

Hva krever kronisk sykdom av helsevesenet?

Kronisk sykdom handler om å leve et så friskt liv som mulig, så lenge som mulig. Det krever en langsiktig hjelpestrategi.

TEKST

Elin Fjerstad

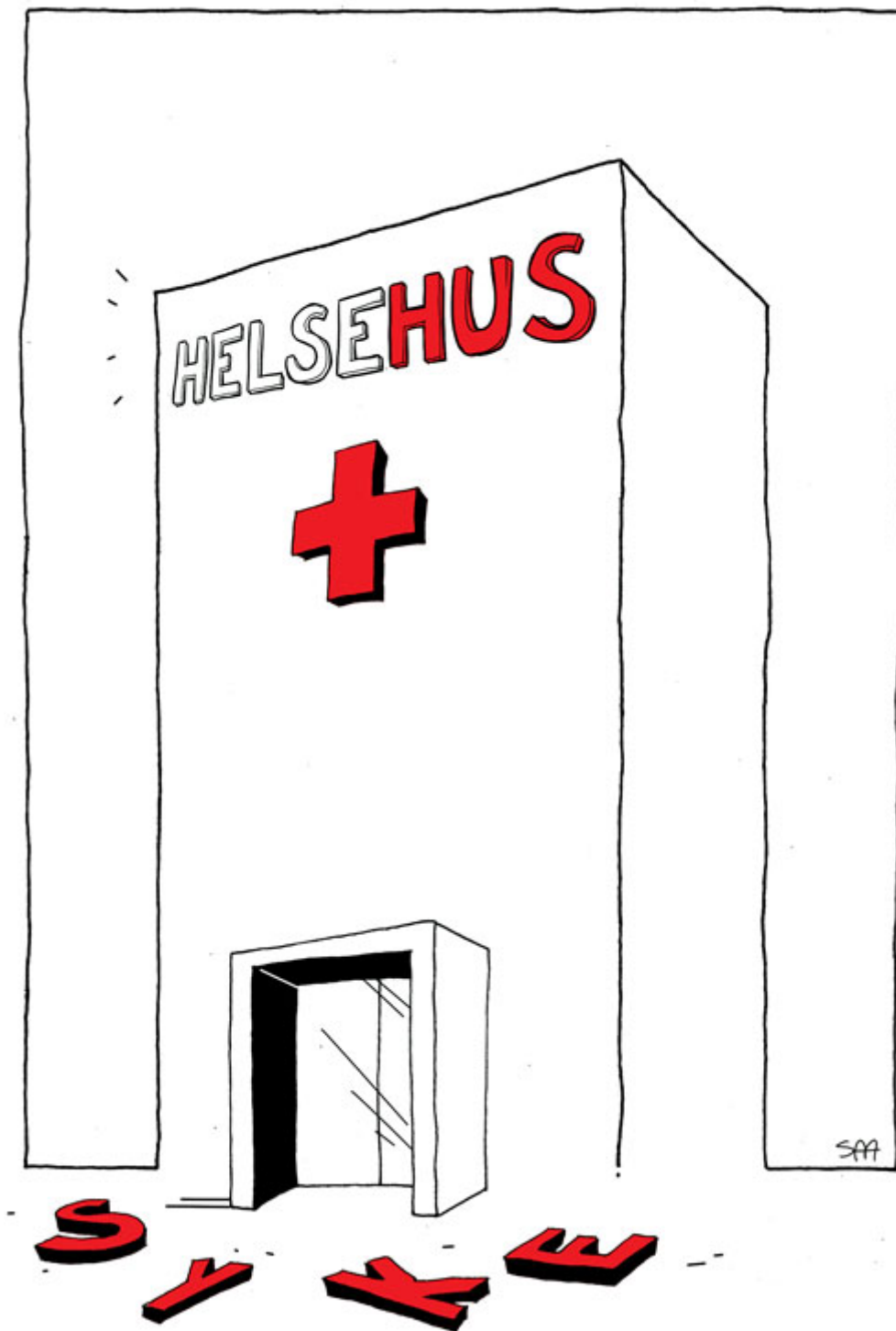
Torkil Berge

Petter Ekern

Ingrid Hyldmo

Nina Lang

PUBLISERT 5. mai 2014



ILLUSTRASJON: SIMEN AUGUST ASKELAND

DEBATT: HELSEPSYKOLOGI

Vår tids helseutfordring er de kroniske sykdommene; de man ikke blir frisk av, men må leve med. Forskere og fagfolk har lenge vært opptatt av hvordan pasienten lærer å leve med sykdom som ikke går over. Men *systemet* har i langt mindre grad tatt inn over seg at mange av oss skal leve et liv med kronisk sykdom. Det er på tide å spørre seg hva kronisk sykdom krever av helsevesenet.

Langsiktighet

Kronisk sykdom krever noe annet av pasient og pårørende enn hva som er tilfellet ved sykdom man blir frisk av. Ikke minst trengs en langsiktig strategi for å unngå å gjøre det som frister der og da, slik som å legge seg ned under dyna og vente på at man blir frisk. Ved kronisk sykdom kreves det derfor et helsevesen som kan tilby en langsiktig og klok hjelpestrategi; at vi i likhet med pasienten og pårørende retter blikket mot målet der fremme, et mål som handler om å leve et så friskt liv som mulig, så lenge som mulig. Men legger et helsevesen som er strukturert etter en klassisk medisinsk sykdomsmodell, til rette for det?

