

Å være psykolog på en barneavdeling

Å arbeide som psykolog med barn innlagt på et somatisk sykehus er svært spennende og faglig belønnende, men kan også være kilde til frustrasjon. Hvilke retningslinjer bør legges til grunn for et konstruktivt samarbeid med somatisk helsepersonell?

TEKST

Pål Kristensen

PUBLISERT 1. april 2006

ABSTRACT:

The role of the clinical psychologist on a paediatric hospital ward

Until recently, psychologists have not been employed on paediatric wards in Norway.

Nevertheless, earlier research indicates a high prevalence of psychological disorders in children admitted to hospital. This is especially so for children with chronic illness. Paediatricians frequently seem unaware of these children's suffering. Although both paediatricians and psychologists understand the importance of an inter-professional collaboration, few have described how this could work. This article describes the experience of a clinical psychologist employed on a paediatric ward in Norway. The author describes the psychologist's role, and illustrates how a collaboration between paediatricians and other paediatric staff can be established.

Innledning

Psykologisk arbeid rettet mot barn og unge innlagt på somatisk sykehus er et ungt fagfelt i Norge. Rikshospitalet var det første sykehus i Norge som fikk etablert en egen barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon i 1979 (Vandvik & Fossen, 1989). Her ble det ansatt psykologer som skulle bistå med fagkompetanse i diagnostikk og behandling av barn, ungdom og deres familier. Nyere undersøkelser har vist at det er ønske om økt samarbeid mellom barneavdelinger i somatikken og poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og ungdom i Norge (R-Bup/Voksne for barn, 2001; Vandvik, 1994). Det er flere grunner til dette. Det er påvist høy forekomst av psykiske lidelser hos barn innlagt på sykehus (Awad & Poznanski, 1975; Stocking & Grosser, 1972) og hos kronisk syke barn (Lavigne & Faier-Routman, 1992; Offord, Boyle & Szatmari, 1987). I pediatrik praksis har man funnet at opptil 50 % av pasientene har somatiseringssymptomer (Vandvik & Diseth, 1996). De vanligste symptomene er gjentatte magesmerter og hodesmerter (Garralda, 1996). Mange barn og unge strever med kognitive senskader (Fossen, 1995) og emosjonelle sekveler (deriblant PTSD) i etterkant av alvorlig sykdom

(Stuber, 1996). Undersøkelser har også vist at pediatere underidentifiserer psykiske vansker hos barn og unge (Canning, Hauser, Shade & Boyce, 1992; Lavigne & Faier-Routman, 1992) på grunn av manglende kunnskap, liten tilgang på gode screeningsverktøy og dårlig tid til å ta opp psykososiale spørsmål (Wolraich, 1999).

I dag jobber det psykologer ved flere barneavdelinger på ulike sykehus rundt om i Norge. Kreftforeningen har fem psykologstillinger øremerket arbeid med barn og kreft. I tillegg jobber flere psykologer som konsultasjons- eller liaisonpsykologer, enten i et team på avdelingen eller knyttet til sykehusets barneavdeling, som ansatt innen psykisk helsevern for barn og unge. Til tross for at det er bred enighet om behovet for psykologer på barneavdelinger ved norske sykehus, er det få retningslinjer for hva som skal ligge til grunn for et samarbeid. Det å samarbeide med leger og annet somatisk helsepersonell reiser en rekke faglige utfordringer for psykologer. Denne artikkelen vil drøfte noen av de vanligste problemstillingene som psykologer kan møte som konsulent på en somatisk avdeling, i dette tilfelle en barneavdeling. Artikkelen bygger på fem års erfaring som konsultasjonspsykolog ved en barneavdeling på et sentralsykehus i Norge.

Legerollen og psykologrollen

Det er mange forskjeller mellom en somatisk avdeling og en avdeling innen psykisk helsevern og mellom den utøvende legerolle og psykologrolle. En somatisk avdeling er hierarkisk oppbygd der legen har det overordnede medisinskfaglige ansvar for den enkelte pasient. Legen vil rekvirere undersøkelser fra spesialister for å kunne foreta nødvendige differensialdiagnostiske vurderinger, noe som gjør at mange ulike fagpersoner kan bli involvert i forhold til diagnostisering og behandling. Alle gjør hver sin del, noe som kan gjøre omsorgen for den enkelte pasient mer fragmentert. Miljøet på en somatisk avdeling er preget av krav om raske vurderinger og avgjørelser, ofte med spørsmål om liv og død. Legerollen har tradisjonelt vært en typisk ekspertrolle og er utpreget handlingsorientert. Det vanlige er at legen har ansvaret for å finne årsaken til pasientens plager, stille riktig diagnose og gi adekvat behandling. Stort sett ser legen raskt resultater av den behandling som er iverksatt. I forhold til synet på pasientrollen hevdes det at leger oppmuntrer pasienten, både direkte og mer subtilt, til å overlate alt ansvar til eksperten (Elfant, 1985). Ofte kreves det kun passiv akseptering av gjennomføring av de behandlingstiltak som iverksettes (Stabler, 1988). Leger behandler tradisjonelt langt flere pasienter enn det psykologer gjør, og har kortere tid til rådighet for hver pasient.

Som psykolog er man vanligvis mer opptatt av å bygge opp en god relasjon til klienten enn det leger behøver og kan være. En god relasjon mellom klient og terapeut ansees som kjent som en av de viktigste faktorene for å oppnå endring i et psykoterapeutisk arbeid (Berge & Repål, 2004, s. 42–48). Psykologisk evaluering krever mer samarbeid og motivasjon fra klienten for å få til endring. Barn og foreldre kan ikke tvinges til samtaler med psykolog, og verken krav eller tvang gjør det mulig å få innblikk i et barns eller en ungdoms indre verden. Personalet på en somatisk avdeling kan ha vanskelig for å forstå

at motivasjon og en god relasjon mellom pasient og psykolog er en viktig forutsetning for psykologisk arbeid, og at psykologisk evaluering og behandling krever aktiv deltakelse fra klienten. Den medisinske tenkning er tradisjonelt mer individorientert, med fokus på pasienten og det syke organ. Når man som psykolog jobber med syke barn, må man i tillegg ha en relasjonell tilnærming fordi fysisk sykdom hos barn påvirker hele familien, og fordi konflikter i familien kan føre til at sykdom enten utvikles eller forsterkes hos barn. Dette er det viktig å formidle til lege og andre ansatte på en barneavdeling, som lett kan plassere problemet og behovet for behandling på det enkelte barn.

