologer ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF

Vi støtter forslag om at ordet «Klinisk» bør være med i tittelen for å differensiere mellom spesialistutdanning for psykologer og masterstudiet i Helsepsykologi. Tittel bør også inneholde begge fagområdene: Klinisk Helse- og Rehabiliteringspsykologi.

Klinikk psykisk helse og rusbehandling Sykehuset i Vestfold ved Irmeli Rehell Øistad, Fagsjef, Klinikk psykisk helse og rusbehandling

Ikke kommentert utover første spørsmål

Silje Lyngnes Granlund, Psykologspesialist, Klinikktillitsvalg Psykisk helse og rus, Foretakstillitsvalgt, Sykehuset i Vestfold HF

Spesialitet i klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi. Vi mener denne (b) er mest dekkende og ivaretar både tradisjon og plasser utviklingen av psykologprofesjonen, spesialiseringer og fagfeltet mer generelt i mainstream utvikling. Se for eksempel til Danmark der de nylig har opprettet en ny kandidatutdanning (profesjonsstudiet i psykologi) innen klinisk

Rehabiliteringspsykologi og handikap psykologi:

<https://www.aau.dk/uddannelser/kandidat/psykologi/specialiseringer/handicap-og-rehabiliteringspsykologi>. Vi ser eller ikke noe stort poeng i at «klinisk» skal inngå i navnet på spesialiteten og foreslår nytt navn: Spesialitet i helse- og rehabiliteringspsykologi, evt. noe bedre «spesialitet i rehabiliterings- og helsepsykologi»

Vi registrerer at høringsnotatet er svært utfyllende på sin definisjon av «helsepsykologi» som fagområdet, mens området «rehabiliteringspsykologi» står uten nevneverdig forsøk på avgrensning. At man velger å heller trekke på helsedirektoratets definisjon av rehabilitering som virksomhet mer generelt, og avgrenser spesialiteten til å dekke «deler av rehabiliteringsfeltet» blir noe på siden i denne sammenheng. Rehabiliteringspsykologien vil kunne ha relevans på hele rehabiliteringsfeltet. APAs definisjon kan med fordel tas inn (her i dansk oversettelse); «Rehabiliteringspsykologi er et spesialområde inden for psykologien, som fokuserer på studiet og anvendelsen af psykologisk viden og kompetencer i relation til personer med et handicap eller med kroniske sygdomme. Formålet er at fremme sundhed og velvære, uafhængighed og valg samt funktionsevner og social deltagelse i løbet af personens liv.»

Vestre Viken ved Eli Årnot, Kst. Direktør kompetanse

Klinisk helsepsykologi bør være med i navnet dersom det etableres en ny spesialitet. «Klinisk» for å skille fra «generell» helsepsykologi.

Haukeland sykehus Rehabiliteringsklinikken

Man bør velge b) Spesialitet i klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi. Det vil være strategisk viktig å ha med begrepet rehabilitering i spesialiteten. Det vil dessuten være en viktig markør for anvendelsesområdet og bidra til å styrke fagfeltet rehabilitering. Det er en oppfatning at begrepet klinisk skal være med fordi det skal indikere at tjenesten skal være praksis-nær, og tilbys i den aktuelle situasjonen hvor behandling/rehabiliteringstjenester utøves. «Klinisk» vil også markere skille mot folkehelseperspektivet og forebyggende virksomhet.

Akershus Universitetssykehus, avd. kompetanse og utdanning

Vi har ingen klare anbefalinger vedrørende navn på ny spesialitet.

Høringsuttalelse fra psykologene ved Sunnaas sykehus HF

Spesialitet i klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi, gitt at rehabiliteringspsykologer blir likeverdige partnere i utforming av det faglige innholdet.

