

Sykehus-BUP: Tverrfaglig biopsykososial praksis i somatikken

Et helhetlig og multifaktorielt behandlingsperspektiv kan redusere belastning og risiko for psykisk uhelse hos barn med somatisk sykdom.

TEKST

Trond H. Diseth

Linn B. Herner

PUBLISERT 2. desember 2024

EMNER

Biopsykososial

Barn og unge

BUP



Trond Diseth (foto: Knut Ivar Aarstein) og Linn B. Herner (foto: Åsne R Hillestad/UiO)

Barn er tydeligere og mer umiddelbare i sine behov og formidling enn voksne. Å komme til et sykehus kan være ubehagelig og skummelt for både voksne og barn, men ubehaget uttrykkes oftere i gangene på en barneklinnk. Barn og unges behov for oversikt, forutsigbarhet og kontroll når de skal på sykehus, gjelder for hele livsløpet, og slik sett viser barna vei til god tverrfaglig praksis i somatikken.

De siste tiårene har det vært en endring i sykdomspanoramaet hos barn og unge. Biomedisinske teknologiske fremskritt har bidratt til at flere overlever ekstremt premature fødsler, medfødte misdannelser, alvorlig sykdom og fysiske traumer. Samtidig har forekomsten av sammensatte, stressrelaterte tilstander økt. Behovet for en helhetlig tverrfaglig kompetanse i somatikken er betydelig, det er et behov vi ser daglig i våre møter med barn og unge med somatisk sykdom og somatiske plager. Det biopsykososiale perspektivet er grunnleggende for både utredning, behandling og forankring av hjelpetilbudet lokalt, og for samarbeid mellom øvrige linjer av

helsetjenesten og andre instanser. En fremvoksende helhetlig forståelse basert på en biopsykososial tilnærming utfordrer et fortsatt dualistisk helsevesen og dets organisering av helsetilbudet til somatisk syke barn. Utviklingen av sykdomspanoramaet hos barn og unge understreker behovet for en helhetlig tilnærming, som gjør det nødvendig med et tett, nært og respektfullt samarbeid på tvers av somatikk og psykisk helse.

Ved Barne- og ungdomsklinikken på Oslo universitetssykehus (BAR OUS) inngår oppfølging av psykisk helse som en integrert del av sykehusets totale helsetilbud til barn og unge innlagt for en somatisk lidelse eller symptomatologi. Med en biopsykososial sykdomsforståelse og tilnærming organiseres psykososialt fagpersonell i tverrfaglige team rundt pasientløp som barnekreft, medfødte misdannelser, syke nyfødte og premature, hjerte- og lungesyke, revmatologiske, nevrologiske og endokrinologiske tilstander, ulykker, intoks, mishandling, samt funksjonelle somatiske symptomtilstander. Mandatet og målet er å bidra til god sykdomsmestring og forebygge uheldige psykososiale sykdomskonsekvenser for både pasient og familie gjennom pasientbehandling, veiledning og undervisning av sykehuspersonale, samt tverrfaglig klinisk forskning.

Historisk perspektiv

Den første barnepsykiatriske avdelingen i Norge ble etablert i 1950 på Rikshospitalets Barneklinnikk (BUP-RH). Rikshospitalets overlegeråd ønsket en egen BUP-avdeling integrert i klinikken, den gang med mandat om å gjennomføre utredninger for vergeråd, skoler og barnehjem. Dette var en ren sengeavdeling (11 senger) ledet av egen overlege og dosent i barnepsykiatri. Mellom 1953 og 1968 var Rikshospitalets Barneklinnikk eneste godkjente utdanningsinstitusjon for leger innen barne- og ungdomspsykiatri. I forbindelse med etableringen av Statens Senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU) i 1968 ble BUP-RHs både faglige ressurspersoner og senger overført dit, slik at RH sto igjen uten et BUP-tilbud. RHs ledelse så imidlertid behovet for et BUP-tilbud til Barneavdelingens pasienter og ansatte dermed i 1970 en egen psykolog, som ble starten for et nytt psykososialt tilbud. Utover 1970-tallet var det fra helsemyndighetenes side et uttalt ønske om å knytte barne- og ungdomspsykiatri og somatikk nærmere sammen, og RH fikk øremerkede midler til å opprette et tverrfaglig BUP-team. Landets første barnepsykiatriske sykehusteam (S-BUP) ble således opprettet i 1976. Teamet hadde tre fagpersoner og ble organisert som en egen seksjon på Barneklinnikken.