«Det medisinske fagfeltet kan ikke alene nå målet om å hjelpe kronisk syke til å leve så frisk som mulig så lenge som mulig»

Kronisk sykdom følger nemlig helt andre helseløp enn akutte sykdommer der man starter som frisk, blir syk, får behandling og blir frisk. Målet med den medisinske behandlingen ved kronisk sykdom er ikke å helbrede, men å redusere og lindre sykdom og plager så mye som mulig. Dessuten er medisinsk behandling bare ett av flere tiltak for å fremme helsen.

Dette innebærer at helsevesenet må gjøre noe *i tillegg* til tradisjonell medisinsk behandling, og det har rom for ulike former for faglighet, organisering, tilbud og oppfølging – det medisinske fagfeltet kan ikke alene nå målet om å hjelpe kronisk syke til å leve så frisk som mulig så lenge som mulig. Ta for eksempel forebyggings- og folkehelseperspektivet. Forebygging for en som allerede har blitt syk med diabetes, revmatisk sykdom, hjertesykdom, multippel sklerose, mage-tarmsykdom, lungesykdom, ME (kronisk utmattelsessyndrom) etc.; alt dette innebærer mer enn fysisk aktivitet og å spise fem om dagen. Like viktig er det å styrke «psykens immunforsvar» slik at man har mer å stå opp imot med når sykdom herjer; snakke til seg selv på en slik måte at man tar vare på sin egen helse og unngår onde sirkler som fører til økt sykdomsutvikling og psykiske plager. Dette behovet ivaretar vi imidlertid ikke med organisering av ett helsevesen for somatisk og ett annet for psykisk helse; ett helsevesen der somatisk syke må ha en psykiatrisk diagnose for å få hjelp av psykolog.

Når sykdom ikke går over, må pasienten i langt større grad være sin egen behandler. Det krever et helsevesen som kommuniserer på en måte som bygger opp under motivasjon og evne til å ta ansvar for egen helse, og som gir hjelp til selvhjelp, såkalt veiledet selvhjelp. Altså et helsevesen som for eksempel ikke bare skriver ut resepten som pasienten trenger, men som samtidig kommuniserer på en måte som motiverer til faktisk å ta medisinen. Det betyr å få frem motforestillingene som gjør at pasienten ikke tar medisinen, eller å hjelpe pasienten med å sortere ut bekymringer og stress som enten kan løses, eller som pasienten trenger mentale verktøy for å leve best mulig med. Dette er et helsevesen som ikke bare gir informasjon om sykdommen, men som også etterspør pasientens egen sykdomsforståelse – en faktor som vi faktisk *vet* har

betydning for prognose. For like viktig som å gi pasienten informasjon om sykdom er det å bidra til at den blir konstruktiv i pasientens egen indre dialog – *sykdomsinformasjon må være til innvortes bruk!* Slik at pasienten kan berolige og oppmuntre seg selv og gjøre kloke valg når smertene ikke gir seg, støtte seg selv i å fortsette den anbefalte treningen selv om man blir sliten, og til faktisk å velge fem om dagen framfor colaen, chipsen og røyken. Med tjue minutters konsultasjonstid til rådighet har legen sjelden denne muligheten, og da kan man saktens spørre hvor kostnadseffektivt effektivisering egentlig er.

Videre betyr det ikke bare hjelp til trening under et rehabiliteringsopphold, men at pasienten får verktøy for å motivere seg selv til å fortsette treningen når han eller hun kommer hjem. Ikke bare gi omsorg mens pasienten er innlagt, men gjøre det på en slik måte at evnen til egenomsorg styrkes. Både mentalt ved å gi seg selv konstruktive framfor destruktive råd, og psykososialt ved hjelp til avlastning, økonomisk rådgivning etc. Men hvor godt ivaretas dette perspektivet i utdanningsystemet for fysioterapeuter og sykepleiere?

Ikke minst innebærer det å involvere pasientens pårørende, den egentlige førstelinjen. Pasientens pårørende er den ressursen helsevesenet stadig glemmer at det har, og det er sørgelig all den stund helsevesenet sårt trenger en godt-fungerende førstelinje. Mennesker med kroniske sykdommer trenger at deres pårørende har krefter til å tåle belastningene og samtidig retter blikket mot det som gir livskvalitet for familien. Da må pårørende inviteres inn i pasientens medisinske behandling, og helsepersonell må få den kunnskapen de trenger for å snakke med både barn og voksne som pårørende.