Lokalavdelinger:

Hordaland lokalavdeling:

Spesialiteten bør hete «spesialitet i helsepsykologi» for å unngå innsnevring og tydeliggjøre både den kliniske og den helsefremmende dimensjonen i feltet. Argumentene for å ta med klinisk i tittelen er forståelige i seg selv, men mye av de samme resonnementene kunne en ha valgt når det gjelder de andre spesialitetene. «Klinisk voksenpsykologi» og «klinisk barnpsykologi» er for eksempel snevrere områder enn «voksenpsykologi» og «barnpsykologi». Et argument for å ta med «klinisk» i navnet kunne imidlertid være å tydeliggjøre behandlerrollen inn mot oppretting av stillinger i spesialisthelsetjenesten, hvor det kan bli viktig å tydeliggjøre sin egen relevans. Den bør ikke ha med «Rehabilitering» i navnet ettersom dette gjør at spesialiteten fremstår som mye snevrere enn den egentlig er, i tillegg til at man risikerer en sammenblanding med nevropsykologispesialiteten.

Rogaland lokalavdeling:

Styret har ingen sterke meninger om navn på spesialiteten

Østfold lokalavdeling:

Etter vår oppfatning bør navnet på spesialiteten begrense seg til helsepsykologi, slik at det blir en ensartet struktur for alle spesialitetene. Temaet om begrepet «klinisk» har jo vært debattert tidligere under revisjoner av andre spesialiteter hvor det for samtlige spesialiteter er ikke benyttes. Rehabiliteringsbegrepet er svært vidt og spenner fra rehabilitering av rusavhengige, schizofrene og til trafikkskadde. Psykologforeningen har fra før dårlig erfaring med å bruke rehabilitering som spesifikk for spesialitet. Vår oppfatning er derfor at rehabilitering ikke brukes som navn. Skulle det av politiske eller kommunikasjonsmessige grunner være behov for å kommunisere rehabiliteringsperspektivet kan det kommuniseres på annen måte enn å ta det inn i navnet.

Andre:**Helsedirektoratet**

Ikke kommentert

Yngre Psykologers utvalg – YPU

Spesialiteten i Helsepsykologi

Institutt for Aktiv Psykoterapi IAP

Spesialiteten bør hete klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi. Klinisk bør være med for å synliggjøre kompetansen som denne spesialiteten innehar.

Forening for Barnepalliasjon

Ikke kommentert

Diabetesforbundet

Diabetesforbundet mener at en ny spesialitet bør hete klinisk helsepsykologi, ikke bare helsepsykologi. Det kan være nyttig å skille mellom helsepsykologi, som er et mye bredere felt, og klinisk helsepsykologi som skal være en brobygger mellom somatikk og psykiatri. Klinisk bør være med.

Innspill om ny spesialitet i klinisk helsepsykologi fra fagutvalgene

Fagutvalg for habiliteringspsykologi:

Utvalget imøtekommer en ny spesialitet i klinisk helsepsykologi men mener det er uheldig hvis beskrivelsen av spesialiteten skaper et uklart skille mellom helsepsykologi og habiliteringspsykologi, ref. definisjonen av habilitering som benyttes i høringsnotatet. Utvalget opplever imidlertid at det er behov for både klinisk helsepsykologi og habiliteringskompetanse i den kliniske hverdagen

Fagutvalg for samfunns- og allmennpsykologi:

Utvalget har ingen konkrete innspill utover at de er positive til ny spesialitet i klinisk helsepsykologi

Fagutvalg for eldrepsykologi:

Utvalget uttrykker ved flere anledninger bekymring for eldrepsykologenes rolle i fremtiden. De opplever ofte at pasientgrupper blir satt opp mot hverandre, hvor prioriteringsveilederen ikke taler til de eldres fordel. De er også bekymret for «profesjonskamper» mellom ulike fagfelt/spesialiteter, hvor klinisk helsepsykologi og eldrepsykologi nevnes som eksempel.

