

Veien videre for spesialiseringen i klinisk helsepsykologi

Else-Marie Molund
else-marie.molund@psykologene.no

Hilde Thomsen

Utdanningen trenger videreutvikling, og psykiske helseteam må lovfestes i somatiske sykehus.



Else-Marie Molund. Foto: privat

I mai 2024 fullførte historiens første kull det obligatoriske programmet i Psykologforeningens spesialistutdanning i klinisk helsepsykologi. Som kursdeltaker hadde jeg stor glede av å nyte fruktene av det langvarige, viktige og fremtidsrettede arbeidet som er lagt ned for at utdanningsprogrammet skulle bli en realitet. Mange pasienter kommer utvilsomt til å få bedre kvalitet i sin totale helsehjelp som følge av denne spesialiseringen.

Gjennom kursrekken får deltakerne innføring i somatiske tilstander, psykiske reaksjoner og hvordan anvendelsen av psykologiske verktøy kan hjelpe pasienter med å oppnå størst mulig helsebedring og livskvalitet. Kreft-, smerte-, diabetes-, fordøyelses- og bekkenbunnstilstander er bare noen av sykdommene og tilstandene det kan være svært krevende å leve med. I tillegg skjer det at pasienter får posttraumatisk stresslidelse (PTSD) etter sykehusinnleggelse, og sykehuspåført medikamentavhengighet er dessverre ikke uvanlig. Det er også ganske vanlig å utvikle angst- og depresjonssymptomer som følge av alvorlige sykdommer som hjerte- og lungesykdommer, risiko for å miste synet eller dialysebehandling flere ganger i uka. Tilstandene rammer ikke bare pasienten selv, men også i mange tilfeller personens familie og nettverk.

Viktigheten av at psykologer arbeider i somatikken, er etter mitt syn åpenbar, og spesialistutdanningen er helt sentral for å sikre den kompetansen og faglige utviklingen feltet har behov for. Psykologforeningen vil dermed ha fortsatt viktige oppgaver foran seg for å videreutvikle spesialiseringen, og jeg mener det også er nødvendig å jobbe for lovfestede psykiske helseteam i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Psykiske helseteam i somatikken

Diakonhjemmet sykehus har etablert Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har vi i 2023–2024 hatt et vellykket prosjekt som ligger tett

opptil modellen fra Diakonhjemmet, og som nå blir en enhet i UNN. Enheten gir poliklinisk tilbud til pasienter som trenger hjelp til å mestre sykdom, eller som har somatisk sykdom og får psykiske reaksjoner, den bidrar til en akutt-tjeneste for inneliggende pasienter, og kunnskapsdeling om psykisk helse og avhengighet med somatisk helsepersonell er en tredje viktig oppgave. Ut fra erfaringene fra UNN bør det gis tydelige helsepolitiske føringer om at alle somatiske sykehus skal ha tilsvarende team.

Det handler på mange vis om liv og død

Det er mange gode grunner til hvorfor psykiske helseteam må etableres i somatisk spesialisthelsetjeneste (Berge & Lang, 2011). Foruten nasjonale føringer om bedre integrering av psykisk og somatisk helse har liggetiden på somatiske sykehus, på samme måte som i psykisk helsevern, over flere år gått ned. Nyere norsk forskning viser at det er 2,4 ganger høyere risiko for selvmord blant pasienter som har vært akuttinnlagt i somatisk sykehus, enn gruppen uten sykehusinnleggelse (Eriksen, 2024). Det kan være svært krevende for pasienter å bli utskrevet til hjemmet uten særlige tiltak. Det kan være ganske så brutalt for unge mennesker å få alvorlig somatisk sykdom som sin første livskrise. Det handler på mange vis om liv og død. Det er større risiko for og forekomst av psykiske lidelser hos mennesker med (alvorlige) kroniske sykdommer, men psykologiske metoder kan hjelpe mange. Da må den psykiske helsehjelpen være tilgjengelig.

Kompetansen må på plass

For å reelt integrere somatisk og psykisk helse må det være personell med kompetanse på psykisk helse til stede i somatisk sykehus daglig. De må jobbe med direkte pasientarbeid, men også indirekte gjennom å øke og vedlikeholde somatisk helsepersonells kunnskap og kompetanse om psykisk uhelse og rusavhengighetstilstander. Videre kan de løfte frem betydningen av kommunikasjon i helsehjelp, hvordan pasienter kan hjelpes til atferdsendringer slik at de etterlever somatisk helsehjelp, samt gi støtte og veiledning til somatisk helsepersonell som kan oppleve svært utfordrende og vanskelige pasientmøter.

Mange sykehus virker å basere seg på at relevant personell kan hentes fra psykisk helsevern (PHV) eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), slik at disse kan vurdere og/eller gi helsehjelp til pasienter med somatiske sykdommer. Slik jeg ser det, undervurderer sykehusene da ikke bare den faglige kunnskapen og kompetansen som trengs for å gi tilfredsstillende hjelp til pasientene, men også betydningen av mengdetrening og kjennskap til hvordan somatikken er organisert lokalt. Selv om arbeidsmetodene psykologer bruker i ulike deler av helsetjenestene, er til dels overlappende, ville det til sammenligning ikke ha vært generalistleger i sykehus. Det er gode grunner til at leger spesialiserer seg innen ulike medisinske og kirurgiske fagfelt. Jeg mener det er viktig med tilsvarende tilrettelegging for og satsing på psykologers spisskompetanse.

Styrking av spesialistutdanningen

Ut fra mine erfaringer fra både psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste har jeg noen betraktninger om hvordan spesialiseringen i klinisk helsepsykologi kan forbedres.

