

Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge

Torkil Berge og Nina Lang

Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge

Fagfeltet klinisk helsepsykologi gir muligheter for å styrke behandlingstilbudet for pasienter med somatiske sykdommer. Denne artikkelen er en programmerklæring for videreutvikling av klinisk helsepsykologi i Norge.



Takk til Eiríkur Örn Arnarson, Petter Ekern, Turid Dager, Arnstein Finset, Elin Fjerstad, Odd E. Havik, Ingrid Hyldmo, Jacob Mosvold, Inger Hilde Nordhus, Borrik Schjødt og Morten Skjørshammer for bidrag til artikkelen.

Det helsepsykologiske feltet er i sterk vekst, med 30 000 nye artikler årlig og totalt sett en halv million fagartikler med både psykologisk og medisinsk innhold. I mange europeiske land er helsepsykologi et større fagfelt enn i Norge. I Norge har det helsepsykologiske fagfeltet vært mer rettet inn mot folkehelse, livsstil og forebygging enn mot klinisk praksis. Klinisk helsepsykologi beskjeftiger seg med hvordan bruk av psykologisk kunnskap kan gi bedre behandling av pasienten, og er beslektet med medisinske atferdsfag. Behovene og mulighetene for et slikt anvendt fagfelt er store. Vi vil beskrive kjennetegn ved fagområdet, og gi eksempler på arbeidsoppgaver og metoder. Til slutt vil vi drøfte rollen som klinisk helsepsykolog, og vi vil fremheve betydningen av mer utdanning i klinisk helsepsykologi og etablering av et fagforum for klinisk helsepsykologi. Bakgrunnen for artikkelen er et pågående prosjekt for klinisk helsepsykologi på Diakonhjemmet sykehus i Oslo.

Behandling av somatisk sykdom er et teamarbeid, der psykologen sammen med legen, sykepleieren, fysioterapeuten, ergoterapeuten, ernæringsfysiologen og andre viktige helseprofesjoner bidrar til at pasienten behandles helhetlig

Hva er klinisk helsepsykologi?

Klinisk helsepsykologi ble en spesialitet innenfor den amerikanske psykologforenings utdanninger i 1997 (se www.health-psych.org). Andre navn som er benyttet, er atferdsmedisin, medisinsk psykologi og psykosomatisk medisin (se Bewlar & Deardorff, 2009, s. 4–6 for en diskusjon av de ulike betegnelse). Klinisk helsepsykologi er et dekkende og nyttig begrep fordi det angir bredden av fagområdet (helse), betoner anvendelse i praksis (klinisk) og fremhever at det er en psykologisk fagdisiplin (som riktignok utøves i sammenhenger der tverrfaglig samarbeid er påkrevet). Klinisk helsepsykologi dekker et bredt område av anvendt psykologi (Belar & Deardorff, 2009; Espnes & Smedslund, 2009; Kennedy & Llewelyn, 2006), se tabell 1.

Tabell 1. Sentrale oppgaver i klinisk helsepsykologi

- Psykologiske problemer som følge av sykdom, skade og funksjonsnedsettelse, for eksempel tilpasningsproblemer, depresjon, angst, posttraumatiske reaksjoner og søvnproblemer.

Tabell 1. Sentrale oppgaver i klinisk helsepsykologi

- Somatiske symptomer som følge av psykisk lidelse, for eksempel brystmerter ved panikk lidelse og somatiseringslidelser.
- Psykiske symptomer som følge av biologiske forhold, for eksempel depresjon på grunn av stoffskiftesykdom og medikamentutløst depresjon.
- Psykofysiologiske lidelser, for eksempel spenningshodepine og irritabel tykktarm.
- Fysiologiske vansker som lar seg behandle gjennom atferdsmessige intervensjoner, for eksempel inkontinens, enkoprese, kroniske smerter og forventningskvalme ved kjemoterapi.
- Manglende etterlevelse av medisinsk behandling, for eksempel ved diabetes og forhøyet blodtrykk.
- Psykiske reaksjoner på belastende medisinsk undersøkelse og behandling, for eksempel klaustrofobi ved hjerneskanning og blodfobi ved injeksjoner, klargjøring for operasjoner, forhold ved gynekologiske undersøkelser og ved behandling av ufrivillig barnløshet.
- Atferdsmessige risikofaktorer for sykdom, som røyking, overvekt, manglende fysisk aktivitet og rusmiddelproblemer.
- Samtaler ved terminal sykdom, brannskader, amputasjoner og suicidalitet.
- Kriseintervensjon og sorgstøtte.
- Samtaler med familie og pårørende.
- Styrket kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell; informasjon om sykdom og mestring av sykdom.
- Tiltak for å motvirke utbrenthet og sekundærtraumatisering hos helsepersonell.
- Utforming og organisering av helsetjenester; tiltak for økt brukerinvolvering og brukertilfredshet.
- Undervisning, konsultasjon og veiledning; forskning og fagutvikling.

Grunnlaget for klinisk helsepsykologi er den bio-psyko-sosiale modellen. For å presisere denne modellen og gjøre den mer praksisnær, er det utviklet tilleggsmodeller, for eksempel MI-MAP-modellen (Model for Integrating Medicine and Psychology; Boyer & Paharia, 2008). Sentralt i klinisk helsepsykologi står forskning på psykologiske fenomener ved spesifikke sykdommer, og de behandlingsmessige implikasjonene av disse funnene. Eksempler er studier av emosjonsfokustert mestring hos kvinner med brystkreft, og psykologiske intervensjoner for insomni og utmattelse, som er et utbredt problem i denne pasientgruppen. Tilgrensende psykologiske fagområder er nevropsykologi, rehabiliteringspsykologi og gerontopsykologi.

