

Helsepsykologer, smerte og kreft

TEKST

Borrik SchjødtPUBLISERT 1. oktober 2004

«Har du en psykolog til meg – en som kan noe om smerter og kreft?». Spørsmålet kom fra en ledende lege ved et sykehus på Østlandet forleden. Jeg har fått samme spørsmål fra andre leger før. Mange sykehusansatte ser behov for oss – og vi vet at psykologien har mye å bidra med. Vi har noe å gi og det etterspørres.

Men det er mye som mangler.

- Vilje til å ta oss med betyr ikke at det er penger til å lønne oss.
- Det er en utfordring å skape gode arbeidsforhold rundt den enkelte psykolog.
- Vi bør ha et faglig apparat som kan støtte den enkelte psykolog.
- Vi trenger kvalifiserte og motiverte psykologer som ønsker å arbeide med helsepsykologi.

Kort sagt – mange muligheter, mange utfordringer, og mye som må gjøres.

Spesialitet i helsepsykologi

Psykologforeningen legger til rette for opplæring gjennom spesialistreglementet. De som har ønsket å dyktiggjøre seg i helsepsykologi har måttet velge samfunns- eller klinisk psykologi. Vi mangler en fordypning eller spesialitet for klinisk helsepsykologi.

Før sommeren leverte et utvalg oppnevnt av Sentralstyret en rapport med forslag om å opprette en fordypning i klinisk helsepsykologi. Utvalget hadde rådspurt Psykologforeningens medlemmer gjennom en spørreundersøkelse. Kun 259 svarte. Av disse sa 48 (19 %) at de var interessert i bli spesialister i helsepsykologi, og 15 (6 %) at de kanskje ville ta en spesialisering. En stor andel, 190 (73 %), kunne tenke seg å delta på kurs om helsepsykologi. Svarprosenten var lav, men tilslutningen stor nok til å vise at det er et marked for å begynne med et videreutdanningsprogram i helsepsykologi.

Et helsepsykologimiljø

Både USA og England har en stor helsepsykologidivisjon, og Danmark en spesialitet i sundhedspsykologi. I Norge savner jeg et samlende miljø for helsepsykologer. Det finnes enkelte små miljøer i Norge, med forsøk på å samle interesserte psykologer og andre. Norsk Adferdsmedisinsk forening (NAMF) «har som hovedoppgave å organisere dem som er opptatt av utvikling og integrering av psykososial, adferdsmessig og biomedisinsk kunnskap, relevant for helse og sykdom, og hvordan disse kunnskapene

kan nyttes til forebygging, etiologi, diagnose, behandling og rehabilitering» (www.namf.no). På Østlandet er det et helsepsykologisk forum, som arrangerer møter og konferanser. Psykologer engasjert i smerteproblematikk holder kontakt i ly av andre, tverrfaglige arrangementer. De siste fem årene har det vært kurs med helsepsykologiske temaer ved de tradisjonelle festspillkursene i Bergen. Vi forsker mye og produserer mange doktorgrader. Men når det gjelder klinisk praksis ligger vi dårligere an enn land vi liker å sammenligne oss med.

Jeg sitter akkurat nå i København, der jeg deltar på en internasjonal konferanse om psyko-onkologi (psykologi og kreft) – med 550 deltakere. Australia har en stor kontingent her. De klager over at det er så få som jobber med kreft, anslagsvis 50–60 psykologer. En kanadier hevder at det er på samme nivå der. I Chile er det rundt 100 psykologer og psykiatere som jobber med kreftrelaterte spørsmål ved sykehusene. I Brasil har de et politisk vedtak på å ansette psykolog ved alle sentrale sykehus der man arbeider med kreft. Danmark har et professorat i psyko-onkologi, og en rekke psykologer arbeider ved sykehusene eller er ansatt i Kreftens Bekæmpelse. Og alle sier de at de er for få og at det skjer for lite.

Tverrfaglig samarbeid

Den som trår inn i helsepsykologiens domene, kommer til et område der det skjer mye spennende tverrfaglig samsamarbeid. Jeg har tilhørighet til minst tre større internasjonale og tverrfaglige miljøer: Psyko-onkologi, palliasjon og smerte. Smertefeltet samles om en større verdenskonferanse hvert tredje år, neste gang i Sydney. Det er vanligvis 5–7000 deltakere på disse konferansene, med foredrag om alt fra genetiske forhold og cellulære smertemekanismer, via helseatferd til hypnose. Det psyko-onkologiske feltet har aktive psykologer som sine frontfigurer, og det settes fokus på alt fra skolering i kognitiv terapi til psykonevroimmunologi. Palliasjon omfatter lindrende behandling for personer med livstruende sykdommer, der psykologi har en viktig plass. I alle feltene støtter man seg til en biopsykososial modell. Det vil si at man inkluderer samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold både for å vurdere og å sette inn tiltak i forhold til en situasjon. Vår plass er åpenbar.

En ny norsk smerteforening

Det siste tilskuddet til tverrfaglige miljøer vil bli en tverrfaglig norsk organisasjon som skal samle fagfolk som arbeider med smerte. Foreningen vil være en formalisering av et miljø med lange tradisjoner. Vi som har fått i oppgave å sette i gang denne foreningen representerer leger, sykepleiere, fysioterapeuter, psykologer og forskere. Foreningen vil fremme utdanning, opplæring, forskning og utvikling i alle områder som angår smerte. Foreningen vil arbeide for økt oppmerksomhet omkring forekomst av smerte og belastning av ikke tilfredstillende behandlet smerte, både hos helsevesenet, hos allmennheten og den enkelte pasient. Foreningen vil også arbeide for større resurser til fasiliteter som tilbyr behandling, aktiv rehabilitering og omsorg for pasienter med langvarige smerter. Foreningen skal ha generalforsamling og fagkonferanse 21. januar 2005, som er åpen for alle interesserte.

Hvis det er noe du lurer på, eller du har kommentarer – kontakt meg gjerne:
borrik.schjodt@kir.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 10, 2004, side 843

TEKST

Borrik Schjødt