Fagutvalg for barne- og ungdomspsykologi

Diskusjon: Blir tjenestene for fragmenterte? Er dette nødvendig gitt den eksisterende spesialiststrukturen? Dette vil føre til at det blir færre barne- og ungdoms spesialister. Det valgfrie programmet kan dekke dette behovet. Konklusjon: Utvalget er enig i at Klinisk helsepsykologi ikke bør bli en ny spesialitet.

Fagutvalget i familiepsykologi

FU familie er i utgangspunktet positive og forstår behovet for å bruke begrepet «klinisk» i en somatisk kontekst, selv om dette bryter med den måten spesialiteter nå er benevnt. Men, dersom poenget er å snevre inn begrepet «helsepsykologi» bør det arbeides med å finne et navn som er nærmere opp til det som er det faktiske arbeidsområdet (spontant eksempel; «somatisk helsepsykologi»). «Klinisk» gir assosiasjoner og forventninger om samtaleterapi, og at det kan snevre inn arbeidsoppgaver til fremtidige psykologer i somatiske sykehus og rehabilitering.

Fagutvalg for felleselementene

Utvalget er positive til opprettelsen av ny spesialitet i klinisk helsepsykologi. Det er et stort fagområde i amerikansk og engelskpsykologi. Det er skrevet mange lærebøker i klinisk helsepsykologi så kunnskapsgrunnet er godt. Det er gode fagmiljøer i Norge rundt smerte, søvn, mindfulness, hypnose og andre fagområder som kan gå innunder klinisk helsepsykologi - begrepet.



HØRINGSRUNDE NORSK PSYKOLOGFORENINGSPESIALISTUTDANNING

Til

Helsedirektoratet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Norsk forbund for utviklingshemmede
Organisasjonene i Den Nasjonale Alliansen for helsepsykologi i somatikken
AIR Rehabiliteringssenteret
Mental helse
Mental helse ungdom
Rådet for psykisk helse
RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
ROP
Fagdirektørene i HFene
Institutt for Psykoterapi
NorskPsykoanalytisk institutt
Norsk Karakteranalytisk institutt
Institutt for gruppeanalyse
NI-ISTDP
IAP – Institutt for Aktiv Psykoterapi
NIEFT - Norsk Institutt for Emosjonsfokuset Terapi
Lokalavdelingene
Foretakstillitsvalgte
Fagutvalgene
Spesialitetsrådet
Kvalitetsutvalget
Yngre Psykologers Utvalg
Studentpolitisk utvalg
Norsk Nevropsykologisk Forening

Dato: 15. FEBRUAR 2019

HØRINGSFRIST: 24. APRIL 2019

Forslag til endring i reglement for spesialistutdanningen: Opprettelse av ny spesialitet?

Psykologforeningen vurderer om det bør etableres en spesialitet for fagområdene klinisk helsepsykologi og relevante deler av fagområdet rehabilitering. Vi inviterer derfor til denne høringsrunden.

Landsmøtet i 2013 vedtok å opprette en kombinert spesialitet som skulle favne både habilitering- og rehabiliteringspsykologi. Etter råd fra et fagutvalg bestående av representanter fra habilitering- og rehabiliteringsfeltet ble vedtaket ikke effektivt. Landsmøtet i 2016 vedtok så å endre spesialiteten i habilitering og rehabilitering til en spesialitet i habiliteringspsykologi. Helsedirektoratet har etterlyst en tydeliggjøring av hvordan fagområdet rehabilitering dekkes i spesialistutdanningen. Psykologforeningen har opplyst om at fagområdet rehabilitering blant annet skulle ivaretas og ses i sammenheng med fagområdet klinisk helsepsykologi.

Dekning av fagområdet klinisk helsepsykologi i spesialistutdanningen i dag

Sentralstyret vedtok i sitt møte 22. september 2015 å opprette et valgfritt program i klinisk helsepsykologi. Psykologforeningen 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. Det er i tillegg organisert tre konferanser i klinisk helsepsykologi i 2015, 2016 og 2018. Rehabilitering som fagområde er ikke dekket i dagens spesialistutdanning.