Den kliniske helsepsykologen er involvert i pasientarbeid, undervisning, konsultasjon, veiledning, forskning og kvalitetsutvikling. Utredning og kartlegging er viktig, og ulike former for intervju, spørreskjemaer, observasjonsmetoder, loggbøker, tester og psykofysiologiske målinger er tilpasset for pasienter med somatiske sykdommer (Belar & Deardoff, 2009). Nevropsykologiske metoder er sentrale i utredning av kognitive funksjoner, for eksempel for å vurdere kognitiv svekkelse etter behandling med cellegift. Arbeidsstedet er en poliklinikk, ambulante tjenester, palliativt

team, sykehuspost eller rehabiliteringssenter. Den kliniske helsepsykologen kan ses i hvit kittel i sykehuskorridorer og ved pasientens seng.

På et studiebesøk til Island, fikk vi høre bakgrunnen for at man har lyktes i å etablere en psykologisk helsetjeneste, med opp til 14 psykologer ansatt på de ulike somatiske avdelingene

Klinisk helsepsykologi forutsetter tverrfaglig samarbeid. Bio-psyko-sosial handler om ulike perspektiver, men først og fremst om behovet for koordinerte tilnærminger fra flere profesjoner. Behandling av somatisk sykdom er et teamarbeid, der psykologen sammen med legen, sykepleieren, fysioterapeuten, ergoterapeuten, ernæringsfysiologen og andre viktige helseprofesjoner bidrar til at pasienten behandles helhetlig. Psykologen bistår via konsultasjon og opplæring andre faggrupper i å intervensere ut fra psykologiske prinsipper.

Klinisk helsepsykologi er problemorientert, med evidensbaserte hjelpetiltak for spesifikke sykdomsplager, samtidig som en vektlegger faktorer som styrker menneskers helse, forebygging av sykdom og etablering av gode helsevaner. Muligheten til å oppleve sammenheng, forutsigbarhet og mestring har stor betydning for rehabilitering (Antonovsky, 1987). Feltet preges av tro på menneskers mestringsressurser, og på at enkle intervensjoner integrert i den somatiske behandlingen kan gi store helsegevinster for pasienten.

Fire ledende faglige tidsskrifter er Health Psychology, International Journal of Behavioral Medicine, Psychology & Health og Health Psychology Review. Sistnevnte utgis av The European Health Psychology Society, som ble dannet i 1986. American Board of Clinical Health Psychology arbeider for sertifisering av kliniske helsepsykologer (se www.abpp.org). Et beslektet fagforum er Society of Behavioral Medicine (www.sbm.org). Belar og Deardorff (2009) gir en detaljert beskrivelse av kriterier for kompetanse hos den kliniske helsepsykolog.

Veiledet selvhjelp

Det økte behovet for klinisk helsepsykologi henger sammen med fremveksten av kroniske sykdommer der pasientens egenopplevelse av og delaktighet i sin behandling er sentral, og atferdsendring nødvendig. Ved akutte tilstander rettes tiltak inn mot å fjerne årsakene til sykdommen, slik at pasienten kan vende tilbake til normal funksjon. Kroniske lidelser er sammenvevd med faktorer knyttet til miljø og livsstil. Eksempler er fysisk aktivitet, kosthold, rusmiddelbruk, livsbelastninger,

stresshåndtering, trivsel i arbeid og sosial støtte. Liam Donaldson, med et overordnet ansvar for helsetjenesten i England og Wales, skrev i 2001 «The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century». Utgangspunktet er at helsevesenets største utfordring nettopp er de vedvarende og tilbakevendende lidelser. Det er de som dominerer sykdomsbildet i verden. En vesentlig årsak til at tjenestetilbudet ikke er godt nok, er at en ikke har tatt i bruk pasientenes ressurser, erfaringer og kunnskaper. Man må både lære av pasientens erfaringer og rette helsehjelpen inn mot å styrke pasientens evne til å mestre sin sykdom.

Wagner (1998) utviklet «the chronic care model» for kroniske lidelser, med pasienten som en aktiv bidragsyter i behandlingssamarbeidet og med vekt på pasientens egenmestring. Pasienten involveres i kliniske beslutninger, blant annet gjennom strukturerte former for veiledet selvhjelp. Veiledet selvhjelp er et begrep som benyttes i retningslinjene til det engelske The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) og de norske retningslinjene for depresjon (Helsedirektoratet, 2009). I litteraturen benyttes også betegnelsen self-management og selvadministrert behandling (for eksempel Yeung, Feldman & Fava, 2010). Veiledet selvhjelp kan defineres som metoder, ferdigheter og strategier som er forskningsmessig dokumentert, og som administreres av personen selv for egne problemer (Berge & Repål, 2011). Den bygger på et samarbeid der helsepersonell informerer om og gir opplæring i evidensbaserte tiltak. Samtidig har man oppfølgende samtaler hvor pasientens erfaringer med gjennomføring av tiltakene blir evaluert. Fremgangsmåten benyttes med suksess ved kroniske sykdommer som diabetes, hjertesykdom og overvekt, og har også dokumentert effekt ved depresjon, angstlidelser, insomni og kroniske smerter. Implementering av klinisk helsepsykologiske tilnærminger i et hektisk og til dels overbelastet somatisk helsevern, vil kreve en kombinasjon av tradisjonelle metoder bygget på samtalebehandling ansikt til ansikt eller via telefon, bruk av e-helsetjenester og programmer for veiledet selvhjelp (se James & Folen (2005) og Berge & Repål (2011) for mer om dette).

Sentrale praksisområder

Klinisk helsepsykologi har mange anvendelsesområder, og vi har valgt ut noen av stor betydning for et somatisk sykehus, men også for primærhelsetjenesten. Vi vil først gå inn på bruk av klinisk helsepsykologiske behandlingstilnærminger ved ulike sykdommer, så beskrive et familie- og nettverksperspektiv, og til slutt tiltak rettet mot å styrke pasientens etterlevelse av behandling

og kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient. Vi vil nevne et stort, og kanskje litt overveldende, antall tiltak, men kunne selvsagt nevnt langt flere. Hva som prioriteres, vil avhenge av behovene ved de aktuelle sykehusavdelinger og i primærhelsetjenesten samt ønskemål fra pasientorganisasjonene.