Også språket leger og psykologer benytter, er på mange måter ulikt. Man kan som psykolog ofte oppleve en forventning om å «medikalisere» psykologiske vurderinger (Hamlett & Stabler, 1995), det vil si å omforme beskrivelsene av de psykologiske vurderinger til det språk man anvender innen somatisk helsevesen: årsak–diagnose–behandling. Det er ikke alltid like hensiktsmessig å anvende et medisinsk, diagnostisk begrepsapparat når man skal vurdere hvordan et barn opplever sin sykdom eller hvordan en familie takler det å ha et alvorlig sykt barn. I de senere årene har man innenfor ulike fagmiljøer blitt mindre opptatt av kun å diagnostisere psykiske vansker hos syke barn, og mer opptatt av hvordan man kan fremme mestring og livskvalitet hos syke barn og deres familier (Eiser, 1990; Heyerdahl, 1998). Det er en viktig oppgave for psykologer å formidle overfor helsepersonell på en somatisk avdeling at psykologiske vurderinger av en pasient ikke nødvendigvis er ensbetydende med en diagnose (Elfant, 1985). Det er således viktig at leger og psykologer har forståelse og respekt for hverandres forskjellighet for at et samarbeid skal kunne fungere (Hutzi & Walker, 1991).

Psykologen som konsulent

Som psykolog på en barneavdeling er det viktig med kunnskap om utviklingspsykologisk teori og forståelse av personlighetsutvikling og psykopatologi (Kurz, 1987). Det kreves kompetanse innen diagnostikk og ulike utredningsformer og behandlingstilnærminger som kriseintervensjon, psykoterapeutiske metoder og kunnskap om familieteori og familierapi (Vaglum, 2004). I tillegg er det viktig at man har noe basiskunnskap om de aktuelle somatiske diagnoser som de syke barna har. Når man skal jobbe som konsultasjonspsykolog på en barneavdeling, er det noen sentrale prinsipper som bør legges til grunn. Et viktig prinsipp er *synlighet*. Synlighet på en barneavdeling innebærer å delta på ukentlige morgenmøter der pasientene gjennomgås både for å synliggjøre psykologisk kunnskap, men også for å ta aktivt del i diskusjoner rundt syke barns psykososiale situasjon. Å være aktiv i miljøet gir kjennskap til rutiner, regler og ritualer i den medisinske kulturen, og øker muligheten for å utvikle gode relasjoner til de ansatte på avdelingen, noe som er svært viktig for å etablere et godt samarbeid (Seaburn, 1996). Når psykologen er fysisk plassert på barneavdelingen, bidrar det til at man blir mer synlig og lettere en del av behandlingsmiljøet på avdelingen, noe som gjør at behandlingstilbudet ved avdelingen fremstår som mer helhetlig. Hvis man er eneste psykolog ansatt på en somatisk barneavdeling, kan det imidlertid være vanskelig å oppnå en faglig tilhørighet i et miljø som vil være preget av

medisinskfaglig tenkning. Da kan det være lettere å ha en tilknytning til en avdeling innen psykisk helsevern for barn og ungdom der man har øremerket en viss prosent av stillingen til konsultasjon til sykehusets somatiske barneavdeling. Dette ivaretar behovet for en faglig tilhørighet og gir større muligheter for faglig utveksling med andre psykologer.

Et annet viktig prinsipp er *tilgjengelighet*. Undersøkelser har vist at tilgjengelighet og muligheter for å gi bistand når behovet oppstår, er det leger verdsetter høyest i forhold til konsultasjon fra psykolog eller psykiater (Burkit & Hodgins, 1993). Økt tilgjengelighet har også vist seg å føre til en vesentlig økning av antall henvisninger til konsulterende psykolog eller psykiater (Kristensen, 2000; McFadyen, Broster & Black, 1991). Særlig gjelder dette henvisning av barn og unge med tilpasningsvansker ved kronisk og alvorlig sykdom. Tilgjengelighet gir større mulighet for tidlig intervensjon, noe som kan forebygge utviklingen av mer alvorlige psykiske vansker hos barn og unge i risiko. Undersøkelser av foreldre med kronisk syke barn har vist at graden av depresjon og angst er høyest både for fedre og mødre rundt diagnostidspunktet (Frank et al., 1998), og at det er størst behov for krisehjelp i den første tiden (Barneombudet/Senter for Krisepsykologi, 1998). Tilgjengelighet kan innebære at somatisk avdeling kan presentere tilbud om psykologsamtaler som en del av avdelingens behandlingstilbud. Det kan bidra til at terskelen for å ta imot tilbud om samtale er lavere enn hvis man må tilkalle psykolog eksternt. Forventningen om tilgjengelighet kan imidlertid være et tveegget sverd. Det tidspress som leger er vant til å jobbe under, kan bidra til forventninger om at psykologen skal jobbe innenfor de samme tidsrammer, og at man er tilgjengelig på et øyeblikk for å foreta raske vurderinger og behandling av komplekse problemer (Roberts & Wright, 1982). Det kan være en fare hvis man som psykolog overidentifiserer seg med den arbeidsform og det tempo som råder på avdelingen med et press eller en forventning om å fikse pasientens problemer raskt.

