

Sluttrapport

HELSEPSYKOLOGI I SOMATISK SYKEHUS

Søkerorganisasjon: Norsk Revmatikerforbund, prosjektnr 2011/3/0063.

Prosjektleder: Nina Lang

Forord

Prosjekt klinisk helsepsykologi ved Diakonhjemmet Sykehus ble igangsatt 1.1.2012, og avsluttet i 2014 da virksomheten ble videreført i daglig drift. Målet var å utvikle modeller for bruk av psykologisk kunnskap og intervensjoner i behandling av somatisk syke pasienter. En faglig artikkel om implementering av klinisk helsepsykologiske tiltak i somatisk sykehus, der prosjektet brukes som eksempel, i ferd med å bli ferdigstilt.

Medarbeidere i prosjektet

Det er tre psykologspesialister som har drevet de daglige aktivitetene fremover; Nina Lang (prosjektleder, nå Enhetsleder), Ingrid Hyldmo og Elin Fjerstad. Forsknings- og fagutviklingsleder/psykologspesialist Torkil Berge har vært knyttet til prosjektet i 25 % stilling. Psykiater Petter Ekern har vært aktiv i planleggingen av prosjektet og har vært engasjert i ca 10 % stilling. Professor Arnstein Finset, som del av sin stilling ved Medisinsk fakultet, UiO, har jobbet ca. 10 % i prosjektet. Kontaktperson vedrørende prosjektet er Nina Lang, nina.lang@diakonsyk.no.

Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet/målsetning

I en biopsykososial forståelse av somatisk sykdom er man opptatt av å behandle hele mennesket og av å se pasientens livsområder i sammenheng. En stor mengde forskning dokumenterer sammenhengene mellom psykologiske forhold og utvikling av og rehabilitering ved somatisk sykdom. Fagfeltet klinisk helsepsykologi gir muligheter for å styrke behandlingstilbudet for pasienten. Kroniske sykdommer, ofte livsstilssykdommer, krever tiltak utover medisinsk behandling, og psykologiske intervensjoner er ofte nødvendig for å få

til varig endring av helseatferd. Målet med prosjektet var å prøve ut, evaluere og implementere klinisk helsepsykologiske tiltak for pasienter og deres familier på et somatisk sykehus, som et supplement til medisinsk behandling.

Antall personer nådd i målgruppen for prosjektet

800

Prosjektgjennomføring/Metode

Prosjektet har vært forankret i toppledelsen. Prosjektet har vært samlokalisert og samorganisert med Psykiatrisk konsultasjonsteam. Det har vært 3 psykologspesialister i det daglige arbeidet.

Aktiviteter:

1. Klinisk helsepsykologisk bistand i form av korrtidsterapi og veiledet selvhjelp for somatiske syke pasienter med bl.a. angst, depresjon, utmattelse, smerter og problemer med etterlevelse
2. Identifisering, kartlegging og tiltak for depresjon ved hjerte- og karsykdom
3. Opplæring i klinisk kommunikasjon for leger og annet helsepersonell
4. Undervisning og veiledning av annet helsepersonell
5. Igangsetting av "Energityvene - veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi ved utmattelse og inflammatorisk revmatisk sykdom"
6. Utarbeide informasjonsmateriell og brosjyrer til pasienter
7. Synlighet, beskrivelse og dokumentasjon av klinisk helsepsykologisk arbeid
8. Undervisning for pasienter og pårørende
9. Samarbeid med Norsk Psykologforening. Initiativtaker til den første nasjonale konferanse om klinisk helsepsykologi
10. Utvikle og beskrive modeller for hvordan en klinisk helsepsykologisk tjeneste kan bygges opp og implementeres i andre helseforetak og på andre sykehus

Resultater og resultatvurdering

Prosjektet ser seg svært godt fornøyd med resultatet. Ca 350 pasienter har mottatt et klinisk helsepsykologisk poliklinisk tilbud og det er gjennomført ca 2000 konsultasjoner. Tjenesten blir godt evaluert av brukere og våre tiltak har stor overføringsverdi til andre sykehus. Vi er også svært fornøyd med å ha gjennomført mye undervisning og veiledning internt og eksternt,

samt å ha gjort vårt arbeid ved å ha publisert mange artikler og utarbeidet informasjonsmateriell til pasienter og pårørende.