Klinisk helsepsykologiske behandlingsprogrammer

De klinisk helsepsykologiske behandlingsprogrammene tar i likhet med annen psykologisk behandling form av et samarbeid mellom pasienten og terapeuten, rettet inn mot hvordan problemene fremtrer i pasientens hverdag her og nå. Tiltakene er fokuserte og går over kort tid, med samtaler om belastende hendelser, bearbeiding av følelser, realitetstesting av negative tankemønstre, atferdsaktivering, teknikker for stressmestring og avspenning, problemløsning og mobilisering av sosial støtte. Målet er å gi hjelp til selvhjelp, der pasienten lærer å bli sin egen terapeut. Man retter også oppmerksomheten mot pasientens ressurser, interesser og sterke sider. Programmene er bygget på prinsipper fra en rekke teoretiske tilnærminger, som systemisk terapi, dynamisk terapi og klientsentrert terapi, og på ulike metoder som motiverende intervju, biofeedback, hypnose og ferdighetstrening. Den mest utbredte og best evaluerte tilnærmingen ved somatisk sykdom er kognitiv terapi (Berge & Repål, 2010). Denne tilnærmingen kalles også kognitiv atferdsterapi, fordi atferdsrettede intervensjoner bygget på læringspsykologi står sentralt. Viktige elementer er informasjon om sykdom og mestring av sykdom, tiltak for å styrke etterlevelse av medisinsk behandling og hjelp til mestring og forebygging av depresjon.

Kognitiv terapi fungerer som et supplement i behandling av kreftsykdom (Kangas, Bovbjerg & Montgomery, 2008; Moorey & Greer, 2002), multippel sklerose (Mohr, 2010), demens (James, 2010), diabetes (Safren, Gonzalez & Soroudi, 2008), revmatiske lidelser (Fjerstad, 2010) og kronisk utmattelsessyndrom/ME (Berge & Dehli, 2009). Kognitiv terapi er en hovedtilnærming ved kroniske smertetilstander (Sættem & Stiles, 2008) og ved kroniske søvnproblemer (Berge & Pallesen, 2008). Programmene inkluderer tiltak for å understøtte etterlevelse av medisinsk behandling. Behandlingen kan skje individuelt eller i grupper. Eksempler på det siste er kursopplegg for pasienter med prostatakreft (Penedo, Antoni & Schneiderman, 2008) og for par i grupper for kvinner med brystkreft (Manne & Ostroff, 2008). Tilbudet har også form av elektroniske helsetjenester (Berge & Repål, 2011). Det er utviklet måter å praktisere kognitiv terapi på som er tilpasset primærhelsetjenesten og somatiske sykehus (Aschim & Lundevall, 2008; James & Folen, 2005; Sage, Sowden, Chorlton & Edelenau, 2008).

Depresjon ved somatisk sykdom

Ifølge Helsedirektoratet (2009) kan depresjon ha dyptgripende virkning på forløp og utfall av akutt og kronisk somatisk sykdom. Depresjon er forbundet med økt somatisk sykkelighet og svikt i etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsopplegg. For hjerte- og karsykdommer er det ved samtidig depresjon påvist økt funksjonstap og økt dødelighet. Andre somatiske sykdommer med økt risiko for depresjon er hjerneslag, diabetes og andre stoffskiftesykdommer, kronisk obstruktiv lungesykdom, kreft, multipel sklerose, hiv, revmatiske sykdommer, demens og Parkinsons sykdom. Depresjon fordyrer behandlingen. Et eksempel er at pasienter med diabetes som også er deprimerte, anslås å ha 4,5 ganger så høye helsekostnader som pasienter med diabetes uten depresjon, og fordoblet risiko for dødelighet (Safren et al., 2008).

I rapporten «Psykkiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2009) fremgår det at depresjon øker dødelighet omtrent like mye som røyking. Dette gjelder særlig de store sykdomsgruppene, som hjerte- og karlidelser og infeksjonssykdommer, og trolig også kreft. I rapporten pekes det på tre mulige mekanismer for sammenhengen mellom depresjon og død som følge av hjerte- og karsykdommer. For det første er det økt helseskadelig atferd ved depresjon, som røyking, dårligere kosthold, alkoholbruk, redusert fysisk aktivitet og begrenset sosial støtte. For det andre er det en høy samsykkelighet mellom depresjon og de fleste somatiske sykdommer: Man kan bli deprimert som følge av belastninger ved somatisk sykdom, men depresjon øker også risikoen for alvorlig sykdom. For det tredje er det vist at personer som har hjerte- og karsykdom, og som samtidig er deprimerte, har høyere dødelighet enn de som ikke er deprimerte. Det kan foreligge en interaksjonseffekt som i seg selv øker dødelighet ved depresjon.

Dessverre er depresjon hos pasienter med samtidig somatisk sykdom underdiagnostisert og underbehandlet. Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer (2009) bør det foretas rutinemessig kartlegging («screening») av depresjon for pasienter med somatiske lidelser som forårsaker funksjonstap, og for pasienter med kroniske smerter.

Det finnes evidensbaserte terapeutiske intervensjoner for depresjon som kan innpasses på en god måte i den hektiske hverdagen i sykehuset og i primærhelsetjenesten. Det er utviklet måter å formidle terapi og psykologisk rådgivning på over telefon, for eksempel av depresjon ved multipel sklerose (Mohr, 2010; se også Berge & Karlsen, 2010), og som ulike former for veiledet selvhjelp, gjennom bruk av selvhjelps litteratur og nettprogrammer (Berge & Repål, 2011; Yeung, Feldman & Fava, 2010).

Det er utviklet kurs i mestring av depresjon. Kurs i Depresjonsmestring (KiD) er et veldokumentert tilbud som er etablert i mange kommuner. For et annet kurs, Mestring og forebygging av depresjon (Berge, Ekelund & Skule, 2008), er kursbeskrivelse, lysark, selvhjelpshefter og annen nyttig informasjon lagt ut på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret. Helsepersonell kan fritt tilpasse dette materialet til bruk for pasienter innenfor det somatiske helsevesenet. Tabell 2 presenterer klinisk helsepsykologiske tiltak mot depresjon ved somatisk sykdom.