Per i dag er ikke klinisk helsepsykologi et stort nok fagfelt til at spesialistutdanningen kan skille mellom barn/unge og voksne/eldre. Det er likevel gode faglige grunner for at det er nødvendig å gå tilstrekkelig i dybden på de ulike aldersgruppene. Ettersom et slikt skille trolig ikke er gjennomførbart,

i alle fall ikke nå, bør Psykologforeningen vurdere å utvide antall kursdager slik at deltakerne over et par kursamlinger får mulighet til å fordype seg i enten barn/unge eller voksne/eldre.

Det er også behov for mer grunnkunnskap om somatisk helse i flere kliniske psykologifag enn helsepsykologi. Når psykologer jobber med psykiske reaksjoner knyttet til somatiske sykdommer, trenger de å forstå sykdommens mekanismer og natur for å forstå hvordan den innvirker på akkurat denne pasienten, og slik kunne tilpasse psykisk helsehjelp best mulig. Kursene klarer etter mitt syn ikke å gi god nok innføring i dette i dag. Når vi vet at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og mennesker med utviklingshemming har kortere gjennomsnittlig levealder på opptil 20 år, er det åpenbart at psykisk helsepersonell som jobber i PHV og TSB, ikke klarer å ivareta tematikk knyttet til somatisk helse på en god nok måte. Psykologer skal ikke være somatisk helsepersonell, likevel er det viktig at vi har grunnleggende kunnskap. En løsning er at Psykologforeningen, gjerne i samarbeid med Legeforeningen, produserer materiell som gir grunnleggende innføring i viktige somatiske problemstillinger som kan brukes i flere spesialiseringsprogram.

Tettere på legene

Det er per i dag kun én spesialisering hvor psykologer kan få veiledning av lege eller sammen med lege. Det er for meg åpenbart at det også i spesialiseringen i helsepsykologi må være rom for noe veiledning fra legespesialister. Legespesialister med kompetanse på funksjonelle/psykosomatiske tilstander, kompetanse på mennesker med kjønnsinkongruens som ønsker kjønnskifte, og psykiatere har absolutt relevant kompetanse.

Kliniske helsepsykologer må i betydelig større grad enn det legges opp til i kursene i dag, være i stand til å gjøre psykisk akuttarbeid på somatisk sykehus. Dette er en del av arbeidsoppgavene til teamet jeg jobber i ved UNN. Vi bistår i å vurdere pasienter som kommer til sykehuset med alvorlig villet egenskade, intoksikasjoner, selvmordsforsøk, som får delirium under innleggelser, og som får alvorlige psykiske krisereaksjoner på somatisk sykdom. Dette er arbeidsoppgaver en del psykologer dessverre vegrer seg for å gjøre, men som det i en sykehushverdag er tydelig at det trengs kompetanse på. Det er ingen tvil om at vi psykologer har kompetanse som både er nyttig og nødvendig, og at vi kan gjøre gode og viktige intervensjoner.

Viktig nybrotsarbeid

I det offentlige ordskiftet og blant fagmiljø innenfor somatikk så vel som psykisk helse og avhengighet uttales det jevnlig at vi må passe oss for å sykeliggjøre normale livsprosesser, og unngå overbehandling av mennesker som ikke trenger profesjonell hjelp. Mange er enige i budskapet, og klinisk helsepsykologi er trolig et fagfelt som kan komme til å måtte forsvare seg mot slike advarsler ofte. Grenseoppgangen mellom forebygging og sykeliggjøring kan være hårfin. Men det er likevel et faktum at risikoen for å utvikle psykiske lidelser øker som følge av somatiske sykdommer. Som psykologer trenger vi mer kunnskap for å vite hvem vi skal prioritere i denne pasientpopulasjonen. Psykologforeningen bør være svært tett på dersom det besluttes å utvikle en prioriteringsveileder for fagfeltet.

For å lykkes med å integrere klinisk helsepsykologi i somatiske sykehus må det obligatoriske programmet i større grad ha systemforståelse og kompetanse på kvalitetsforbedring som opplæringsmål, slik at psykologer bruker sin unike kompetanse på endringsarbeid og -prosesser på individ-, gruppe- og systemnivå, også i somatikken. Vi har sett blant allmenn- og kommunepsykologer

hvor viktig denne kompetansen er. Også klinisk helsepsykologi er nybrottsarbeid der kompetansen trengs, og kompetansen vil fortsette å være nødvendig etter at helsepsykologi er blitt en selvfølge i somatisk spesialisthelsetjeneste.

Fremtidens helsepsykologer

Alle som har jobbet frem, og alle som fortsatt jobber for å utvikle klinisk helsepsykologi i en norsk kontekst, fortjener en stor takk og mange gratulasjoner.

Som kjent gjorde Psykologforeningen et svært viktig arbeid for å etablere kommunepsykologordningen. Kommunene er i dag lovpålagt å ha knyttet til seg psykolog. Neste prosjekt må være å videreutvikle spesialiseringen i klinisk helsepsykologi og få etablert lovfestede psykiske helseteam i somatiske sykehus.

Merknad. Molund har vært prosjektleder for Psykisk helse i somatikk ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Hun er ansatt som enhetsleder i Psykisk helse i somatikk ved UNN fra 01.02.25.

Referanser

Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(4), 322–331. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/04/manifest-klinisk-helsepsykologi-i-norge>

Diakonhjemmet sykehus (u.å.). Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. *Diakonhjemmet sykehus*. <https://www.diakonhjemmetsykehus.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/voksenpsykiatrisk-avdeling-vinderen/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken/>

Eriksen, K.F. (2024, 31. oktober). Ny studie: Økt selvmordsrisiko etter sykehusopphold. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/ntnu-regforsk-selvord/ny-studie-okt-selvordsrisiko-etter-sykehusopphold/656843>