Oppsummering/konklusjon/planer videre

Diakonhjemmet Sykehus har valgt å videreføre prosjektet gjennom sykehusets rammer og basert på sitt verdigrunnlag og den åpenbare nytten tjenesten har for pasienter, pårørende og annet helsepersonell. Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ble dermed opprettet i 2014. Prosjektet "Energityvene" vil fortsette med eksterne midler i 2015 og nye søknader om fagutviklingsprosjekter vil skrives i 2015. Vi jobber også sammen med brukerorganisasjonene mot en finansieringsordning for helsepsykologiske tjenester.

Produkter i prosjektet (nettside, brosjyre etc)

Se nettside; Diakonhjemmet sykehus, pasient og pårørende, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken for oversikt. Prosjektet har bl.a. laget brosjyrene Velkommen til Enhet for psykiske helsetjenester, Sykdom i kroppen – plager i sjelen. Vanlige krisereaksjoner, Vanlige krisereaksjoner (pårørende), Til deg som har plager med utmattelse og selvhjelpsnotater om Å være redd for sprøyter og blod, Angst og bekymring ved sykdom, Selvhjelp ved smerter, Selvhjelp ved utmattelse. For artikler, se sluttrapport.

Kapittel 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetning

I en biopsykososial forståelse av somatisk sykdom er man opptatt av å behandle hele mennesket og av å se pasientens livsområder i sammenheng. En stor mengde forskning dokumenterer sammenhengene mellom psykologiske forhold og utvikling av og rehabilitering ved somatisk sykdom. Fagfeltet klinisk helsepsykologi gir muligheter for å styrke behandlingstilbudet for pasienten. I Norge er det i dag et stort behov for å prøve ut måter å implementere fagfeltet på i det somatiske helsevesenet, blant annet fordi dagens store helseutfordring er at stadig flere mennesker får kroniske sykdommer. Kroniske sykdommer, ofte livsstilssykdommer, krever tiltak utover medisinsk behandling, og psykologiske intervensjoner er ofte nødvendig for å få til varig endring av helseatferd.

Vi søkte om et toårig prosjekt ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, som vi mente ville ha høy overføringsverdi til andre sykehus i landet. Målet med prosjektet var å prøve ut, evaluere og

implementere klinisk helsepsykologiske tiltak for pasienter og deres familier på et somatisk sykehus, som et supplement til medisinsk behandling. Dette inkluderte tiltak rettet mot:

- Mestring av kroniske sykdommer som revmatisk sykdom, mage-tarmsykdommer, KOLS, diabetes og kreft
- Forebygging av depresjon ved somatisk sykdom
- Panikklidelse og ikke-kardiale brystmerter
- Å styrke familieperspektivet i behandlingen av somatisk syke
- Å styrke kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient

Forarbeidet til prosjekt klinisk helsepsykologi startet allerede høsten 2009 ved opprettelse av stilling for psykologspesialist i Psykiatrisk Konsultasjonsteam. Prosjektet har vært drevet med interne og eksterne midler.

Kap. 2. Prosjektgjennomføring/Metode

Organisering

Prosjektet har vært forankret på toppledernivå i sykehuset med en styringsgruppe som har fulgt prosjektet meget tett. I tillegg har det vært en prosjektgruppe. Delprosjektene har hatt egne prosjektgrupper med representanter fra prosjektgruppen, avdelingsoverleger, enhetsledere og brukerutvalget. Prosjektet har vært samorganisert og samlokalisert med Psykiatrisk konsultasjonsteam, noe som har bidratt til god kommunikasjon med de kliniske avdelingene og økt forståelse for sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse. Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, opprettet 1.1.14, er et resultat av sammenslåing av Psykiatrisk konsultasjonsteam og Prosjekt klinisk helsepsykologi.