Tabell 2. Klinisk helsepsykologiske tiltak for depresjon ved somatisk sykdom

a.	Prøve ut og evaluere systematisk screening av depresjon, i tråd med anbefalingene fra Helsedirektoratet (2009), med minst to spørsmål som gjelder humør og interesser: «Har du de siste par uker kjent deg nedfor, deprimert og ofte følt at alt var håpløst?» og «Har du de siste par uker ofte følt at du ikke interesserer deg for eller gleder deg over det du gjør?» Svarer pasienten ja på disse spørsmålene, kan en følge opp med å spørre om han eller hun ønsker hjelp for disse problemene. Dette etterfølges av en mer grundig kartlegging foretatt av kompetent personale, der en tar hensyn til at det ofte er et overlapp av symptomer ved somatisk sykdom.
b.	Gjennomføre og evaluere kurs i mestring og forebygging av depresjon.
c.	Utarbeide og evaluere bruk av materiale for informasjon om depresjon og veiledet selvhjelp.
d.	Utvikle og evaluere en modell for korttidsintervensjon for depresjon.

Panikklidelse og ikke-kardiale brystmerter

Om lag 85 prosent av personer med panikklidelse søker medisinsk behandling for symptomene sine, men panikklidelse blir i liten grad identifisert og behandlet. Amerikanske studier viser at disse pasientene i snitt har kontakt med ti leger før de blir diagnostisert, og at mange av dem selv da ikke mottar adekvat behandling (Barlow, 2002). Dette har trolig mange årsaker: Det er stigma knyttet til psykisk lidelse; pasienten mangler innsikt i sammenhengen mellom psykiske faktorer og kroppsreaksjoner; helsepersonell fokuserer på kroppslige sykdommer; sykehusavdelinger preges av høy arbeidsbyrde og tidspress; mangel på adekvate prosedyrer og kartleggingsverktøy for panikklidelse; manglende kompetanse i virksomme behandlingstiltak.

En undersøkelse fra 1999 viste at av 200 pasienter med brystmerter henvist til hjertemedisinsk poliklinikk ved Ullevål hadde 38 prosent panikklidelse. Bare 16 prosent av pasientene hadde angina pectoris. Studien viste at pasientenes panikkangst i stor grad ikke ble identifisert

eller riktig behandlet før henvisning. Kun tre prosent av pasientene med panikkangst hadde i utgangspunktet fått informasjon som sin lidelse (Dammen, 2002). En studie ti år etter ved Molde sjukehus viste tilsvarende resultater (Jonsbu et al., 2009).

Det er viktig at disse pasientene blir møtt på en faglig bedre måte, og at de informeres om at de har en angstlidelse som det finnes effektiv behandling for. Best dokumentert er bruk av kognitiv terapi, der pasientene får bearbeidet katastrofetanker knyttet til kroppslige symptomer og systematisk og planmessig utsetter seg for kroppsfornemmelser og situasjoner de vanligvis unngår på grunn av angsten. Ubehandlet har disse pasientene økt risiko for å utvikle agorafobi, depresjon og alkohol- og medikamentavhengighet. På verdens helseorganisasjons liste over sykdommer som koster samfunnet mest økonomisk, kommer denne pasientgruppen høyt opp på grunn av arbeidsfravær og stort forbruk av helsetjenester.

Enkelte studier viser lovende resultater av kortidsopplegg på somatiske sykehusavdelinger med rådgivning som hjelper pasientene til å fortolke de kroppslige angstsymptomene på en mindre katastrofal måte (Esler et al., 2003; Nuthall & Townend, 2006). Det er nødvendig med bedre rutiner for screening og kartlegging av panikk lidelse. Disse pasientene trenger å få utdelt egnet informasjonsmateriell og å bli møtt med gode informasjonsstrategier. Enkle tiltak kan gi store helsegevinster.

Revmapsykologi Takk til revmapsykologene ved Diakonhjemmet sykehus Elin Fjerstad og Turid Dager for hjelp med dette avsnittet.

Revmatisk sykdom gir økt risiko for redusert livskvalitet og for å falle ut av arbeidslivet, og høy forekomst av angst og depresjon (Vriezekolk et al., 2010). Symptomer på depresjon og revmatisk inflammatorisk sykdom er overlappende, noe som bidrar til at depresjonen ikke blir oppdaget og behandlet. Det samme gjelder problemer med angst, kroniske smerter og rusmiddelproblemer (Sæter, Conradi, Tornås & Glott, 2006).

Smerte er for pasientene det viktigste symptomet å behandle (Heiberg & Kvien, 2002). Psykologiske faktorer kan være med på å opprettholde og forsterke revmatiske smerter gjennom katastrofetenkning, svekket mestringstro, liten opplevelse av kontroll, stress, generelle belastninger og uhensiktsmessig mestring og sykdomsoppfatning. Kognitiv terapi reduserer angst og depresjon, og har god effekt på smerte, tretthet, hjelpeløshet, stressmestring, oppfølging av behandling, fysisk funksjon og sykdomsaktivitet (Dixon et al., 2007; Gettings, 2010). Effekten er best når behandlingen gis tidlig i sykdomsforløpet (Astin, Beckner, Soeken, Hochberg & Berman, 2002). I en studie trengte

pasienter som fikk kognitiv terapi, langt mindre hjelp fra helsevesenet de fem første årene etter at de fikk diagnosen (Sharpe, Allard & Sensky, 2008). Bedringen så ut til å vare ved og til og med øke 18 måneder etter at intervensjonen ble gitt. Tabell 3 beskriver kliniske helsepsykologiske tiltak ved revmatisk sykdom.