«Dettidspress som leger er vant til å jobbe under, kan bidra til forventninger om at psykologen er tilgjengelig på et øyeblikk for å foreta raske vurderinger og behandling av komplekse problemer»

Konsultasjonsprosessen steg for steg

Konsultasjonsprosessen består av forskjellige steg som alle inneholder viktige psykologfaglige utfordringer. Først vil jeg imidlertid ta for meg konsultasjonsbegrepet og beskrive ulike modeller for psykologisk konsultasjon.

Konsultasjon og konsultasjonsmodeller

Caplan og Caplan (1993) definerer konsultasjon som en interaksjonsprosess mellom to profesjonelle, konsulenten, som er spesialist, og den konsultasjonssøkende («consultee»), som ber om hjelp med et problem innenfor konsulentens kompetanseområde. De skiller mellom klientsentrert konsultasjon og «consultee»-sentrert konsultasjon. Ved klientsentrert konsultasjon foretar konsulenten en vurdering av klientens problemer, og gir anbefalinger til den som søker konsultasjon om hva som er viktig for å hjelpe klienten videre. Ved «consultee»-sentrert konsultasjon har ikke konsulenten direkte klientkontakt, men gir råd og anbefalinger på bakgrunn av hva som er den konsultasjonssøkendes dilemmaer og problemstillinger i forhold til klienten.

Når en psykolog og en psykiater fra psykisk helsevern gir faglig assistanse til en somatisk avdeling, kalles dette henholdsvis *konsultasjonspsykologi* og *konsultasjonspsykiatri*. Psykolog eller psykiater kontaktes av somatisk avdeling ved behov for å få en spesialistvurdering av en pasient med hensyn på diagnose og behandling. Begrepene liaisonpsykologi eller liaisonpsykiatri benyttes gjerne når psykologen eller psykiateren er direkte tilknyttet en somatisk enhet eller avdeling og fungerer som et bindeledd mellom pasienten og staben når det gjelder psykologiske og psykiatriske aspekter (Malt, Bille, Ekeberg & Vandvik, 1997). I tråd med Lask (1994) vil jeg i denne artikkelen benytte en vid definisjon av konsultasjonspsykologi som omfatter enhver konsultasjon med diagnostisk, terapeutisk, støtte- og forskningsaktivitet utført av psykolog i en pediatrik avdeling eller klinikk.

Roberts (1986) skiller mellom tre *konsultasjonsmodeller* for samarbeid mellom psykolog og lege. I den første modellen («independent functions model») er det lite eller ingen direkte kontakt mellom lege og psykolog. Psykologen får en henvisning fra lege, foretar en vurdering og gir skriftlig tilbakemelding til henvisende lege om de vurderinger som er foretatt. Denne konsultasjonsformen gir psykologen full uavhengighet i forhold til det kliniske arbeidet, men gir også færre muligheter for faglig utveksling og samarbeid (Kush & Campo, 1998). I den andre konsultasjonsmodellen («indirect psychological consultations model») gir psykologen konsultasjon til lege og annet helsepersonell på psykososiale spørsmål, uten at psykologen har direkte kontakt med pasienten. Som psykolog må man her stole på at den informasjon man får fra legen er korrekt, og at legen utfører de anbefalinger man gir. Men modellen gir gode muligheter for læring slik at legen står bedre rustet til å takle lignende situasjoner i fremtiden. Den tredje konsultasjonsmodellen («collaborative approach/team model») innebærer tett kontakt mellom lege og psykolog gjennom hele konsultasjonsprosessen med drøfting av henvisning, pasientsamtale/-vurdering (gjernede med en eller flere felles samtaler), og ny drøfting med lege etter samtalene der man vurderer aktuelle tiltak. Denne formen for konsultasjon gir bedre muligheter for å gi en helhetlig behandling av pasienter som kommer i kontakt med en barneavdeling. Den gir også større muligheter for gjensidig læring og faglig utveksling mellom lege og psykolog. Samtidig er den mer tidkrevende, og ikke alle leger ønsker denne formen for samarbeid.

Konsultasjonspsykologens arbeidsoppgaver

Når man som psykolog er tilknyttet en barneavdeling, vil det som regel innebære varierte arbeidsoppgaver:

- Psykologisk behandling av barns angstreaksjoner i tilknytning til somatiske undersøkelser (for eksempel sprøytefobi)
- Psykologisk behandling av smertetilstander
- Støttesamtaler med foreldre ved prematuritet, handikap og alvorlig sykdom hos barn
- Utviklingsvurderinger
- Veiledning og konsultasjon til ansatte på avdelingen
- Undervisning

Henvisning og innhenting av informasjon

Henvisning til psykolog kan enten komme skriftlig, muntlig over telefon, eller i forbindelse med morgenmøtene der alle barn som er innlagt, blir gjennomgått. Det er rimelig at terskelen for å be om konsultasjon fra psykolog ikke er for høy, og at det er smidighet i forbindelse med henvisningsrutiner. Det innebærer at man ikke alltid kan forvente like utfyllende og godt begrunnede henvisninger som man er vant til. Å bruke et ferdiglaget henvisningsskjema som sikrer innhenting av viktig informasjon, som navn på barnet og foreldre, fødselsdato, sykdomsdiagnose, og hvorfor legen ønsker å henvise pasienten, er et godt utgangspunkt for videre arbeid. I tillegg er det viktig å få med navn på henvisende lege med tanke på tilbakemelding etter at psykologens konsultasjon er avsluttet.