Økonomiske rammer

Frem til 31.12.2011 ble prosjektet drevet med interne midler fra Diakonhjemmet Sykehus. Vi har mottatt kroner 1.674.000 fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering og 1.6 millioner kr fra Helsedirektoratet. Prosjektet har vært egenfinansiert tilsvarende omlag 140 % psykologspesialiststilling. De tildelte midlene har i all hovedsak vært brukt til engasjement av psykologspesialister.

Grundig prosjektforberedelse før tildeling av eksterne midler muliggjorde rask igangsettelse av mange *aktiviteter*:

1. Klinisk helsepsykologisk bistand til pasienter og pårørende ved sykehuset.

Strukturert psykologisk behandling og kartlegging etter henvisning fra lege på post/poliklinikk. Bakgrunn for henvisningene har vært mestring av kronisk sykdom, behandling og forebygging av depresjon/angst, krisehåndtering, forberedelse og gjennomføring av medisinsk behandling, behandling av sprøytefobi, familiesamtaler, barn som pårørende når foreldre er døende, bearbeiding av traumatiske opplevelser (dramatiske operasjoner, være nær ved å dø, postoperativt delir, langvarig opphold ved intensivavdeling). Det har blitt lagt vekt på tett samarbeid med behandlende lege og annet helsepersonell. En brukerundersøkelse er nylig gjennomført, og de foreløpige resultatene tyder på at det er et stort behov for denne type tjeneste, og at psykologisk intervensjon bidrar til helhetlig behandling. Det gjennomføres en kvalitativ undersøkelse i starten av 2015 for ytterligere å belyse nytteverdien for pasienten.

2. Identifisering, kartlegging og tiltak for depresjon ved hjerte- og karsykdom.

Bakgrunnen for prosjektet var Helsedirektoratets retningslinjer (2009) for behandling av depresjon. Depresjon utgjør en vesentlig helserisiko for somatisk syke. For personer med hjertesykdom er depresjon omtrent en like sterk risikofaktor for død som røyking er. Det innebærer behov for å utarbeide metoder for systematisk screening og kartlegging, og å utvikle opplegg for rådgivning og veiledet selvhjelp ved depresjon og samtidig somatisk sykdom. Målet var å lage et system for rutinemessig oppfølging som lot seg tilpasse en hektisk sykehushverdag, og som kunne overføres til andre sykehus. Metodikk for samhandling med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (ved alvorlig depresjon) var sentralt. Samarbeidet med hjertepost ved medisinsk avdeling, om undervisning, veiledning og klinisk arbeid har fortsatt utover prosjektperioden. Helsepsykologene bidrar med fast undervisning for pasienter med kransåresykdom i regi av Lærings- og mestringssenteret (LMS). En artikkel basert på erfaringene fra prosjektet er under utarbeidelse.

3. Opplæring i klinisk kommunikasjon for nytilsatte leger.

Ledelsen ved sykehuset besluttet tidlig i prosjektperioden at alle nytilsatte leger skulle gjennomgå to dagers kurs i klinisk kommunikasjon. Professor Arnstein Finset ledet arbeidet med å utvikle kommunikasjonskurs basert på kurset Fire-gode vaner, et opplegg som kan dokumentere endring i legers kommunikasjonsferdigheter. Ved lansering av prosjektet på Diakonhjemmet ble det laget reportasje i NRK Dagsrevyen, med klipp fra kurset, intervjuer av pasient, Arnstein Finset og direktør for Statens Helsetilsyn Lars E. Hanssen, samt intervju med professor Per Fugelli. Klinisk kommunikasjon var dessuten hovedtema i sykehusets års-magasin Dialog i 2012, som distribueres til primærhelsetjenesten og er tilgjengelig på alle pasientrom, venteværelser etc. Vi har samarbeidet med Bærum Sykehus, Vestre Viken HF og med Sykehuset i Vestfold HF, som begge ønsket å hente kompetanse fra Diakonhjemmet Sykehus sin satsning på kommunikasjon. Ved begge sykehusene har vi avholdt et dagskurs for å gi innblikk i Diakonhjemmetmodellen for kompetanseheving innen kommunikasjon. I løpet av 2014 har Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med disse sykehusene, søkt og fått tildelt midler fra Helse Sør-Øst til å bistå de to andre sykehusene med å implementere kurs i klinisk kommunikasjon ved sine sykehus. Vi har også vært i kontakt med Legeforeningen i forbindelse med dette arbeidet. Vi har gitt undervisning til andre sykehus og helseinstitusjoner om den implementeringsmodellen som Diakonhjemmet Sykehus har utviklet.