«Innleggelse på sykehus før 5 års alder utgjør fremdeles risiko for senere psykisk uhelse»

Etter etableringen av Oslo universitetssykehus i 2010 har teamet vokst. I omorganiseringsfasen var det en utfordrende prosess om BUP-seksjonen på RH skulle

beholde tilhørighet til pediatrien eller organiseres under den generelle barne- og ungdomspsykiatrien; etter sterkt tverrfaglig engasjement endte prosessen med fortsatt organisering under pediatrien. Fremveksten fra én psykologstilling i 1970 til en avdeling med 50 stillinger i 2024 viser at pediatrien virkelig har ønsket et fullt integrert psykososialt team i egen klinikk. Dette ønsket har altså rot i positive erfaringer med å ansette én psykolog i egen barneavdeling; nesten 50 år etter stadfester den nye sykehusloven (2016) det samme behovet for psykologer inne på alle landets barne- og ungdomsmedisinske avdelinger. Fremveksten av de til nå over 50 stillingene viser at både somatikken og sykehusledelsen ser at et integrert tilbud på tvers representerer en avgjørende forskjell for våre felles barnepasienter og deres familier. Men hvorfor trenger vi biopsykososial behandling, og hva innebærer behovet for helsevesenet?

Somatisk sykdom og psykisk uhelse

For 25–30 % av barna som er på norske sykehus i løpet av oppveksten, bruker vi nå mer og mer fagressurser på såkalte livsløpssykdommer (Diseth, 2014). Av norske barn og unge har 15–18 % en kronisk somatisk sykdom, 8–12 % har en alvorlig kronisk somatisk sykdom med behandling som påvirker dem gjennom hverdagen; de vanligste tilstandene her er astma, allergi og eksem. Tilstanden som har økt mest, er gruppen vi kan kalle overleverne, som takket være dagens høyteknologiske medisinske utvikling overlever sin medisinske tilstand som barna før døde av. I løpet av de siste 30–40 årene har overlevelse for kreftsykdom økt fra 30 til 90 %, og organtransplantasjon fra 0 til 85 %. Vi redder livet til alvorlig premature helt ned til overkant av 300 gram. I disse tallene ligger også en økende andel barn og unge med negative sykdoms- og sykehus erfaringer i form av smerte-, stress- og traumatiske erfaringer. En annen gruppe som også har økt de senere 10–15 år, er de stressrelaterte funksjonelle somatiske symptomtilstandene, som i dag utgjør 15–25 % av norske barn (Helgeland & Diseth, In press).

Gruppen barn og unge med en alvorlig kronisk somatisk sykdom inkluderer mange flere betydningsfulle forhold enn selve den somatiske diagnosen. I vår tverrfaglige tilnærming står det helt sentralt å arbeide frem formaliserte prosedyrer for å minske separasjon, tap av kontroll og erfaring med smerte, stress og traumer ved sykehusinnleggelser og under behandlingsprosedyrer. Videre står også det å etablere rutiner og arbeidsformer for å sikre gode samarbeidsrelasjoner, økt forutsigbarhet, kontroll og oversikt gjennom hele pasientforløpet sentralt. Bakgrunnen er en rekke elementer som betegner gruppen, som vi vil nevne her.

Sykehusinnleggelser

Innleggelse på sykehus før 5 års alder utgjør *fremdeles* risiko for senere psykisk uhelse. Forskning viser at risikoen varierer noe basert på antall og varighet av innleggelser, samt type utrednings- og behandlingsprosedyrer. Risikoen for psykisk uhelse etter innleggelser bunnar i ulike belastninger:

Adskillelse – separasjon – kan representere en betydelig belastning ved sykehusinnleggelser. Det omfatter fravær av nær omsorgsperson og adskillelse fra alt

det kjente. Allerede på 1970-tallet påviste studier alvorlige krisereaksjoner hos barn ifm. hospitalisering, samt risiko for langvarige følelses- og atferdsmessige vansker.