Tabell 3. Klinisk helsepsykologiske tiltak ved revmatisk sykdom

a.	Utarbeide informasjonsmateriale og modeller for veiledet selvhjelp ved revmatisk sykdom og kroniske smerter og depresjon.
b.	Utvikle psykologiske intervensjoner for nysyke, og ved smerter, angst og depresjon.
c.	Utvikle former for veiledet selvhjelp for økt refleksjon og motivasjon i ventetiden før inntak til rehabilitering, og for å opprettholde endring av helsevaner etter endt sykehusopphold.

Familieperspektiver på somatisk sykdom

Man vil ofte tenke reduksjonistisk og individuelt om en pasients problem: hva som er galt med den aktuelle kroppsdelen, og hvordan sykdommen kan kureres, og mindre over den sosiale konteksten pasienten lever i. Sykehuspersonalet møter de pårørende, mens pasientens familiesituasjon og hvordan familiesituasjonen påvirker pasientens sykdomsforløp, i mindre grad blir snakket om med pasienten.

Familien kan være en enorm ressurs under sykdom, men også en belastning. En pasient som har ekteskapsproblemer og sterk bekymring for sine barns situasjon, vil ha dårligere anledning til aktiviteter som støtter rehabilitering, enn en pasient som kan bruke energien sin på å følge råd om for eksempel å spise riktig, mosjonere, hvile og ta medisinene sine. Personer som lever under stress, som ved konflikter i nære relasjoner, er mer syke og har dårligere immunforsvar. Studier viser at kronisk somatisk sykdom bidrar til vansker i nære relasjoner (Stanton et al., 2007), og disse vanskene kan bidra til økt funksjonsnedsettelse og økt smerte (Leonard, Cano & Johansen, 2006), og muligens også redusert levealder (Lett et al., 2005). Relasjonelle problemer kan påvirke utvikling og forløp av kronisk sykdom og depresjon gjennom både biologiske og atferdsmessige mekanismer (Smith, 2010). Betydningen av familieperspektivet understrekes av endringen i helsepersonell-loven § 10, som har til hensikt å ivareta barns behov for informasjon og hjelp når foreldre blir alvorlig syke eller skadet.

I kriser kan maktforholdene i familien forskyve seg, roller omfordeles og konflikter forsterkes. For sykehuset er pasientrollen fremtredende, men for pasienten selv og for dennes

nærmeste er identiteten knyttet til andre roller som forsørger, ektefelle, forelder, arbeidstager og samfunnsborger. Det er viktig at pasienten opplever at sykehuset anerkjenner denne selvforståelsen, som jo er vesentlig for pasientens evne til å håndtere sykdommen sin. Pasienten må oppleve seg sett som et helt menneske. Ved å sette ord på familiens betydning for pasientens rehabilitering kan en med enkle midler gi rom for refleksjon i familien rundt egen fungering. Det å involvere pårørende i behandlingen kan øke etterlevelse og samtidig forebygge problemer i familien i kjølvannet av somatisk sykdom.

Personalet må ha kompetanse i familiens betydning for pasientens rehabilitering og kunne formidle en holdning hvor familien ses som en ressurs. Små endringer i hvordan personalet møter pasienten og familien, kan få store positive konsekvenser. I tabell 4 har vi satt opp forslag til tiltak for å forbedre kvaliteten på tilbudet til familien. I en større sammenheng handler dette også om å ha et nettverksperspektiv på pasientens behandling, der samhandlingen med resten av tjenesteapparatet står sentralt.

Tabell 4. Klinisk helsepsykologiske tiltak i tilbudet for familien

a.	Legge vekt på et familie- eller nettverksperspektiv i organisering av en post: utvikle prosedyrer og rutiner som tar hensyn til viktigheten av familien og nettverket for pasientens rehabilitering, for eksempel ved tilbakemelding fra operasjoner og prøvetaking, kartlegging av familiens fungering, prosedyrer for informasjon til pårørende om sykdommen, og gjennom nettverksmøter.
b.	Utarbeide informasjonsmaterieill til pårørende om vanlige reaksjoner på sykdom, om krisereaksjoner ved plutselig sykdom, reaksjoner på det å leve med usikkerhet over lengre tid, hvilke konsekvenser en sykehusinnleggelse kan ha for familiens kommunikasjon og roller, hvordan familien kan få hjelp og råd til selvhjelp.
c.	Lage undervisningspakke med forelesninger, gruppearbeid, rollespill og veiledning; opplegg som lett kan anvendes ved ulike poster og spres til andre sykehus.
d.	Lage undersøkelse om opplevde behov for ivaretagelse av familie- og nettverksperspektivet hos pasienter som har vært innlagt på sykehuset og deres pårørende, i form av spørreskjema, fokusgruppeintervju e.l.
e.	Lage undersøkelse om personalets opplevde utfordringer i møte med familie og nettverk.
f.	Innlede samarbeid med familiekontor i lokalområdet. Et eksempel er et prosjekt ved kompetansesenter for lindrende behandling ved Ullevål universitetssykehus og Familievernet

Tabell 4. Klinisk helsepsykologiske tiltak i tilbudet for familien

i Oslo, om å bistå familier der en av foreldrene er døende og der det er barn i familien.

Etterlevelse av behandling

Manglende etterlevelse av behandling er et vanlig problem med alvorlige konsekvenser. Pasienten får redusert helse og livskvalitet, økte økonomiske utgifter og i verste fall forkortet livsløp. For behandlingssystemet innebærer manglende etterlevelse stadig endring og evaluering av strategi og motivasjon, gjeninnleggelser på sykehus og flere konsultasjoner. Generelt vurderer man at etterlevelse av livsstilsendringer er 10–20 prosent, og ved farmakologisk behandling 50–70 prosent (Friis-Hasché, Nielsen & Elsass, 2004).

Tidligere tenkte man på etterlevelse av behandling som i hvilken grad pasienten følger råd fra lege og annet helsepersonell. En moderne forståelse av begrepet forutsetter sammenfallende sykdoms- og behandlingsforståelse mellom helsepersonell og pasient, og ivaretagelse av pasientens autonomi og selvbestemmelse. Dette innebærer et gjensidig samarbeid i konsultasjonen, med mulighet for å snakke om hva som kan forhindre etterlevelse. Samtalens følelsesmessige kvalitet og styrken av alliansen til behandleren påvirker pasientens etterlevelse, likeså informasjonen pasienten får om sin sykdom, og støtten fra sosiale nettverk.