Prosjektet deltok med plenumsforedrag på OCHER sin tredagers konferanse i januar 2013. Etter prosjektperioden har vi satt i gang et prøveprosjekt der fastleger fra Diakonhjemmets sektor inviteres til å delta på kursene. I samarbeid med kursholderne har vi skrevet en artikkel "Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag" som er publisert i Tidsskrift for Den norske legeforening (nr 20, 2014).

4. Refleksjonsgrupper for leger på Medisinsk avdeling

Legegruppen ved Medisinsk avd. har i lengre tid arbeidet med legerollen i møte med "den nye pasientrollen". Medarbeidere i prosjektet har bidratt med undervisning. Fra høsten 2013 ble det besluttet å etablere refleksjonsgrupper knyttet til temaet, og medarbeidere i

prosjektet har sammen med overlege ledet gruppene (to timer hver måned). Opplæring av gruppeledere og utarbeidelse av det faglige opplegget har skjedd i samråd med Legeforeningen og med bistand fra Professor Arnstein Finset. 16 leger har deltatt i dette. Det er gjennomført evaluering av prosjektet ved Professor Arnstein Finset, og erfaringene så langt er at gruppene oppleves meget nyttige. Medisinsk avdeling vurderer nå fortsettelsen av gruppene for 2015. Det vil bli skrevet en artikkel rettet mot Tidsskrift for Den norske legeforening om utvikling, gjennomføring og evaluering av disse gruppene.

5. Kommunikasjon for andre faggrupper, "fra portør til direktør".

Etter oppstart av kommunikasjonskurs for leger meldte også andre helseprofesjoner ved sykehuset sin interesse for kurs i klinisk kommunikasjon. Kurs og kompetanseavdelingen ved sykehuset forespurte prosjektet om å bidra inn i en tverrfaglig gruppe som skulle utvikle kommunikasjonskurs for sykehusets ansatte. Prosjektet har deltatt i arbeidsgruppens utvikling av tverrfaglige modulbaserte, gjentagende og meritterende kommunikasjonskurs ved sykehuset. Prosjektet har vært ansvarlig for opplæring av kursholdere og gjennomføring av 2-dagers kurs i klinisk kommunikasjon etter samme modell som legekursene (Fire gode vaner).

6. Energityvene - Veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi ved utmattelse og inflammatorisk revmatisk sykdom.

Bakgrunnen for delprosjektet er at utmattelse er et vanlig symptom ved mange kroniske sykdommer, som revmatisk sykdom, kreftsykdom, MS og ME/kronisk utmattelsessyndrom. Det er et symptom som pasienter opplever svært belastende, og som ofte bidrar til sykmelding og uførhet. Dessuten opplever mange at de får lite hjelp til å mestre hverdagen med utmattelse, og helsepersonell rundt om i landet etterspør mer kompetanse. Målet har vært å utvikle et opplegg for veiledet selvhjelp basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi som kan hjelpe pasientene til å håndtere de utfordringene som utmattelse gir, og samtidig sikre at tiltakene når mange ved å implementere dem bredt i hjelpeapparatet. Det har blitt utarbeidet manualer for individualbehandling hos psykolog, for helsepersonell ved gruppeintervensjon og for allmennleger som ønsker å tilby pasienter veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi, samt selvhjelpsmateriell til pasient. Opplegget prøves ut for pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom, men kan lett overføres til andre

sykdomsgrupper. Det ble søkt om godkjenning i REK, og det ble søkt om økonomisk støtte gjennom Norsk Revmatikerforbund hos Exstrastiftelsen helse og rehabilitering. Prosjektet ble tildelt kr 490.000 for videreføring i 2014-2015. Det vises til egen rapportering for prosjekt "Energityvene".

