



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for psykologi – det helsevitenskapelige fakultet

Klinisk helsepsykologi:

Pasienters erfaringer med Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet Sykehus – en kvalitativ undersøkelse

—

Ole Solli Kristensen & Lars Petter Røed

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol, mai 2016

Veileder: Svein Bergvik, UiT

Biveileder: Turid Dager, Diakonhjemmet Sykehus



Forord

Motivasjonen for valg av tema til hovedoppgaven bunner i en interesse for fagfeltet klinisk helsepsykologi. I forbindelse med en semesteroppgave våren 2014 ble det etablert kontakt med psykologene som har vært med å utvikle psykologtilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus, Nina Lang, Torkil Berge, Elin Fjerstad og Ingrid Hyldmo.

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT) ble opprettet 1. Januar 2014 etter en prosjektperiode på 2 år. Som en del av evalueringen av dette psykologtilbudet ble det gjennomført en brukerundersøkelse vinter og vår 2015. Brukerundersøkelsen inneholdt intervju og spørreskjema, og totalt 46 personer ble intervjuet. Denne hovedoppgaven har tatt utgangspunkt i intervjuene. Intervjuprotokoll ble utarbeidet av Diakonhjemmet, og intervjuene ble gjennomført av Helle Skogstad Riege. Problemstilling, dataanalyser og skriftlig fremstilling av denne hovedoppgaven er utført av oss under god veiledning. Vi har gjort de fleste datasøk, men fått tilsendt gode kilder fra ansatte ved Diakonhjemmet, blant annet Torkil Berge og Elin Fjerstad.


I forbindelse med skrivingen av vår hovedoppgave er det mange som fortjener en stor takk. Aller først ønsker vi å takke vår veileder Svein Bergvik som har bidratt med god veiledning, og konstruktive innspill i løpet av prosessen. Videre vil vi takke Turid Dager som også hadde mange gode innspill i analyseprosessen, spesielt i forbindelse vårt kvalitative analysemøte, og kommentarer i etterkant av dette møtet. En stor takk rettes også til Torkil Berge som ga oss nyttige tilbakemeldinger i løpet av prosessen og særlig mot slutten av vårt skrivearbeid. Andre ansatte ved Diakonhjemmet Sykehus som vi har vært i kontakt med har også vært til stor hjelp: Nina Lang, Elin Fjerstad og Helle Skogstad Riege. Det har vært både interessant og lærerikt å lære mer om tilbudet ved Diakonhjemmet, og vi gleder oss til å følge videre utvikling av det helsepsykologiske tilbudet i Norge.

Til slutt ønsker vi å takke familie og venner i løpet av prosessen, og en spesiell takk til Terje Røed-Larsen som leste korrektur før levering.

Universitetet i Tromsø, våren 2016



Ole Solli Kristensen



Lars Petter Røed



Svein Bergvik



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

Klinisk helsepsykologi:

Pasienters erfaringer med Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved
Diakonhjemmet Sykehus – en kvalitativ undersøkelse

Clinical health psychology:

*Patients' experience with "Unit for mental health in somatic health care"
Diakonhjemmet hospital – a qualitative study*

PSY-2901

Ole Solli Kristensen & Lars Petter Røed, UiT

Hovedveileder: Svein Bergvik, UiT

Biveileder: Turid Dager, Diakonhjemmet Sykehus

Hovedoppgave for graden Cand. Psykol.

Det Helsevitenskapelige Fakultet, Institutt for psykologi

UiT – Norges Arktiske Universitet

Vår 2016

Sammendrag

Diakonhjemmet Sykehus opprettet det første helhetlige psykologiske tilbudet ved et somatisk sykehus i Norge 1. Januar 2014: Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT). I den forbindelse gjennomførte de vinter og vår 2015 en brukerundersøkelse. Det er ikke gjennomført en systematisk evaluering av et slikt tilbud tidligere. Gjennom semi-strukturerte intervjuer ble pasientenes erfaringer med psykologtilbudet, men også hvordan det er å leve med sykdom kartlagt. Denne oppgaven har som problemstilling å undersøke hvilke erfaringer pasientene hadde av tilbudet, og hva som var psykologens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet. Utvalget besto av 12 deltakere som hadde benyttet seg av behandlingstilbudet. Gjennom å bruke fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) fant vi tre overordnede temaer: *Psykologfaglig tilnærming, helhetlig tilbud og samhandling*. Innenfor *psykologfaglig tilnærming* opplevde pasientene relasjon til psykologen som verdifull og videre fokuserte vi på de behandlerverktøy som bidro til innsikt hos pasientene. *Helhetlig tilbud* omhandlet hvordan psykologene bidro til en mer helhetlig tilnærming med sin psykologfaglige kompetanse, med forankring i den biopsykososiale modellen. *Samhandling* vektla hvordan psykologen bidro til bedre samhandling mellom pasient og annet helsepersonell men også i mellom helsepersonell. Resultatene belyser viktigheten av klinisk helsepsykologi i somatikken. Dette kan være av interesse for eksempel for andre sykehus i Norge.