Etterlevelse ved medikamentell behandling øker når pasienten selv tar ansvar for behandlingen, og innarbeider rutiner for kjøp og for å huske å ta medikamentet. Det samme gjelder når helsepersonell er særlig oppmerksomme, gir informasjon og tilbyr hyppigere kontakt ved oppstart av behandlingen og i de første ukene, ved bivirkninger, ved dempet symptomtrykk og ved forebyggende langtidsbehandling (Helsedirektoratet, 2009).

En metaanalyse av 33 studier av intervensjoner rettet mot å øke etterlevelse, med nesten 12 000 eldre pasienter, viste at en del av disse intervensjonene hadde god effekt. Dette gjaldt spesielt for klare og skriftlig nedtegnede atferdsmessige strategier, for eksempel prosedyrer for påminnelser om medikamenter og egenkartlegging av positive effekter, og i mindre grad for generell informasjon og undervisning om sykdommen (Conn et al., 2009). Tabell 5 beskriver klinisk helsepsykologiske tiltak for å øke etterlevelse.

Tabell 5. Klinisk helsepsykologiske tiltak for å øke etterlevelse av behandling

a. Ta i bruk evidensbaserte og atferdsrettede tiltak der pasienten blir påminnet om for eksempel å ta medisinen

Tabell 5. Klinisk helsepsykologiske tiltak for å øke etterlevelse av behandling

	sin eller gjennomføre trening, inklusive kognitive hjelpemidler som øker etterlevelse, tilgjengelige via hjelpemiddelsentralen. Tiltak kan implementeres ved utskrivning av medikamenter og opplæring i hvordan de skal tas.
b.	Sørge for god informasjon og opplæring til pasient og pårørende om viktigheten av etterlevelse og om de aktuelle tiltakene. Tiltak i regi av lærings- og mestringssentre og andre opplæringstiltak for å motivere pasient og pårørende til selv å ta ansvar for og medvirke i egen behandling.
c.	Rutiner for kontakt med helsepersonell om etterlevelse av behandling, også etter sykehusopphold. Prosedyrer som overfører informasjon fra sykehus til fastlege om hvilke tiltak som er gjort fra sykehusets side for å øke etterlevelse og sikre videre oppfølging, spesielt ved oppstart av behandling, bivirkninger, dempet symptomtrykk som kan gjøre etterlevelse dårligere og ved forebyggende langtidsbehandling.
d.	Opplæring i klinisk kommunikasjon med vekt på etterlevelse. Utprøvde og tilgjengelige opplæringsopplegg kan enkelt tilpasses dette formålet.

Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

Det er gjennom kommunikasjon med helsepersonell at pasienten uttrykker sine følelser og tanker om helse og sykdom, og får informasjon om og forståelse for sine helseproblemer og virksom behandling. Optimal kommunikasjon bidrar til økt tilfredshet, økt sykdomsforståelse, bedre mestring, økt etterlevelse, færre sykdomstegn, mindre smerte, raskere rehabilitering og færre tilbakefall. Forskning viser stort behov for tiltak rettet mot å bedre den kliniske konsultasjonen i en travel sykehushverdag (Zimmerman, Piccolo & Finset, 2007). Når kommunikasjonen ofte ikke fungerer optimalt, kan dette skyldes manglende rammebetingelser og ufullstendige kommunikasjonsferdigheter, i kombinasjon med kognitive og emosjonelle reaksjoner hos pasienter når de blir konfrontert med sykdom.

Det er utviklet programmer for å fremme kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell. Disse programmene er vist å ha en gunstig effekt, også i en norsk pilotstudie (Gulbrandsen et al., 2008; Stein, Frankel & Krupat, 2005). Tabell 6 beskriver aktuelle tiltak.

Tabell 6. Klinisk helsepsykologiske tiltak for å styrke kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

a.	Lage undersøkelse om hvordan pasientene opplever kommunikasjonen med personalet og hvilke behov de har.
b.	Lage undersøkelse om hvilke behov personalet har for kompetanseheving.

Tabell 6. Klinisk helsepsykologiske tiltak for å styrke kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient

c.	Gjennomføre kompetanseheving for leger, to dagers opplæring med rollespill og øvelser. Et utprøvd og evaluert kursopplegg er tilgjengelig ved Institutt for medisinske atferdsfag, Universitetet i Oslo, ved professor Arnstein Finset.
d.	Lage undervisningspakke med forelesninger, rollespill og øvelser knyttet til opplevde utfordringer i kommunikasjonen mellom lege og pasient/pårørende.
e.	Gjennomgå posters/avdelingers praksis med tanke på hvilke rammebetingelser som foreligger for god kommunikasjon, for eksempel tilrettelagt samtalerom, og opplæring av personalet om viktige ikke-verbale signaler som pasienten vil være på utkikk etter.
f.	Utvikle modell for å fange opp og ivareta pasienter som føler seg dårlig behandlet og lite ivaretatt, hørt og sett, slik at man forebygger formelle klagesituasjoner og bidrar til økte muligheter for vellykket rehabilitering. Bruk av metoder innenfor klinisk kommunikasjon, konflikthåndtering og meklings.