Kunnskapen om dette førte til at vi i Norge etter hvert fikk «Forskrift om barn og unges opphold i helseinstitusjon», men da så sent som i 1988. Forskriften definerer barns rett til egne avdelinger tilpasset deres utviklingspsykologiske behov, rett til aktivisering og undervisning, samværsrett med pårørende og dermed dekning av pårørendes utgifter, samt rett til alderstilpasset informasjon. En viktig oppgave for et psykososialt team er å være forskriftens «fanebærer» og å heve fanen høyt når stadig økte krav om produktivitet, effektivitet og lønnsomhet truer forskriftens formål.

Tap av kontroll er en annen belastning, som utgjør for barnet å måtte underkaste seg vanskelige situasjoner i utrednings- og behandlingsprosedyrer. Et viktig mål i arbeidet, utover forebygging gjennom informasjon og forberedelse, blir å hjelpe barnet til raskest mulig å gjenvinne kontroll over situasjonen bl.a. via innlærte mestringsstrategier som avspenning, avledning, eksternalisering og hypnoterapi. Et grunnleggende element er at foreldre skal støttes i rollen som samarbeidspartner, trøster og heilagjeng for barnet, og ikke delta aktivt som utøvere av prosedyrer som kan representere tap av kontroll for barnet.

Smertefulle prosedyrer, altså medisinske prosedyrer og operative inngrep, utgjør en siste hovedgruppe av belastninger. Frem til de siste 30 årene ble flere inngrep og prosedyrer utført uten tilstrekkelig smertestillende medisin eller narkose. Det skjedde ut fra myter om at sped- og småbarn ikke føler smerte grunnet en ikke ferdig utviklet smerterespons, og myter om at barn i hvert fall ikke husker smertefulle eller traumatiske opplevelser. Klinikk og forskning viser det motsatte; barn har en sterkere smerteopplevelse, kraftigere smerterespons og en større individuell variasjon i smerteresponsen enn voksne. Videre viser nyere studier at smerte, stress og traumer kan ha en negativ nevrobiologisk effekt på en sårbar hjerne under utvikling, både fysiologisk og strukturelt (Diseth, 2005; Teicher & Samson, 2016). I tillegg må helsepersonell være klar over mekanismer som innlært smerterespons og sensitisering av nervesystemet (Noel et al., 2010). Smerte «huskes», og barnet vil ved gjentatte smertefulle stimuli oppleve smerten som mer og mer intens. Smerte, stress og traumer hos sykehusinnlagte barn er dessverre fremdeles underestimert og underbehandlet. Disse faktorene er assosiert med risiko for utvikling av følelses- og atferdsmessige problemer. For helsepersonell blir derfor holdninger og tiltak avgjørende for barnets opplevelser på sykehuset.

Barn som skal gjennom medisinske prosedyrer, trenger helsepersonell som erkjenner eventuelle tidligere smerteopplevelser, og som anerkjenner foreldrenes opplevelse og reaksjoner. Helsepersonellet bør alltid vurdere om aktuelle prosedyrer må gjennomføres, og hvis ja: om den kan gjennomføres på en annen måte. Hvis ikke bør man stille spørsmålet om prosedyren må gjennomføres nå, eller om det finnes tid til forberedelse. Hvis den faktisk må gjennomføres der og da, bør man tilstrebe mest mulig rolig og positiv atmosfære i egne behandlingsrom med aktiv deltagelse fra barnet hvor man gir barnet valgmuligheter: alt for å vektlegge mestring og kontroll. Det skal gis

adekvat smertebehandling i form av både farmakologiske og ikke-farmakologiske intervensjoner, inkludert god informasjon og forberedelse, samt tilbud om ulike avlednings- og avslapningsteknikker, hypnoterapi og musikkterapi.