Grunnlag for en spesialitet

Det kan være flere faktorer som ligger til grunn for etablering av en spesialitet. En spesialitet forutsetter at det eksisterer et særskilt kunnskapsgrunnlag og spesifikke metodekompetanser på et fagområde.

De spesifikke kompetansene er etterspurt av myndigheter, arbeidsgivere og brukere. I noen tilfeller gir myndighetene psykologspesialister særskilte oppdrag og ansvar eller det kan være slik at psykologene selv ser at spesialistkompetanser vil kunne bidra til å dekke et særskilt behov for psykologtjenester.

Det kan også vurderes å opprette en spesialitet ut ifra at det utvikles nye tjenestesteder der psykologenes særskilte kompetanse er relevant og etterspørres.

Utgangspunktet for utvikling av en spesialitet kan være kompetansekrav som stilles til psykologene i særskilte stillinger/med særskilt ansvar i dag eller slik man ser for seg at kompetansekravene/behovene vil være i fremtiden.

Det kan også vurderes å opprette en spesialitet ut i fra begrunnelser som at spesialistutdanningen vil kunne bidra til kunnskapsutvikling på felt der det forskes lite.

Spesialistutdanningen skal primært utvikle psykologenes handlingskompetanse og det stilles krav til at psykologspesialisten skal utvikle forutsetninger for å

systematisere egne erfaringer og evaluere egen praksis. Dette forutsetter at det er tilgang på praksisplasser relevant for spesialiteten.

Klinisk helsepsykologi og rehabilitering

Klinisk helsepsykologi er et fagfelt hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter anvendes i behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatiske helseplager eller sykdom, symptomer eller funksjonshemming, eller for pasienter med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske. Pasientens pårørende er også en viktig målgruppe, både som deltager i hjelpetilbudet eller ut fra deres egne behov for å bli ivaretatt.

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.

Klinisk helsepsykologi bygger på en biopsykososial tilnærming. Pasientens evne til å mestre det å leve med en somatisk helseplage eller sykdom, hvilken støtte man får fra pårørende og hvilken erfaring man har fra tidligere har betydning for både sykdom og psykiske reaksjoner på sykdommen. I en helhetlig behandlingstilnærming sees disse faktorene i sammenheng. En slik forståelse gir utgangspunkt for kliniske helsepsykologiske tiltak rettet både mot individet og systemer rundt pasienten.

Klinisk helsepsykologi representerer et område som er relevant for mange rehabiliteringsprosesser mennesker med skader og somatiske sykdommer skal igjennom. Jfr. definisjonen av rehabilitering. *«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»*

Kunnskap om samvirket mellom fysisk og psykisk helse viser hvilket potensial som ligger i å satse på intervensjoner som hensyn tar dette: Å leve med en somatisk helseplage eller sykdom innebærer mange problemer og påkjenninger. Eksempelvis er det en overhyppighet av psykiske vansker hos personer med langvarige somatiske plager. Nesten hver tredje med en langtids somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og nesten halvparten av de med psykiske helseproblemer har en langtids somatisk sykdom. Og 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.

Helsedirektoratets retningslinjer 'Ivaretakelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer' IS-2642 stadfester at «Psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett.» Når vi vet at forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig viser dette oss at tiltak er nødvendige.

Årsakene til forkortet levealder er sammensatte, men forsinket oppdagelse og behandling samt mangel på tilpasning av det somatiske helsetilbudet er spesielt relevante i denne sammenhengen. Psykologisk kompetanse på somatiske avdelinger kan bidra til de tilpasninger denne pasientgruppen trenger for å kunne motta og nyttiggjøre seg nødvendig helsehjelp.

Behov for arbeidsplasser som grunnlag for en spesialitet

Etablering og realisering av en spesialitet krever arbeidsplasser. En spesialitet i klinisk helsepsykologi og rehabilitering må knyttes opp mot arenaer hvor det er behov for denne kompetansen.