7. Synlighet, beskrivelse og dokumentasjon av klinisk helsepsykologisk arbeid.

Vi har lagt stor vekt på både muntlig og skriftlig formidling av pasienters og pårørendes behov for helhetlig behandling, og deres opplevelse av nytteverdien knyttet til helsepsykologiske tiltak, se under. I tillegg har det vært diverse intervjuer, blant annet i NRK (PULS), aviser, ukeblad og brukerorganisasjoners medlemsblader.

1. Fjerstad, E. & Berge, T. (2014). Når mor eller far har kroniske sykdom. Barn som pårørende. *Rapport om Barn 2014*, Voksne for barn.
2. Hamre, H. S. & Fjerstad, E. (2014). Brukeren vet best hvor skoen trykker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 21.
3. Fjerstad, E., Hyldmo, I., Wabø, L. & Høiseth, C.E. Barske gutter gråter. Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp og selvhjelpsverktøy ved traumatisk armbrudd. Under publisering i *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*,
4. Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, A., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 20, 1925–1926.
5. Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Det er hjelp å få. *Aftenposten*, 29.07.14.
6. Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Hva krever kronisk sykdom av helsevesenet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 408–419.
7. Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
8. Nordgren, T., Havik, O. & Fjerstad, E. (2014). Veiledet selvhjelp. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre, J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*, Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

9. Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2014). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Oslo: Aschehoug
10. Heyerdahl, E. U. R (2014). Mestringstro, sykdomspersepsjon og angst- og depresjonssymptomer ved hjertesykdom? En undersøkelse av hjerteopererte pasienter. Masteroppgave, UiO.
11. Lang, N., Hyldmo, I., Berge, T., Ekern, P. & Fjerstad, E. (2013). Kjære helseministeren. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 1,
12. Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2013). Svar til helseministeren. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
13. Fjerstad, E. (2013). Til nytte for kronisk syke? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 2
14. Fjerstad, E. & Hyldmo, I. (2013). Hva er helhetlig behandling når en skal dø og en skal fortsette å leve? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 214–217.
15. Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). ”Dantes Inferno” – psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 10, 1084–1086.
16. Fjerstad, E. (2013). Når mage-tarmsykdom plager mellom ørene. Psykiske reaksjoner ved fordøyelsessykdommer. *Fordøyelsen, Tidsskrift for Landsforeningen for fordøyelsessykdommer*, september.
17. Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2013). Kropp og sjel henger sammen. *Dagbladet*, 7. januar.
18. Berge, T. (2012). Faglig innledning. Psykologiske tiltak ved somatisk sykdom. I K. Frank & K. T. Hansen (red), *Du ser jo så godt ut. Kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
19. Berge, T & Fjerstad, E. (2012). Sprøyteskrek kan kureres. *Sykepleien*, 13
20. Berge, T & Fjerstad, E. (2012). Psykologisk behandling av sprøytefobi. I K. Frank & K. T. Hansen (red.), *Du ser jo så godt ut. Kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
21. Fjerstad, E. (2012). Frisk og kronisk syk – en vanskelig balansegang. Lederartikkel i *Dagbladets temaavis*.
22. Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2012). Barn som pårørende. *Fordøyelsen. Tidsskrift for Landsforeningen for fordøyelsessykdommer*.
23. Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2012 – 2013) Det gjør ikke bare fysisk vondt. Diverse medlemsblader (MS-bladet, Astma/Allergi, Extra, Revmatikern, Bechtereve´n).

24. Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 323–331.
25. Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk

8. Informasjonsmateriell og brosjyrer.

Kunnskap om vanlige psykiske reaksjoner på somatisk sykdom er viktig for å mestre sykdom og forebygge at somatisk sykdom gir psykiske plager og lidelser. Det har vært en prioritert oppgave å utarbeide lett tilgjengelig informasjon til pasient og pårørende, for en oversikt, se våre nettsider www.diakonhjemmetsykehus.no under meny/pasient og pårørende.

9. Undervisning, veiledning og konsultasjon internt og eksternt.

Prosjekt klinisk helsepsykologi har vært presentert i ulike faglige fora ved sykehuset; morgenmøter for leger, personalmøter, kontaktmøte for leger, smerteombudskole, fagmøter etc. Det har vært gitt veiledning i pasientsaker eller strukturert for en personalgruppe over tid. Det har vært samarbeid med Lærings- og mestringssenteret, Palliativt team og med gruppen som arbeider med barn som pårørende. Prosjektet har hatt eksternt undervisning og informasjon for psykologer, leger, sykepleiere, brukerorganisasjoner, Norsk Psykologforening, Helsedirektoratet og Helse Sør-Øst. Det har blitt undervist for forskergruppa ”Nettverk for Klinisk helsepsykologi” ved Universitetet i Tromsø. Prosjektet har også hatt en psykologstudent i hovedpraksis (full tid i 5 mnd.), som også skrev sin masteroppgave knyttet til klinisk helsepsykologi. Samarbeid med Universitetet angående hovedpraksisplasser og skriving av hovedoppgaver vil fortsette. Det har også vært undervist på utdanning i kognitiv terapi for helsepersonell ved Diakonhjemmet Sykehus og ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen.

10. Undervisning for pasient/pårørende

Prosjektet bidrar med undervisning på Lærings- og mestringssenterets faste kurs for pasient og pårørende ved diabetes, lungesykdom og hjerte-karlidelser og hjerneslag.

11. Samarbeid med brukere

Det har vært et nært samarbeid med brukerutvalget for å sikre brukerperspektivet. Representanter fra brukerutvalget har vært med i delprosjektgruppene og i den sentrale prosjektgruppen, og vi har sammen skrevet innlegg i Tidsskrift for Den norske legeforening.

12. Kick-off fagkonferanse

I mars 2012 ble det arrangert en tre timers "kick-off" fagkonferanse for sykehusets ansatte og inviterte gjester, med godt fremmøte. Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet Arne Johansen og sykehusets direktør Morten Skjørshammer innledet om betydningen av prosjektet. På konferansen hadde vi innlegg av bruker som fortalte om savn av en mer helhetlig tilnærming da hun fikk kreftsykdom.

13. Veiledning til psykologer

Helsepsykologene har jevnlig fått henvendelser fra andre psykologer om veiledning, og har i prosjektperioden hatt tre psykologer i veiledning.

14. Nasjonal konferanse og opprettelse av nasjonalt nettverk. Samarbeid med Norsk Psykologforening

Det har vært et samarbeid med Norsk Psykologforening om en nasjonal konferanse i klinisk helsepsykologi som vil bli arrangert 5.-6. mars 2015. Vi har hatt undervisning på Psykologforeningens lederkonferanse, på utvidet Sentralstyremøte og på felleskurs i psykologenes spesialisering. Det er flere fagmiljøer for klinisk helsepsykologi og behov for å samles i et nettverk for faglig kommunikasjon og stimulans. Prosjektet har deltatt i en sentral arbeidsgruppe i Norsk Psykologforening som har arbeidet med hvilken plass fagfeltet skal ha fremover. Arbeidsgruppen har også utarbeidet en egen modul til spesialisering av psykologer, som kan velges som del av spesialiseringen, omfang ca 1 år.