Utforming av rollen som klinisk helsepsykolog

I Norge er det tradisjon for å arbeide som psykolog med barn innlagt på et somatisk sykehus. Her har man erfaringer for konstruktivt samarbeid med somatisk helsepersonell. I en artikkel i Tidsskriftet skisserer Kristensen (2006) noen retningslinjer. Det er viktig med kunnskap om kulturen og skrevne og uskrevne regler som styrer det hektiske livet på en sykehusavdeling. Systemet er hierarkisk oppbygd, der legen har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for den enkelte pasient. Legen rekvirerer undersøkelser og tiltak fra spesialister, deriblant psykologen, og miljøet preges av krav om raske vurderinger og avgjørelser, ofte med spørsmål om liv og død. Som psykolog er man vanligvis mer opptatt av å bygge opp en god relasjon til pasienten, fordi psykologisk evaluering og psykologiske hjelpetiltak er avhengig av samarbeid og motivasjon fra pasientens side. Psykologens språk er også forskjellig, og man kan oppleve en forventning om å «medikalisere» psykologiske vurderinger i form av årsak–diagnose–behandling. Dette kan være u hensiktsmessig når man skal vurdere hvordan et barn takler sin sykdom eller hvordan en familie håndterer det å ha et alvorlig sykt barn.

Kristensen (2006) fremhever to suksessfaktorer som psykolog på en somatisk avdeling:

- *Synlighet*: Psykologen deltar på morgenmøter der pasientene gjennomgås, og synliggjør psykologisk kunnskap, er aktiv i miljøet, og fortrinnsvis fysisk plassert på avdelingen.
- *Tilgjengelighet*: Psykologen gir bistand når behovet oppstår. Dette verdsettes høyt av legen, gjør tidlig intervensjon mulig og gjør samtale med psykolog til en naturlig del av avdelingens behandlingstilbud.

Kristensen (2006) og Belar og Deardorff (2009) tar opp problemer som kan oppstå, som at psykologen overidentifiserer seg med arbeidsformen, tempoet og språket på den somatiske sykehusavdelingen, og dermed mister noe av det verdifulle og særegne ved psykologisk kompetanse. Heldigvis har man innenfor klinisk helsepsykologi fra starten av drøftet psykologens rolle i den somatiske helsetjenesten, som behandler, utreder eller konsulent. Det finnes en rik litteratur man kan bygge sin egen praksis på.

På et studiebesøk i 2010 til Landspítali på Island, fikk vi høre bakgrunnen for at man har lyktes i å etablere en psykologisk helsetjeneste, med opp til 14 psykologer ansatt på de ulike somatiske avdelingene. Man satser på psykologer med høy kompetanse på det aktuelle fagområdet, og hver psykolog er knyttet til en avdeling. Ved å være tilgjengelig over tid blir psykologen opplevd som en nødvendig del av avdelingens tilbud. Psykologene var opptatt av å dokumentere sin virksomhet, og forskning og publisering var en viktig del av deres arbeid.

Utvikling av klinisk helsepsykologi i Norge

Vi har argumentert for at det er et stort behov for utvikling av klinisk helsepsykologiske tjenester i Norge. Hvordan kan vi lykkes med en slik utvikling? Det er viktig med vektlegging av fagområdet i psykologers utdanning, og vi trenger å etablere et faglig forum for å samle gode krefter og inspirere. Dessuten må vi gå ut med et budskap om at psykologer vil engasjere seg like sterkt i det somatiske helsevesenet som i psykisk helsevern, og at myndighetene må legge til rette for dette. Norsk Psykologforening kan spille en vesentlig rolle her. Dette handler om utforming av fremtidens psykologrolle og om profesjonens vilje til å ha samfunnsmessig relevans.

Allerede for ti år siden fremhevet den amerikanske psykologforening helsepsykologiens betydning for profesjonens utvikling. I en rapport av APA Board of Professional Affairs Work Group on Expanding the Role of Psychology in the Health Care Delivery System (APA, 2000) fremgår

det at profesjonen bør foreta et «figur-grunn»-skifte: Fra en profesjon primært innenfor psykisk helse, der helsepsykologi utgjør et underområde, til synet på psykologi som en helseprofesjon, med psykisk helse som en del av denne kompetansen. President i den amerikanske psykologforeningen, Ronald F. Levant (2005), legger til at psykologprofesjonen i større grad bør definere seg som en del av allmennhelsetjenesten. Et flertall av de problemene som pasientene her ber om hjelp for, er knyttet til atferdsmessige risikofaktorer; det er sammensatte problemer med vesentlige psykologiske komponenter som lar seg behandle gjennom psykologiske intervensjoner rettet mot atferdsendring. Og slik behandling er samfunnsøkonomisk lønnsom.

Disse synspunktene er i tråd med Norsk Psykologforenings satsing på psykologen som del av kommunehelsetjenesten. I argumentasjonen for en dreining av samfunnets bruk av psykologer kan man betone viktigheten av anvendt psykologi også for somatiske helseproblemer. Her er det viktig å ha to parallelle mål: Både bygge opp kliniske helsepsykologiske tjenester på sykehusavdelinger og etablere psykologtjenester i kommunene. Psykologene trengs også i sykehusene, og slike tjenester bidrar til å fremheve psykologenes naturlige rolle i helsetjenester for både psykiske lidelser og somatiske sykdommer.

Avslutning

Klinisk helsepsykologi er systematisk bruk av psykologisk kompetanse i pasientens rehabilitering, gjennom direkte klinisk arbeid eller undervisning, kompetansespredning og holdningsskapende arbeid. Den kliniske helsepsykolog samarbeider nært med andre faggrupper. Vi har tiltak rettet mot:

- *Organisering.* Intervensjoner knyttet til rutiner, prosedyrer og måter å organisere arbeidet på. Eksempler er å organisere en post rundt en familie- og nettverksorientering, og innføre systematisk screening av depresjon.
- *Behandlingsprogrammer.* Intervensjoner rettet mot ulike diagnosegrupper; tiltak som så kan bli gjenstand for systematisk fagutvikling, evaluering og forskning.
- *Holdningsskapende arbeid.* Opplæring, undervisning og veiledning for å heve kompetansen om psykologiske aspekter ved somatisk sykdom og gjøre helsepersonell bedre i stand til å ivareta et helhetsperspektiv på pasienten.