Kronisk og alvorlig somatisk sykdom

Somatisk sykdom kan i seg selv være en risiko for utvikling av emosjonelle, sosiale og familiære vansker. Vi ser en fordobling til tredobling av psykisk uhelse sammenlignet med somatisk friske barn (dvs. 12–15 % x 2–3); altså vil til enhver tid 30–50 % av sykehusinnlagte barn ha en barnepsykiatrisk diagnose i tillegg til sin somatiske tilstand (Diseth, 2014; Diseth, 2006).

Forskning tilsier at risikoen i stor del er avhengig av sykdommens symptomatologi, forutsigbarhet og synlighet (Diseth, 2014). Sykdommens alvorlighetsgrad har betydning, og moderat grad gir større risiko enn alvorlig. Videre påvirker grad av synlighet; skjulte symptomer gir større risiko enn synlige. I hvilken grad symptomene er forutsigbare, er også en prediktor; et ukontrollert symptom gir større risiko enn et kontrollert symptom. I tillegg spiller utviklingspsykologiske, familiære og sosiale forhold inn.

Familieforhold og foreldrereaksjoner

«Familieforhold og foreldrereaksjoner kan forsterke og vedlikeholde belastninger ved barnets somatiske sykdom»

Familieforhold og foreldrereaksjoner er sentrale for barns håndtering av sykdommen, og kan forsterke og vedlikeholde belastninger ved barnets somatiske sykdom.

Forskning viser at fravær av depresjon hos foreldre, god tilpasning i ekteskapet, god støtte fra familie og nettverk og åpen foreldre–søsken-kommunikasjon er beskyttende faktorer (Diseth, 2014). Imidlertid ser vi ofte foreldrereaksjoner preget av sjokk, angst, usikkerhet, aggresjon, depresjon, sorg, skam- og skyldfølelse. Reaksjonene kan prege foreldre i årevis, også i generasjoner. De kan også påvirke parforholdet, det somatisk syke barnet og videre søsken negativt. Foreldres helsekompetanse er funnet å relatere til sykdomsutviklingen hos barn, der lavere helsekompetanse assosieres med mindre helsefremmende atferd (Mannsaker et al., 2021). Slike forhold stiller ekstra krav til god kommunikasjon i pediatrien.

Kunnskap om ulike somatiske, utviklingspsykologiske og familiære forhold belyser viktigheten av en arbeidsmodell som hviler på helhetlig multifaktoriell forståelse: en biopsykososial tilnærming.

Dagens arbeidsmodell og faglige fundament

Dagens moderne barne- og ungdomsmedisin har nå gått fra søkelys på «kasus» til «individ», fra det å fokusere på barnet som et «kasus» (latin; «sykdomstilfelle») til dagens vekt på det hele barnet: «individuus» (latin; «udelelig»). I tråd med dette er den moderne barne- og ungdomsmedisinens faglige fundament en helhetlig, multifaktoriell sykdomsforståelse. I en slik biopsykososial sykdomstilnærming erkjenner vi at det foreligger komplekse interaksjoner mellom ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i forståelsen av predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer ved all sykdom. For å kunne innta og opprettholde en slik felles biopsykososial sykdomsforståelse må vi inneha kunnskap om tre viktige perspektiver: *biologiske perspektiv*, inkludert genetisk og fysisk sårbarhet, nevrologisk utvikling og somatisk sykdom, symptomer og behandling; *psykologiske perspektiv*, inkludert utviklingspsykologiske, kognitive, relasjonelle og tilknytningsfaktorer; og *sosiale perspektiv*, med foreldre- og familiefungering, samspill og kommunikasjon, sykdomserfaring, sykdomsforståelse, søskentematikk, skolemessige og sosioøkonomiske forhold.

Dette helhetlige, multifaktorielle fugleperspektivet på sykdom og helse representerer den felles himmelen vi beveger oss under. Men hvordan kan vi rent praktisk forholde oss til og gjennomføre dette i vår kliniske hverdag, der travelhet, subspesialisering og dikotom tenkning fortsatt råder? Hvilke metoder har vi i vår verktøykasse?