15. Deltakelse i den europeiske psykologforeningens Standing Committee on Psychology and Health.

En av medarbeiderne i prosjektet har deltatt som representant for Psykologforeningen. Prosjektet har også bidratt i med innlegg fra prosjektet i work shop, juli 2013: "Promoting health-enhancing behaviors and psychological well-being" på den 13. europeiske

psykologikongressen i Stockholm.

16. Utvikle samhandlingsmodeller med primærhelsetjenesten i samarbeid med fastlegekoordinatorene og andre samarbeidspartnere. Det har blitt innhentet informasjon om samhandlingstiltak som er igangsatt i andre bydeler, og det har blitt arrangert møte mellom bydelsoverleger i "våre" bydeler og bydel Søndre Nordstrand (som har et prosjekt med psykologer hos fastleger). I vårt kliniske arbeid har det i økende grad vært samhandling med fastleger, og vi er i gang med å prøve ut deltakelse i veiledning som Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen gir til fastleger i vår sektor. Videre har det blitt undervist om prosjektet med vekt på kasuistikk i kontaktmøte mellom alle legene i Diakonhjemmets sektor, både fra sykehus og primærhelsetjeneste.

17. Intern kompetanseheving.

Kognitiv terapi er den terapiform som har den mest omfattende dokumentasjonen for behandling av samtidig somatiske og psykisk plager. En prosjektmedarbeider har deltatt på videreutdanning i kognitiv terapi og to på veilederutdanning i kognitiv terapi. Prosjektet har arrangert en todagers veiledning med invitert besøk fra Landspítali på Island, professor Eiríkur Órn Arnason og nestor i klinisk helsepsykologi i Norge, Borrik Schjødt. Medarbeiderne har vært på studietur til helsepsykologiske miljøer i Sverige (Karolinska sjukhuset), Skottland og Spania, og vi har hatt hospiteringsbesøk fra St. Maartens klinikk i Nederland.

18. Utvikle implementeringsmodeller

En av våre oppgaver har vært å utvikle og beskrive modeller for hvordan en klinisk helsepsykologisk tjeneste kan bygges opp og implementeres også i andre helseforetak og på andre sykehus. Det har også vært jobbet med at aktivitetene i prosjektet skal bli godt forankret i sykehusets daglige drift, noe som skjedde ved etablering av Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken. Enhetens Helsepsykologiske poliklinikk er nybrottsarbeid, ettersom tilsvarende poliklinisk tilbud, så vidt vi vet, ikke finnes ved andre sykehus. Det gjøres nå et større arbeid med tanke på journalføring, registrering, inntektsføring etc, slik at Diakonhjemmet Sykehus kan fungere som modell for andre sykehus som ønsker å utvikle tilsvarende tjenester.

Kap. 3. Resultater og resultatvurdering

Prosjektet har vært rettet mot å utprøve og evaluere klinisk helsepsykologiske tiltak for pasienter og deres familier på et somatisk sykehus, som et supplement til medisinsk behandling. Vi har i perioden 2012 - 2014 behandlet ca 350 pasienter/pårørende, og i samme periode hatt ca 2.000 polikliniske konsultasjoner. Problemstillingene har inkludert mestring av kronisk og akutt sykdom, behandling av depresjon, angst- og panikklidelse, utmattelses- og smertetilstander, søvnproblemer, bearbeiding av traumatiske hendelser, familiesamtaler når en i familien har vært alvorlig syk, problemer med etterlevelse av medisinsk behandling ved for eksempel diabetes eller inflammatorisk revmatisk sykdom og forebygging av ytterligere utvikling av psykiske plager i tilknytning til somatisk sykdom. Vi ser oss fornøyd med resultatene fra prosjektet hva gjelder den kliniske helsepsykologiske virksomheten. Den helsepsykologiske tjenesten er en integrert del av sykehusets virksomhet og formelle strukturer i journalsystem er under utarbeidelse.