Etter å ha fått en skriftlig henvisning er det ofte nødvendig å drøfte nærmere med lege hvorfor man ønsker å henvise barnet og hva man ønsker at psykologen skal bidra med i den aktuelle sak. Av og til får man en forespørsel om å snakke med et barn eller en familie uten at det foreligger noen klar henvisningsgrunn. Henvisningen vil som regel være adekvat, men kan også være uttrykk for manglende kunnskap hos henviseren, frustrasjon i forhold til en vanskelig pasient eller situasjon, hjelpeløshet eller en kombinasjon av disse (Elfant, 1985). Med bakgrunn i det tidspress som kjennetegner en barneavdeling, vil henvisningen ofte være kortfattet, og det er derfor nødvendig å stoppe opp og undre seg over hva det spørres om. Psykososiale teammøter kan være en nyttig måte å klargjøre henvisningsgrunn og planlegge et samarbeid på i forhold til et sykt barn. Psykososiale teammøter vil som oftest benyttes i forhold til planlagte innleggelse av barn og unge med kroniske sykdommer og sykdommer som har en stor grad av psykologisk etiologi, for eksempel konversjonsforstyrrelser og spiseforstyrrelser (se Williams & DeMaso, 2000 som beskriver ulike måter å organisere psykososiale teammøter på i barneavdelinger).

I løpet av den første kontakten man har med henvisende lege, er det også viktig å avklare om foreldrene selv har bedt om henvisning til psykolog, og om de er informert om og er enige i en henvisning. Legen må *alltid* snakke med barnets foreldre i forkant av henvisning for å avklare om de ønsker samtale med psykolog. Å møte en familie uten at dette har vært avklart på forhånd, kan oppleves som invaderende og angstskapende

for familien (Roberts & Wright, 1982). Legen må også informeres om at psykologen ikke har anledning til å snakke med barn alene uten samtykke fra foreldre.

«Det er rimelig at terskelen for å be om konsultasjon fra psykolog ikke er for høy»

Det viktig å være klar over at man ved konsultasjon til en barneavdeling sjelden har mye tid til rådighet. I den hektiske hverdag som kjennetegner en somatisk avdeling, er det ikke uvanlig å få en forespørsel om konsultasjon i forhold til en pasient som skal skrives ut samme dag eller etter at psykologen har hatt en samtale. Før man går i gang med konsultasjonen, er det viktig å klargjøre hvor mye tid man har til rådighet i forbindelse med barnets innleggelse. Det er her viktig å avklare om barnets problem er akutt eller en del av et vedvarende problem, hva eventuelt konsekvensen vil være hvis man skriver ut barnet før konsultasjonen er fullført, og om det er mulig å gjennomføre konsultasjonen innenfor de tidsrammer man har (Huszti & Walker, 1991). Man må av og til vurdere om det er nødvendig å be om at barnet blir liggende i avdelingen noen dager lenger enn planlagt, eller at man kan foreta en poliklinisk utredning på et senere tidspunkt. Videre er det viktig å få oversikt over hvilke undersøkelser som skal gjennomføres, og når de ulike undersøkelser er planlagt, for å unngå at man gjør avtaler om samtaler rett før eller etter en tøff undersøkelse eller behandling. Det er ofte nødvendig å supplere den informasjon som foreligger fra henvisende lege gjennom å lese barnets journal. Det er også viktig å kartlegge hva slags hjelpetilbud barnet har eller har hatt før innleggelse. Hvis barn allerede er i kontakt med behandlingsapparatet, kan involvering av ny behandler være unødvendig og virke forstyrrende. Informasjon om barnets skolesituasjon og hvordan barnet fungerer i avdelingen, kan innhentes ved å snakke med pleiepersonell og lærere på barneavdelingens skole.

Kontaktetablering med foreldre og barn

Huszti og Walker (1991) hevder at en nyttig måte å etablere kontakt med familier på er at psykologen deltar på visitt på avdelingen, men familier kan også reagere på at en psykolog dukker opp uanmeldt. De fleste pasienter som er innlagt på en sykehusavdeling, har ikke bedt om henvisning til psykolog. Enkelte familier kan reagere med engstelse og usikkerhet når legen antyder at psykologsamtaler kan være aktuelt, mens andre kan oppleve det som at legen har gitt dem opp, vil bli kvitt dem eller underkjenner deres bekymring for sitt barn (Fritz, 1993). I verste fall kan foreldre oppleve å ikke føle seg trodd, og ser på henvisning til psykolog som om alt ligger i hodet. Derfor er det viktig at psykologen kan drøfte med henvisende lege i forkant hvordan tilbudet om psykologsamtaler bør presenteres, og her er det sentralt at leger og psykologer anvender samme forståelsesmodell og språk. En bio-psyko-sosial-modell har som utgangspunkt at *all* sykdom bør betraktes både fra et biologisk, utviklingsmessig, psykologisk og sosialt perspektiv (Engel, 1997), og bør være godt kjent både blant leger og psykologer. Modellen understreker at biologiske, psykologiske og

sosiale faktorer både kan påvirke sykdomsutvikling og bli påvirket av sykdomsutvikling (Smith & Nicassio, 1995). Dette er spesielt viktig å understreke i forhold til barn med psykosomatiske plager fordi foreldre først og fremst er opptatt av de somatiske symptomene, og kan benekte at psykiske forhold også kan ligge til grunn for barnets symptomer. En måte å presentere henvisning på er å vektlegge at kronisk sykdom hos barn også medfører psykiske reaksjoner, og at samtale med psykolog kan være viktig for å vurdere hvordan barnet takler sin sykdom.

«I presentasjonen av tilbudet kan man legge vekt på at familien ikke oppleves som spesiell, men at familien er i en spesiell situasjon»

I forhold til familier i krise (familier med barn som har fått en kreftdiagnose, ved ulykker eller i forhold til foreldre som mister barn) kan tilbudet om samtaler med psykolog være av mer oppsøkende karakter, og kan presenteres som rutine ved avdelingen. Lege kan understreke at alle familier i samme situasjon får tilsvarende tilbud. I presentasjonen av tilbudet kan man legge vekt på at familien *ikke oppleves som spesiell, men at familien er i en spesiell situasjon* (Dyregrov, Raundalen & Reppesgård Grung, 1996) for å unngå at de skal føle seg stigmatisert ved forespørsel. Syke barn vil ikke alltid ha en klar forståelse av hvorfor de skal snakke med psykolog. Det er derfor viktig at legen understreker overfor barnet at psykologer ikke gjør ubehagelige undersøkelser, men at psykologen er en «snakkedoktor» som snakker med barn om hvordan det er å være syk.