Relevante forhold knyttet til behovet for psykologkompetanse i somatikken

- Samtidig psykiske og somatiske vansker forsterker hverandre gjensidig og medfører økte kostnader for samfunnet og betydelige lidelser for den enkelte.
- Det er et økende behov for psykologer med spisskompetanse på psykologiske metoder tilpasset pasienter med somatiske plager – både i tilknytning til primær- og spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteområder ¹
- Kompetansen etterspørres fra nasjonale helsemyndigheter
- Bruker- og profesjonsforeninger etterspør et tydeligere biopsykososialt perspektiv i helsetjenestetilbudet ²

Psykologforeningen har i innspill til nasjonal helse- og sykehusplan påpekt hvordan psykologisk kompetanse kan bidra til et bedre og mer effektivt behandlingstilbud for pasienter i somatikken. Det er vist til en rekke nasjonale føringer som påpeker behovet for tverrfaglig kompetanse, inkludert psykologkompetanse i somatikken. Se vedlagte notat med Psykologforeningens innspill.

Etablering av spesialitet

En spesialitet som skal dekke klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet krever en grenseoppgang mot flere fagfelt. Rehabiliteringsfeltet er i seg selv omfattende og deler av dette feltet hører naturlig inn under nevropsykologi. Klinisk helsepsykologi representerer et område som overlapper med eller har berøringspunkter til flere andre fagområder, bl.a. nevropsykologi, arbeidspsykologi, eldrepsykologi, samfunn-/allmennpsykologi og habiliteringspsykologi. En ny spesialitet vil måtte være komplementerende til øvrige spesialiteter. Klinisk nevropsykologi som spesialitet har åpenbart stor relevans for rehabilitering, men rehabiliteringspsykologien for øvrig kan integreres med klinisk helsepsykologi i en felles spesialitet. Hvordan dette skal ivaretas vil bli vurdert i forbindelse med utarbeidelse av målbeskrivelse for en ny spesialitet.

Psykologforeningen ber om tilbakemelding på om det bør opprettes en spesialitet for å ivareta klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet.

¹ Eksempler er frisklivssentraler, i NAV-systemet, på rehabiliteringsinstitusjoner, ved helsestasjoner og i kommunale palliative team, i tannhelsetjenesten, på sykehjem og på somatiske spesialavdelinger.

² Nasjonal allianse for helsepsykologi i somatikken

Psykologforeningens fagutvalg bes spesielt om å kommentere på spørsmål 4.

Vi ber om tilbakemelding på følgende problemstillinger:

1. Foreligger det tilstrekkelig med faktorer som skissert innledningsvis i dokumentet som grunnlag for etablering av en ny spesialitet?
2. Bør det opprettes en egen spesialitet for å dekke fagområdene klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet?
3. Hvilken funksjon og virkeområde bør spesialiteten ha – bør den innrettes mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?
4. En ny spesialitet skal ivareta klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet. En problemstilling er derfor om dette bør gjenspeiles i navnet på spesialiteten. Hva bør en eventuell ny spesialitet hete:
 - a. Spesialitet i klinisk helsepsykologi?
 - b. Spesialitet i klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi?
 - c. Bør «klinisk» være med i tittel når det ikke brukes i noen av de øvrige spesialitetene? Eller er det særskilt viktig å ha med begrepet klinisk helsepsykologi for å markere et skille i forhold til helsepsykologi?

Vi ber om at tilbakemelding på endringer i spesialistreglementet er oss i hende senest 24. april 2019.

Høringssvar sendes til Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef, Norsk Psykologforening.

bjornhild@psykologforeningen.no

Vennlig hilsen

Heidi Tessand

Bjørnhild Stokvik

Visepresident
Norsk Psykologforening

Utdanningssjef
Norsk Psykologforening

Vedlegg: Psykologforeningens innspill til nasjonal helse- og sykehusplan om psykologisk kompetanse i somatikken.

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 autismspekterforstyrrelser).
- 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>