Som det fremgår av punktene nevnt i kap. 2 har prosjektet hatt mange andre aktiviteter knyttet til bl.a. undervisning og veiledning. Vi vil trekke frem arbeidet som er gjort med klinisk kommunikasjon. Sykehuset besluttet tidlig i prosjektperioden at kurs i klinisk kommunikasjon skulle være obligatorisk for alle nytilsatte leger. Senere har det blitt utviklet kurspakker også for annet helsepersonell. Diakonhjemmet Sykehus sin modell for implementering av kurs i kommunikasjon er ettertraktet og blir nå etterspurt av andre sykehus.

Et annet viktig område for prosjektet har vært å gjøre kjent det arbeidet som har vært gjort gjennom publisering av artikler, se oversikt under vedlegg/referanser. Vi er fornøyd med høy aktivitet på dette punktet, i tillegg til at vi har utarbeidet mye materiell til bruk for pasienter, se pkt 8 over.

Prosjektet har stor overføringsverdi til andre sykehus. Brukerorganisasjonene er klare i sin tale om at pasienten bør møtes med en helhetlig tilnærning, også i sin kontakt med somatisk spesialisthelsetjeneste. Vi er glade for samarbeidet med Brukerutvalget ved sykehuset og ulike Brukerorganisasjoner. Vi har også lagt vekt på å samarbeide med brukere i publisering av artikler basert på pasienthistorier.

Kap. 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Det har under hele prosjektperioden vært lagt vekt på videreføring etter prosjektets avslutning. Høsten 2013 besluttet sykehusets ledergruppe at prosjektet skulle videreføres i ordinær drift, og dermed ble *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* opprettet. Enheten har sitt virke i det somatiske sykehuset, og er organisatorisk knyttet til Voksenpsykiatriske avdeling, Vinderen. Enheten har følgende funksjoner:

- Akutt tilkallingsfunksjon for psykisk syke pasienter innlagt i de somatiske sengepostene (klinisk vurdering og konsultasjon). Tidligere Psykiatrisk konsultasjonsteam
- Helsepsykologisk tjeneste for pasienter som trenger behandling av psykiske plager som angst og depresjon, forebygging av psykisk sykdom og hjelp til mestring av somatisk sykdom
- Undervisning, veiledning og fagutvikling
- Fagformidling

Diakonhjemmet Sykehus har valgt å videreføre prosjektet gjennom sykehusets rammer og basert på sitt verdigrunnlag og den åpenbare nytten tjenesten har for pasienter, pårørende og annet helsepersonell. Det er utfordrende at det per i dag ikke er gode finansieringsrutiner for en helsepsykologisk tjeneste. Verken finansieringsordningen innenfor psykisk eller somatisk helsevern passer for denne type tjenester, noe som er en barriere for implementering av tilsvarende helsepsykologiske tjenester ved andre sykehus. Uten en passende finansieringsordning vil det være vanskeligere for andre sykehus å implementere liknende modeller, med mindre sykehusene får opprettelsen av liknende tjenester som oppdrag i styrende dokumenter. Vi vil derfor fortsette arbeidet mot bevilgende myndigheter for å få på plass en egnet finansieringsform. Vi vil arbeide parallelt for også å få helsepsykologiske tiltak inn i beskrevne pasientforløp for somatiske sykdommer.

Vi vil fortsette å søke om midler til utvikling av nye fagområder. Et eksempel er prosjektet ”Energityvene - Veiledet selvhjelp basert på kognitiv terapi ved utmattelse og inflammatorisk revmatisk sykdom”, som har mottatt støtte av Extrastiftelsen, deres ref.

2014/RBM9688 Energityvene (2013-3-78), se også pkt 6 over. Ekstern finansiering er svært viktig for å muliggjøre videre fagutvikling på området.

Ved behov for ytterligere informasjon, vennligst ta kontakt med undertegnede på mail nina.lang@diakonsyk.no eller telefon 90 64 13 83.

Med vennlig hilsen

Nina Lang

Prosjektleder/psykologspesialist Prosjekt klinisk helsepsykologi

Enhetsleder Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken

Diakonhjemmet Sykehus