Når tilbudet om psykologsamtaler bør presenteres for familien, kan være spesielt viktig i forhold til barn med psykosomatiske lidelser. Vanlig praksis har vært å gjennomføre alle medisinske undersøkelser først for eventuelt å utelukke at det finnes en organisk forklaring på barnets plager, før man kobler inn psykolog. Det kan innebære at man som psykolog kommer inn på et svært sent tidspunkt i utredningen, noe som kan være uheldig. Tilbudet om samtale med psykolog kan da lett oppfattes som siste utvei, og legen kan signalisere både direkte og indirekte at det må være en psykologisk årsak til barnets plager siden man ikke har funnet en organisk forklaring (Rauch & Jellinek, 2002). Det er viktig å understreke overfor legen at man ikke kan konkludere med at barnets symptomer er psykisk betinget fordi man ikke har kunnet påvise fysisk sykdom (Campo & Fritz, 2001). At henvisningen til psykolog kommer sent, kan også medvirke til at familien lettere avviser en psykologisk forklaring på barnets symptomer, eller at de ikke ser på dette som så viktig. Det kan også innebære en forlengelse av sykehusoppholdet, noe som foreldre ikke alltid ønsker, og som kan vanskeliggjøre en terapeutisk relasjon (Bingley, Hensman, Lask & Wolff, 1980). I slike saker er det mest hensiktsmessig at samtaler med psykolog kan foregå *samtidig* med den somatiske utredning, og presenteres som en del av en helhetlig utredning under barnets

innleggelse enten under inntakssamtale eller skriftlig i forkant av innleggelse. Dette vil unngå at familien føler seg stigmatisert, og vil gi familien en større trygghet.

Samtale med barn og foreldre

Det er viktig å være klar over at man som konsultasjonspsykolog på en barneavdeling ikke har de rammer som man er vant til fra vanlig psykoterapeutisk arbeid.

Psykologsamtalene finner ofte sted utenfor eget kontor, for eksempel på improviserte steder som på sengekanten eller et foreldrerom. Avtaler må man være forberedt på å flytte på kort varsel, og lengden på samtalene kan variere avhengig av barnets fysiske tilstand. Enkelte ganger kan man jobbe intensivt med flere samtaler under en innleggelse med lengre opphold mellom samtalene mens barnet er til behandling eller er hjemme fra sykehuset. Hjemmebesøk kan være aktuelt når barnet ikke kan komme til sykehuset. Således må man være forberedt på å være både fleksibel og kreativ for å gjennomføre en konsultasjon. Videre er det sjelden at foreldre ber om samtale med psykolog (det er som regel lege som anbefaler henvisning), noe som kan innebære at foreldre i utgangspunktet er mindre motivert for samtale enn ved psykologsamtaler som de selv tar initiativet til.

Når man som psykolog skal gjennomføre en konsultasjon, kan det være viktig å få informasjon om barnet fra foreldre og barnet selv (og eventuelt fra lærer), fordi det kan være lite samsvar mellom ulike informanters opplevelse av barnet (Canning, 1994). Som regel vil det være naturlig å starte med en samtale med barnets foreldre. Av og til kan det være vanskelig å få tak i begge foreldre, og det er viktig at man kan få hjelp av pleierne på avdelingen til å spore opp foreldrene slik at begge blir informert og gis muligheten til å ta del i den pågående psykologutredning. Det er ikke alltid at begge foreldre er til stede under barnets innleggelse, og særlig hvis foreldrene ikke bor sammen, kan man komme opp i vansker hvis man kun gjør avtale med den av foreldrene som er til stede på avdelingen. Det er ofte hensiktsmessig at sykepleier på avdelingen gjør avtale med barnets foreldre om når samtalen skal finne sted, og presenterer psykologen for foreldrene på barneavdelingen. En nyttig måte å starte en samtale på kan være å spørre foreldrene om de har skjønnet hvorfor legen har henvist dem til psykolog, og om de er enige i legens vurdering av behovet for henvisning. I samtalen kan foreldrene gi viktig informasjon om hvordan barnet deres mestrer ulike sider ved sykdommen, i tillegg til at de kan sette ord på hvordan de selv opplever det å ha et sykt barn.

Individualsamtaler med barn kan også være nyttig. Grunnen til dette er at foreldres beskrivelse av barnets situasjon kan påvirkes av deres egne psykiske vansker og eventuelle ekteskapskonflikt (Canning et al., 1992; Gjørnum & Heyerdahl, 1998), og fordi barn ofte skåner sine foreldre ved å holde tanker og følelser tilbake. I samtalene med barn er det naturlig å ta utgangspunkt i hvorfor legen (og foreldrene) mener at barnet bør snakke med psykolog. Det er viktig å gjøre samtalen meningsbærende for barnet. Man kan for eksempel begynne med å si at legen eller mamma/pappa har sagt at barnet virker mer lei seg enn det pleier, og at man er en «snakkedoktor» som skal forsøke å

finne ut hva som skal til for at syke barn skal få det bedre inni seg. I en konsultasjon med barn kan man også benytte semistrukturerte intervjuer, for eksempel Childrens Assessment Schedule (CAS) eller Fossens semistrukturerte intervju, og supplere med ulike selvrapporterings skjemaer, for eksempel ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment, tidligere CBCL). Familiesamtaler kan gi verdifull informasjon om samhandling i familien, mens en utviklingsvurdering kan sammenholdes med informasjon fra lærer på barnets hjemmeskole og på sykehusets skole. Se for øvrig Gjærum og Heyerdahl (1998) for en utførlig beskrivelse og diskusjon av ulike utredningsmetoder i forhold til somatisk syke barn.