Verktøykasse og metodikk

Verdens helseorganisasjon (WHO) stiller et overordnet krav om at vi gjennom biopsykososial kunnskap om barnets sykdom, symptomatologi og sykdomsbelastning, barnets utvikling og reaksjoner, familiesamspill og foreldrereaksjoner skal behandle og forebygge med mål om at barnet uavhengig av alder og familie skal leve med sin somatiske sykdom uten begrenset livskvalitet. For å oppfylle dette kravet mener vi at støtte til barnet og familien med tanke på best mulig sykdomsmestring må stå sentralt i alt vårt arbeid overfor barn på sykehus.

**«... støtte til barnet og familien
med tanke på best mulig
sykdomsmestring må stå
sentralt i arbeid overfor barn på
sykehus»**

En biopsykososial tilnærming er i seg selv teorinøytral. Metodene vi bruker overfor barn på sykehus, hviler først og fremst på anerkjent evidens- og kunnskapsbasert individual- og familierapeutiske tilnærminger valgt ut fra pasienten og dens behov. For helsepersonell som arbeider med psykisk helse i pediatrien, vil det i tillegg være viktig med metoder som bidrar til å gi barnet mulighet til å skaffe seg kontinuerlig oversikt, forutsigbarhet og kontroll. Ulike mestringsverktøy som å lese, endog lage eventyr sammen med barnet, eksternaliseringsteknikker som tegning og dataspill,

avlednings- og avspenningsteknikker, hypnoterapeutiske teknikker, musikkterapi, friluftsterapi, korttidsterapi og familiesamtaler er sentrale her.

Tverrfaglighet under press

Sykehusene er preget av stadig økte krav om effektivisering, som bl.a. viser seg i reduserte antall sykehusinnleggelses og liggedøgn. Situasjonen setter det helhetlige helsetilbudet under press. Oppgaven for den kliniske helsepsykologen og øvrige fagpersoner i det tverrfaglige teamet blir dermed enda viktigere, og en del av mandatet til den psykososiale helsetjenesten blir å fungere som veiledende instans inn mot somatikken. Både internasjonalt og nasjonalt brukes begrepet konsultasjons-liaison-tjeneste (KL-tjeneste) om psykososiale tjenester som er rettet mot somatiske avdelingers pasienter og personale. Begrepet kommer fra det engelske consultation-liaison (CL), basert på det latinske «consulere» = rådspørre og «ligare» = binde sammen.

Med *konsultasjonstjeneste* mener vi en psykososial fagpersons vurdering av en pasient, med bakgrunn i en somatikers tilkalling ved behov med tanke på diagnose og behandling. For en slik oppgave bruker vi vanlig BUP-diagnostikk og behandling. På en somatisk barneavdeling utføres konsultasjonsarbeid ved indirekte eller direkte vurdering av innlagte barn, foreldre, søsken med tanke på diagnose og behandlingsbehov, bl.a. ved fast deltagelse på tverrfaglige møter på barneposten. En tverrfaglig drøfting kan eksempelvis bidra til forlengelse av et barns innleggelse, utsettelse av et inngrep for å gi mer tid til forberedelse eller anbefaling om organisering av helsetjenesten i en palliativ fase.

Med *liaison*tjeneste menes at en psykososial fagperson er tilknyttet en somatisk enhet og fungerer som bindeledd («ligare») mellom pasientgruppen og personalet på avdelingen for økt vekt på psykologiske og psykososiale aspekter. Det innebærer kompetanseheving gjennom veiledning og undervisning. På en barneavdeling blir dermed liaisonarbeid en oppfølging av barneavdelingen gjennom previsit, visittgang, tverrfaglige møter, undervisning på avdelingsmøter og veiledning på gruppenivå for å sammenbinde psykologiske aspekter i møte med pasienten og personalet. Det innebærer også tolkning og «oversettelse» av foreldres normale krisereaksjoner overfor somatisk helsepersonell.

De tre viktigste oppgavene i et slikt KL-arbeid blir dermed å være barnets og familiens psykososiale «advokat» under sykehusinnleggelsen, med barnets emosjonelle og utviklingsmessige behov i fokus; å tilby råd og støtte til somatikerens i en vanskelig klinisk situasjon; samt formell undervisning og kompetanseheving av det somatiske teamet.