Det er et stort antall mulige tiltak og satsningsområder. Hva som prioriteres, er avhengig av behovene på den aktuelle enheten, gjennomførbarheten av prosjekter og mulighet for evaluering og publisering av erfaringer. For å bygge opp det klinisk helsepsykologiske feltet er det avgjørende at man systematisk evaluerer alle de prosjekter og tiltak som iverksettes, og får til et nært samarbeid mellom kliniske miljøer og forskningsmiljøer. Utvikling av klinisk helsepsykologi i Norge forutsetter et felles løft av klinikere og forskere i psykologi. 1

Referanser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aschim, B. & Lundevall, S. (2008). Kognitiv terapi i allmennpraksis. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 677–692). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Astin, J. S., Beckner, W., Soeken, K., Hochberg, M. C. & Berman, B. (2002). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Arthritis and Rheumatism*, 47, 291–302.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Belar, C. D. & Deardorff, W. W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings. A practitioner's guidebook* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berge, T. & Dehli, L. (2009). Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 828–836.
- Berge, T., Ekelund, M. & Skule, C. (2008). Kurs i mestring av depresjon: Forebygging av tilbakefall. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 319–248). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Karlsen, K. E. (2010). Bruk av telefon i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 827–833.
- Berge, T. & Pallesen, S. (2008). Søvnproblemer. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 557–589). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. reviderte utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2011). Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Antatt for vurdering for publikasjon.

- Boyer, B. B. & Paharia, M. I. (2008). *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S. et al. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 49, 447–462.
- Dammen, T. (2002). Psykologiske faktorer ved ikke-kardiale brystmerter. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 1391–1395.
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipo, C. D. et al. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 241–250.
- Donaldson, L. (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century*. Department of Health, Storbritannia.
- Esler, J. E., Barlow, D. H., Woolard, R. H., Nicholson, R. A., Nash, J. M. & Eroglu, M. H. (2003). A brief cognitive-behavioral intervention for patients with noncardiac chest pain. *Behavior Therapy*, 34, 129–148.
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Friis-Hasché, E., Nielsen, T. & Elsass, P. (2004). *Klinisk sundhetspsykologi*. København: Munksgaard Danmark.
- Gettings, L. (2010). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal Care*, 8, 99–106.
- Gulbrandsen, P., Krupat, E., Benth, J. S., Garratt, A., Safran, D. G., Finset, A. & Frankel, R. (2008). «Four habits» goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Education and Counseling*, 72, 388–393.
- Heiberg, T. & Kvien, T. K. (2002). Preferences for improved health examined in 1024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. *Arthritis and Rheumatism*, 47, 391–397.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- James, I. A. (2010). *Cognitive behavioural therapy with older people: Interventions for those with and without dementia*. London: Jessica Kingsley Publ.

- James, L. C. & Folen, R. A. (2005). *The primary care consultant. The next frontier for psychologists in hospitals and clinics*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Jonsbu, E., Dammen, T., Morken, G., Lied, A., Vik-Mo, H. & Martinsen, E. W. (2009). Cardiac and psychiatric diagnoses among patients referred for chest pain and palpitations. *Scandinavian Cardiovascular Journal*, 43, 256–259.
- Kangas, M., Bovbjerg, D. H. & Montgomery, G. H. (2008). Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychological Bulletin*, 34, 700–741.
- Kennedy, P. & Llewelyn, S. (2006). *The essentials of clinical health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Leonard, M. T., Cano, A. & Johansen, A. B. (2006). Chronic pain in a couples context: A review and integration of theoretical models and empirical evidence. *Journal of Pain*, 7, 377–390.
- Lett, H. S., Sherwood, A., Watkins, L. & Blumenthal, J. A. (2007). Depression and prognosis in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 67, 558–562.
- Levant, R. F. (2005). Unification of professional psychology through social relevance. I R. J. Sternberg (red.), *Unity in psychology. Possibility or pipedream?* (s. 107–124). Washington, DC: American Psychological Association.
- Manne, S. L. & Ostroff, J. S. (2008). *Coping with breast cancer. A couples-focused group intervention. Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Mohr, D. (2010). *The stress and mood management program for individuals with multiple sclerosis: Therapist guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Moorey, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford Universities Press.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Nikcevic, A. V., Kuczmierczyk, A. R. & Brucj, M. (2006). *Formulation and treatment in clinical health psychology*. Hove, East Sussex: Routledge.
- Nuthall, A. & Townend, M. (2007). CBT-based early intervention to prevent panic disorder: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 15–30.
- Penedo, F. J., Antoni, M. H. & Schneiderman, N. (2008). *Cognitive-behavioral stress management for prostate cancer recovery. Faciliator guide*. Oxford: Oxford University Press.

- Safren, S. A., Gonzalez, J. S. & Soroudi, N. (2008). *Coping with chronic illness. A cognitive-behavioral therapy approach for adherence and depression*. Oxford: Oxford University Press.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E. & Edeleanu, A. (2008). *CBT for chronic illness and palliative care*. Chichester: John Wiley.
- Sharpe, L., Allard, S. & Sensky, T. (2008). Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. *Arthritis and Rheumatism*, 59, 311–316.
- Smith, T. W. (2010). Depression and chronic medical illness: Implications for relapse prevention. I C. S. Richards & M. G. Perri (red.), *Relapse prevention for depression* (s. 199–225). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565–592.
- Stein, T., Frankel, R. M. & Krupat, E. (2005). Enhancing clinical communication skills in a large healthcare organization: A longitudinal case study. *Patient Education and Counseling*, 58, 4–12.
- Sæter, K., Conradi, S., Tornås, S. & Glott, T. (2006). *Utvikling av rehabiliteringstjenesten Helse Øst, URT-rapport*.
- Sættem, L. S. & Stiles, T.C. (2008). Kroniske smerter. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 590–616). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vriezolk, J., Eijsbouts, A., Evers, A., Stenger, A., Van Den, H. F., van L W. (2010). Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary rehabilitation: Need for a routine psychological assessment. *Disability Rehabilitation*, 32, 836–844.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2–4.
- Zimmerman, C., Piccolo, L. D. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133, 438–463.
- Yeung, A., Feldman, G. & Fava, M. (2010). *Self-management of depression. A manual for mental health and primary care professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.