Antallet samtaler vil variere etter behov, tid til disposisjon og omfanget av den forespørsel som legen har bedt om. Avslutningsvis oppsummeres samtalerne sammen med foreldre og barn, og man kommer frem til enighet om videre tiltak og eventuell videre oppfølging fra psykisk helsetjeneste. Foreldrene informeres om at en tilbakemelding av psykologens vurderinger vil bli gitt til henvisende lege med et notat til barnets journal.

Generelt kan man si at psykologens arbeidsform er tilpasset det medisinske system. Men det er viktig å være klar over at man innenfor de rammer man har på en somatisk avdeling, må ivareta det som er unikt for klinisk psykologisk arbeid (Huszi & Walker, 1991). Det medfører at man som psykolog må ha forventninger til personalet på en somatisk avdeling om at man får et rolig sted å sitte mens man har samtale med barn eller foreldre, og ikke at den foregår på rom sammen med andre pasienter eller bak skillevegger. Det er viktig å formidle at man ikke vil forstyrres mens samtalen pågår, da det ikke er uvanlig at sykepleiere og leger kommer inn under samtaler. For mer inngående beskrivelser av psykoterapeutisk arbeid på pediatriske avdelinger og med syke barn, se Judd (1995), Ramsden (1999), Sourkes (1996) og Van Dias (1990).

Tilbakemelding til henviser og oppfølging

Tilbakemelding av psykologiske vurderinger er svært viktig, og erfaring har vist at det kan være en kilde til frustrasjon for et samarbeid, enten fordi tilbakemeldingen er uklar, eller fordi den er fraværende. Tilbakemeldingen kan skje på ulike måter. Hvis man har faste psykososiale teammøter, kan møtet være en naturlig arena for å gi muntlig tilbakemelding. Det er viktig at den gis skriftlig ved at det lages et notat i journal. Det gir kontaktlegen rask og enkel tilgang til informasjon om psykologens vurderinger. Det er dessuten hensiktsmessig å gi en muntlig tilbakemelding, enten til henvisende lege eller til lege på vakt, før utskrivningssamtale fra avdelingen. Muntlige tilbakemeldinger gir ofte en god mulighet for gjensidig utveksling av erfaring, og sikrer at nødvendig informasjon kommer henvisende lege i hende før barnet skal utskrives. Vurderinger og videre avtaler bør være klargjort før barnet blir utskrevet. Den skriftlige vurdering vil igjen kunne legges til grunn i en epikrise som barneavdelingen sender innleggende lege (fastlege). Det er viktig å være så konkret som mulig i forhold til vurderinger og behov for tiltak, og man bør unngå å bruke for mye fagsjargong når man gjengir sine faglige vurderinger. Den skriftlige tilbakemelding som gis, er tilgjengelig for flere ansatte på

avdelingen enn den lege som har henvist pasienten. Således opprettholdes ikke de sedvanlige krav til konfidensialitet som psykologer kjenner fra ordinært psykologarbeid. Det er derfor nødvendig at man begrenser omfanget av og innholdet i den skriftlige tilbakemelding til de aller vesentligste psykologfaglige vurderinger, og at man gjør pasienten og familien oppmerksomme på at de vurderinger som gis tilbake til somatisk avdeling, er tilgjengelig blant avdelingens ansatte.

«Psykologsamtalene finner ofte sted utenfor eget kontor, for eksempel på sengekanten eller et foreldrerom»

Et viktig spørsmål er hvordan psykologisk oppfølging av det syke barnet skal ivaretas etter utskrivning. Som psykolog har man i utgangspunktet fullført konsultasjonen når man har gitt tilbakemelding til henvisende lege. Det er ikke gitt at man som konsultasjonspsykolog skal stå for den polikliniske oppfølging etter at barnet er utskrevet fra sykehuset, men det kan oppleves som et etisk dilemma å avbryte en relasjon med et sykt barn for å henvise til en ny instans for videre oppfølging. I en del tilfeller vil det imidlertid ikke være mulig, verken ut fra ressurser eller geografiske hensyn, å fortsette en terapeutisk kontakt, og det vil derfor være naturlig å viderehenvise for eksempel til den lokale poliklinikken innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom. Det kan i denne forbindelse være nyttig å delta i et overføringsmøte fra sykehuset til det lokale hjelpeapparat for å sikre kontinuitet og at nødvendig informasjon kommer frem til nye behandlere.

Samarbeid med andre faggrupper

Evnen til delta i et flerfaglig samarbeid ansees å være viktig for psykologer på somatiske avdelinger (Vaglum, 2004). I tillegg til at man som konsultasjonspsykolog samarbeider nært med avdelingens leger, har man også nytte av å samarbeide med sykepleiere, barnepleiere, sosionom og lærere på sykehusets barneavdeling. Samarbeidet kan utvikles gjennom deltakelse på behandlingsmøter og gjennom indirekte klientrettet konsultasjon, enten individuelt eller i gruppe. Også her vil man møte utfordringer i forhold til at man har sin bakgrunn i ulike modeller for sykdomsforståelse og behandling, men ofte vil dette være faggrupper som er svært interesserte i å samarbeide med psykolog. Pleiere på avdelingen får gjerne en nær relasjon til barn som er innlagt, og gjennom indirekte klientrettet konsultasjon kan man utnytte den relasjon som pleierne har utviklet i forhold til barna. Det kan også føre til at pleierne blir bedre rustet til å møte barn i lignende situasjoner på et senere tidspunkt, men det er selvfølgelig viktig å drøfte med pleierne hvor grensen går i forhold til kompetanse, og når man bør koble inn psykolog. Konsultasjonen kan bestå av råd om hvordan de kan forstå barns reaksjoner, hvordan de kan kommunisere med alvorlig syke barn og unge, og støtte til å gjennomføre behandlingstiltak. En annen viktig psykologoppgave kan være å gi støtte til å håndtere følelsesmessige vanskelige situasjoner, som for eksempel når barn dør.