For å kunne oppfylle mandatet kreves det en ledelsesforankret anerkjennelse av behovet for samarbeid på tvers av somatikk og psykisk helse. Videre kreves det en anerkjennelse av at tilbudet er kontinuerlig tilgjengelig og geografisk nær, helst under samme tak. Samarbeidet på tvers må dessuten være forankret i et felles faglig fundament og språk: et biopsykososialt sykdomsperspektiv. Tid og evne til tverrfaglighet og en gjensidig faglig respekt, tillit og lojalitet er en viktig forutsetning.

En gjensidig forventning om disse egenskapene og ferdigheter på tvers bør bygge på en trygg, faglig identitet og tilhørighet i en større tverrfaglig gruppe. Innsikten om dette ligger hos og utøves av den enkelte, men er også et sentralt lederansvar.

I fremtiden

I utgangspunktet er et fortsatt dualistisk helsevesen hverken organisatorisk eller faglig i stand til å fange opp, vurdere, forstå eller behandle den betydelige andel av pasienter med behov for tverrfaglig, biopsykososial tilnærming gjennom en utredning og behandling. Endringen i den norske barnebefolkningens sykdomspanorama har gitt en økning av pasientgrupper som krever en helhetlig sykdomstilnærming allerede ved henvisning og mottak på somatisk barnepoliklinikk eller sengepost. Klinisk helsepsykologisk kompetanse står helt sentralt i dette. En dualistisk tilnærming kan bidra til forverring av både fysiske og psykiske helseparametre, og bidra til svekket livskvalitet og opplevelse av mestring.

Et helhetlig biopsykososialt behov kan imøtekommes med barne- og ungdomspsykiatriske enheter organisert i somatikken for der å representere en fullverdig integrert del av sykehusenes totale tilbud. Gjennom vår avdelings historie har vi sett at et tverrfaglig, gjensidig respektfullt samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern har stor betydning i den daglige pasientbehandlingen.

Helsepsykologens plass på en barnemedisinsk avdeling er en del av en *fremtidsrettet medisin*: en helhetlig barne- og ungdomsmedisin som innebærer en tverrfaglig tilnærming basert på en biopsykososial forståelse med individet, det «hele» barnet, i sentrum. Vi ser heldigvis i økende grad eksempler på at det helhetlige perspektivet også kan ivaretas i barnets hjemkommune, i et samarbeid mellom lokal barneavdeling, lokal BUP, fastlege, skole og PPT. Samtidig ser vi fortsatt et stort behov for en opprustning av stillinger og tjenester i både første-, andre- og tredjelinjen, slik at pasienter kan få god, helhetlig oppfølging, både under og etter behandling på sykehus.

Merknad. Ingen oppgitte interessekonflikter

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 12, 2024, side 876-881

TEKST

Trond H. Diseth

KONTAKT: trond.diseth@ous-hf.no

Linn B. Herner

+ Vis referanser

Diseth, T.H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma - an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 79-91.
<https://doi.org/10.1080/08039480510022963>

Diseth, T.H. (2006). Dissociation following traumatic medical procedures in childhood: A longitudinal follow-up. *Development and Psychopathology*, 18, 233-251.
<https://doi.org/10.1017/S0954579406060135>

Diseth, T.H. (2014). Kronisk somatisk sykdom og symptomatologi hos barn og unge. I A.A. Dahl, J.H. Loge & T.F. Aarre (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 674-694). Cappelen Damm Akademisk.

Helgeland, H. & Diseth, T.H. (In press). Funksjonelle symptomer og tilstander. I Norsk Barnelegeforening (Red.), *Generell veileder i pediatri*. Den Norske Legeforening.

Mannsåker, I.K. R., Vågan, A., Geirdal, A.Ø. & Stenberg, U. (2021). Hospital social workers' contributions to increasing health literacy among parents of acutely and critically ill children. *European Journal of Social Work*, 26(1), 121-133.
<https://doi.org/10.1080/13691457.2021.2016645>

Noel, M., McMurtry, C.M., Chambers, C.T. & McGrath, P.J. (2010). Children's memory for painful procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of pediatric psychology*, 35(6), 626-636. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp096>

Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, p57(3), 241-266.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>