Med kommunikasjon som verktøy

Et eksempel: Utmattelse er et symptom som følger i kjølvannet av så vel kreft og hjertesykdom som kroniske sykdommer. Utholdenhetstrening er et tiltak med dokumentert effekt for både syk og frisk. Men hvordan motivere seg for trening når kroppen verker og er utmattet? Det krever mer enn at man får høre at trening er viktig. Først og fremst må pasienten selv ha en forståelse av sin sykdom og av hva som bidrar til å opprettholde symptomer, altså en sykdomsforståelse å forankre de gode rådene i. Dernest må han eller hun ha de mentale verktøyene som trengs for å gjøre de kloke grepene i hverdagene. På samme måte som toppidrettsutøveren trener mental styrke for å prestere på topp, trenger mange å øve opp mentale ferdigheter for å få til gode helsevaner – gode helsevaner resten av livet er prestasjon på toppidrettsnivå! Det somatiske helsevesen trenger mer kunnskap om kommunikasjon og motivasjon, og bedre opplæring i metoder og ferdigheter for å styrke mestring og veiledet selvhjelp. Dette er kunnskap som flere faggrupper har, men som i for liten grad gjør seg gjeldende på en systematisk måte i praksis. Tette skott mellom fysisk og psykisk helsevern er dårlig tilpasning til kronisk sykdom fordi vi med det organiserer oss bort fra den kompetansen både legen og pasienten trenger. Vår utfordring er at hvert eneste møte med pasienten må inneholde en dose som styrker ham eller henne til å ta vare på sin egen helse hver dag, kanskje resten av livet. Verktøyet for det er god kommunikasjon; at

vi tilpasser vår kommunikasjon til hvor i endringsprosessen pasienten er, og gjennom vår holdning formidler respekt for de utfordringer kronisk sykdom, livsstilsendring og gode helsevaner faktisk innebærer!

Helsepsykologisk poliklinikk

Et skritt i riktig retning er å integrere helsepsykologiske poliklinikker i somatisk helsevern, slik vi har gjort ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Her er *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* opprettet; en tjeneste som både har en akutt funksjon for inneliggende pasienter som trenger psykiatrisk/psykologisk tilsyn, og en helsepsykologisk poliklinikk for pasient og pårørende som trenger hjelp til å mestre sykdom og forebygge og behandle psykiske helseplager i kjølvannet av somatisk sykdom. Den helsepsykologiske poliklinikken er for pasienter som får sin medisinske oppfølging ved sykehuset, og det er medisinsk ansvarlig lege ved sykehuset eller pasientens fastlege som henviser. Det handler om pasienter som har plager med utmattelse, smerter, søvnvansker, angst og depresjon, eller som har sterke følelsesmessige reaksjoner knyttet til å få en alvorlig sykdom. Det kan også være pasienter som har vansker med å gjennomføre den medisinske behandlingen, som for eksempel ved en sprøytefobi, eller det kan være familie og pårørende som trenger psykologisk bistand ved alvorlig sykdom eller skade.

«Ikke minst innebærer det å involvere pasientens pårørende, den egentlige førstelinjen»

Kognitiv terapi og veiledet selvhjelp er metoder som er godt egnet nettopp fordi det gir pasienten verktøy til å forholde seg til kroppslige plager, tanker og følelser på en konstruktiv måte – være sin egen terapeut. Poliklinikken gir også veiledning og undervisning til helsepersonell, blant annet kommunikasjonskurs i samarbeid med sykehusets kommunikasjonsavdeling. Vår erfaring er at psykologisk kunnskap og metoder er nyttige supplement i den somatiske hverdagen både for pasient, pårørende og helsepersonell – et bidrag til en langsiktig og klok strategi ved kronisk sykdom.

Utfordringen

Kronisk sykdom utfordrer vår forståelse av sykdom og helse, og ikke minst vår tilbøyelighet til å dikotomisere tilværelsen: frisk–syk, normal–unormal, fysisk–psykisk. Det er lettere å leve godt med kronisk sykdom hvis man husker at det er sykdommen som er syk, og at man som person fortsatt er frisk. Men det er lett å glemme det innenfor sykehusets vegger for både pasient og helsepersonell. Og det er lettere å se behovet for en helhetlig tilnærming til kronisk sykdom hvis man husker at selv om sykdommen er fysisk, er vi mennesker alltid både fysisk og psykisk. Kanskje *helsehus* er hva vi trenger ved kronisk sykdom? Behandling av kronisk sykdom er i alle fall et tverrfaglig anliggende, og legen bør ha en psykolog, sosionom, fysioterapeut og ergoterapeut å spille på. For helse er mer enn fravær av sykdom. Helse er fravær av

tanker om helsen, og helse å være minst mulig plaget av sykdom, og å delta mest mulig i livet. Kronisk sykdom krever medisinsk behandling integrert i en helhetlig tilnærming der pasient, pårørende og ulike fagprofesjoner jobber sammen mot samme mål: så frisk som mulig så lenge som mulig.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 5, 2014, side

TEKST

Elin Fjerstad, psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus

KONTAKT: elin.fjerstad@diakonsyk.no

Torkil Berge, Norsk Psykologforening

KONTAKT: torkil.berge@diakonsyk.no

Petter Ekern, Prosjekt Klinisk Helsepsykologi

KONTAKT: torkil.berge@diakonsyk.no

Ingrid Hyldmo, NKS Olaviken Behandlingscenter

Nina Lang