Undervisning av personell på avdelingen kan også bidra til å øke kunnskapen om spørsmål knyttet til psykiske helse hos barn og unge, og gi ansatte nyttige metoder i møte med syke barn og deres foreldre.

«Faren er til stede for at man blir «spist opp» fordi behovet for psykologkompetanse er stort»

Som det fremgår, kan man som psykolog bli møtt med forventninger om å gå inn i en rekke forskjellige oppgaver på en barneavdeling både i forhold til lege, pleiere og i forhold til det syke barnet. De psykologfaglige oppgavene kan være krevende og kompliserte, og det er viktig å kunne konferere med kollegaer. Faren er til stede for at man blir «spist opp» fordi behovet for psykologkompetanse er stort. Skriftlige samarbeidsrutiner kan være til god hjelp for å avklare og tydeliggjøre både generelle og mer spesifikke ansvars- og arbeidsoppgaver. Beskrivelse av generelle ansvarsoppgaver kan gjøres sammen med avdelingsoverlege og avdelingssykepleier der man definerer på hvilken måte psykologen skal gå inn som en del av behandlingsmiljøet ved barneavdelingen. Både i forhold til akutte innleggelser (for eksempel etter suicidforsøk hos ungdom) og i forhold til planlagte innleggelser (for eksempel ved behandling av barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser og andre psykosomatiske lidelser) kan skriftlige rutiner fungere som et nyttig verktøy for å beskrive og avgrense arbeidsoppgaver hos lege, psykolog og andre som har et ansvar i forhold til pasienten. Det vil kunne oppleves som en trygghet for de ansatte som skal møte barna på avdelingen, en trygghet som igjen kan smitte over på foreldrene til syke barn som i forbindelse med en innleggelse kan være usikre og engstelige. Underveis er det nødvendig å evaluere samarbeidet for å forhindre at konflikter får spire og gro, og for å kvalitetssikre samarbeidet til det beste for pasientene.

Avslutning

Å arbeide som psykolog på en somatisk avdeling kan oppleves som svært spennende og faglig belønnende, men kan også være en kilde til frustrasjon. En grunn til det er at psykologer og leger har utgangspunkt i ulike modeller for forståelse og behandling av sykdom. Gjennom denne artikkelen håper jeg å ha vist at psykologer har mye å bidra med på barneavdelinger ved norske sykehus, og at det er fullt mulig å få til et konstruktivt samarbeid med helsepersonell på somatiske avdelinger. For at samarbeidet skal fungere, er det viktig med god planlegging der ulikheter i sykdomsforståelse og behandlingstilnærming må tydeliggjøres fra begge sider. Med gjensidig respekt og interesse for hverandres arbeid vil leger og psykologer ha mye å lære av hverandre, noe som kommer de syke barna, deres foreldre og søsken til gode. Det vil i fremtiden være behov for å utdanne og undervise flere psykologer i hvordan de kan utnytte sin kompetanse innenfor et somatisk system. Det foreligger i dag ingen formell opplæring for psykologer innenfor fagfeltet, og læringen er i hovedsak erfaringsbasert. Således vil en ny spesialitet i helsepsykologi være en ypperlig

anledning for norske psykologer til å bli skolert både i klinisk arbeid med barn og unge med somatiske sykdommer, men også i forhold til å rolleutforming og det å samarbeide med helsepersonell på en somatisk avdeling.

Pål Kristensen

Bærum kommune

Folkehelsekontoret,

Senter for sorg og selvhjelp

1304 Sandvika

Tlf 67 50 32 14

E-post Pal.Kristensen@baerum.kommune.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 4, 2006, side 330-337

TEKST

Pål Kristensen

KONTAKT: Paal@krisepsyk.no

[+ Vis referanser](#)

Referanser

Awad, G. A., & Poznanski, E. O. (1975). Psychiatric consultation in a pediatric ward. *American Journal of Psychiatry*, 132, 915-918.

Barneombudet/Senter for Krisepsykologi (1998). Barn med kroniske sykdommer. Rapport fra foreldrebeskrivelse av hvordan barnets sykdom påvirker familielivet.

Berge, T., & Repål, A. (2004). Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bingley, L., Hensman, L. S., Lask, B., & Wolff, O. (1980). Comprehensive management of children on a paediatric ward: A family approach. *Archives of Disease in Childhood*, 55, 555-561.

Burkit, R. C., & Hodgkin, J. D. (1993). Pediatricians' perceptions of child psychiatry consultations. *Psychosomatics*, 35, 402-408.

Campo, J. V., & Fritz, G. (2001). A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics*, 42, 467-476.

Canning, E. H., Hauser, S. B., Shade, K. A., & Boyce, W. T. (1992). Mental disorders in chronically ill children: Parent-child discrepancy and physician identification. *Pediatrics*, 90, 692-696.

Caplan, G., & Caplan, R. B. (1993). *Mental health consultation and collaboration*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.

Dyregrov, A., Raundalen, M., & Reppesgård G., B. (Red.). (1996). *Barna på intensiv-avdelingen*. Oslo: Forlaget Sykepleien.

Eiser, C. (1990). Psychological effects of chronic illness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 85-98.

Elfant, A. B. (1985). Psychotherapy and assessment in hospital settings: Ideological and professional conflicts. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 55-63.

- Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.
- Fossen, A. (1995). Senskader ved behandling av hjernesvulst hos barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32, 232-238.
- Frank, R. G., Thayer, J. F., Hagglund, K. J., Vieth, A. Z., Schopp, L. H., Beck, N. C., Kashani, J. H., Goldstein, D. E., Cassidy, J. T., Clay, D. L., Chaney, J. M., Hewett, J. E., & Johnson, J. C. (1998). Trajectories of adaptation in pediatric chronic illness. The importance of the individual. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 521-532.
- Fritz, G. K. (1993). The hospital: An approach to consultation. I G. K. Fritz, R. E. Mattison, B. Nurecombe, & A. Spirito (Eds.), *Child and adolescent mental health consultation in hospitals, schools and courts* (ss. 7-90). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Garralda, E. M. (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 13-33.
- Gjærum, B., & Heyerdahl, S. (1998). Assessment of the mental state in medically ill children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 635-641.
- Hamlett, K., & Stabler, B. (1995). The developmental progress of pediatric psychology consultation. I M. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (2nd ed.; ss. 39-54). New York: Guilford Press.
- Heyerdahl, S. (1998). Håp og mestring når barn får kreft. I B. Gjærum, B. Grøholt & H. Sommerschild (red.), *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (ss. 249-269). Oslo: Tano Aschehoug.
- Huszi, H. C., & Walker, C. E. (1991). Critical issues in consultation and liaison. Pediatrics. I J. J. Sweet, R. H. Rozensky & S. M. Tomian (Eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings* (ss. 165-183). New York: Plenum Press.
- Judd, D. (1995). *Give sorrow words*. New York: Haworth Press.
- Kristensen, P. (2000). Erfaringer etter tre års samarbeid mellom BUPA og barneavdelingen TSS. Intern rapport. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Telemark Sentralsykehus.
- Kurz, R. B. (1987). Child health psychology. I G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. E. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick & J. E. Singer (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession* (ss. 285-301). Chicago: University of Chicago Press.
- Kush, S. A., & Campo, J. V. (1998). Consultation and liaison in pediatrics. I R. V. Ammerman & J. V. Campo (Eds.), *Handbook of pediatric psychology and psychiatry vol. 1. Psychological and psychiatric issues in the pediatric setting* (ss. 23-40). Boston: Allyn & Bacon.
- Lask, B. (1994). Pediatric liaison work. I M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (3rd ed.; ss. 996-1005). Oxford: Blackwell.
- Lavigne, J. V., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorder: A meta analytic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 133-157.
- Malt, E. A., Bille, H., Ekeberg, Ø., & Vandvik, I. H. (1997). Konsultasjons-liaison psykiatri i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 117, 1753-1756.
- McFadyen, A., Broster, G., & Black, D. (1991). The impact of child psychiatry liaison service on patterns of referral. *British Journal of Psychiatry*, 158, 93-96.
- Offord, D. R., Boyle, M., H., & Szatmari, P. (1987). Ontario child health study II: six months prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General psychiatry*, 44, 832-836.
- Ramsden, S. (1999). The child and adolescent psychotherapist in a hospital setting. I M. Lanyado & A. Horne (Eds.), *The handbook of child and adolescent psychotherapy: psychoanalytic approaches* (ss. 141-158). London: Routledge.
- Rauch, P. K., & Jellinek, M. S. (2002). Paediatric consultation. I M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4th ed.; ss. 1051-1066). Oxford: Blackwell.
- Regionscenter for BUP/Voksne for Barn (2001). *Familier med langvarige syke barn ved norske sykehus. Rapport*.

- Roberts, M. C. (1986). Consultation with pediatricians and allied personnel. I M. C. Roberts. *Pediatric psychology: Psychological interventions and strategies for pediatric problems* (ss. 21-52). New York: Pergamon.
- Roberts, M., & Wright, L. (1982). The role of the psychologist as a consultant to pediatricians. I J. Tuma (Ed.), *Handbook for the practice of pediatric psychology* (ss. 251-289). New York: Wiley.
- Seaburn, D. B. (1996). Key ingredients for effective collaboration. I D. B. Seaburn (Ed.), *Models of collaboration. A guide for mental health professionals working with health care practioners* (ss. 47-70). New York: Basic Books.
- Smith, T. W., & Nicassio, P. M. (1995). Psychological practice: Clinical application of the biopsychosocial model. I P. M. Nicassio & T. M. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspective* (ss. 1-32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sourkes, B. M. (1996). *Armfuls of time. The psychological experience of the child with a life-threatening illness*. London: Routledge.
- Stabler, B. (1988). Pediatric consultation-liaison. I D. K. Routh (Ed.), *Handbook of pediatric psychology* (ss. 538-566). New York: Guilford Press.
- Stocking, M., & Grosser, G. (1972). Psychopathology in the pediatric hospital. Implications for community health. *American Journal of Public Health*, 62, 551-556.
- Stuber, M. (1996). Psychiatric sequelae in seriously ill children and their families. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19, 481-493.
- Vaglun, A. (2004). Barn med leddgikt og psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 10-15.
- Vandvik, I. H., & Fossen, A. (1989). Funksjoner og oppgaver for en barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon ved et regionsykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 109, 3440-3443.
- Vandvik, I. H. (1994). Collaboration between child psychiatry and paediatrics: The state of the art. *Acta Pædiatrica*, 83, 884-887.
- Vandvik, I. H., & Diseth, T. D. (1996). Tilstander med somatiske presentasjonsformer. I H. Bjella, G. Haaland & T. S. Nøvik (Red.), *Veileder i barnepsykiatri* (ss. 65-67). Oslo: Den norske lægeforening.
- Van Dias, S. (1990). Paediatric psychotherapy: The development of a technique for a service in a general paediatric outpatient clinic. *Journal of Child Psychotherapy*, 16, 7-20.
- Williams, J., & DeMaso, D. R. (2000). Pediatric team meetings: The mental health consultants role. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5, 105-113.
- Wolraich, M. L. (1999). The referral process. The pediatrician as a gatekeeper. I R. T. Brown (Ed.), *Cognitive aspects of chronic illness in children* (ss. 15-44). New York: Guilford Press.