Nøkkelord: Klinisk helsepsykologi, fenomenologisk fortolkende analyse (IPA), brukererfaringer, Diakonhjemmet Sykehus.

Klinisk helsepsykologi: Pasienters erfaringer med Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet Sykehus– en kvalitativ undersøkelse

Helsepsykologi er et fagfelt som har hatt betydelig vekst de siste årene, og det publiseres årlig på verdensbasis et betydelig antall fagartikler med både psykologisk og medisinsk innhold. I USA og flere andre land i Europa, som for eksempel Nederland, har fagfeltet helsepsykologi hatt større interesse enn i Norge. Fagfeltet har de siste årene også fått mer oppmerksomhet her i landet og kan sies å være et vekstfelt innenfor psykologien i Norge. Det er en økt politisk satsning på utvikling av et mer helhetlig sykehustilbud. Det er flere aktuelle eksempler på dette: For eksempel ønsker man at alle kommuner skal ha kommunepsykolog innen 2020. Tredje mars 2016 ble det som et ledd i nasjonal sykehusplan vedtatt å sikre at alle medisinske avdelinger for barn og unge skal ha psykologisk kompetanse tilgjengelig (St. meld 11, 2015). Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard uttalte i den forbindelse at dette var et av mange viktige skritt i riktig retning i utviklingen av det norske helsevesenet. Januar 2015 publiserte Helsedirektoratet en veileder for organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker der det stilles krav om tverrfaglig kompetanse som også inkluderer psykologfaglig kunnskap (Helsedirektoratet, 2015). Fagpolitisk er det også et stort engasjement. Norsk psykologforening (NPF) ønsker også å bidra til at pasienter får et bedre tilbud for behandling og oppfølging av psykisk helse også innenfor somatiske helsetjenester. Sammen med Norges revmatikerforbund, og Ja til lindrende enhet og Omsorg for barn lanserte NPF i mars 2015 en nasjonal allianse for helsepsykologi. Helsevesenet er i endring, og mange ønsker å bidra til et mer moderne og helhetlig helsevesen. Ikke minst ønsker også pasientene mer psykologisk kompetanse i behandling av somatiske lidelser. Dette er noe de har formidlet via flere brukerorganisasjoner, og noe man har erfart også i klinisk praksis (Fjerstad, Berge, Ekern, Hyldmo & Lang, 2014).

Tradisjonell helsepsykologi retter oppmerksomheten mot forebygging, livsstil og folkehelse. En har i et folkehelseperspektiv vært opptatt av hvilken betydning tanker, følelser og atferd har for opprettholdelse av god helse, utvikling og opprettholdelse av sykdom og helseplager. Det er blitt gjort mye helsepsykologisk forskning som støtter prinsippet om å legge vekt på det psykologiske aspektet hos mennesker med somatiske lidelser. Det foreligger for eksempel betydelig empiri innenfor behandling av hjerte og karlidelser. Personer innenfor denne

diagnosegruppen har vist seg å ha høyere forekomst av depresjon, 15-30 % i løpet av et år, sammenlignet med 5-15 % i normalbefolkningen (Van Melle et al., 2004).

Depresjon har også vist seg å være en uavhengig risikofaktor som øker sannsynligheten for utvikling av hjerte-karsykdommer, dødsfall etter hjerteinfarkt og dødsfall etter bypass-operasjon (Latchford, 2015). For angst viste Roest, Zuidersma og de Jonge (2012) at symptomer på generalisert angstlidelse predikerte hjerte-karsykdom 11 år senere.

Dagens sykdomsbilde har i større grad endret seg fra et fokus på akuttmedisin og epidemier, til kroniske sykdommer og livsstilssykdommer (Donaldson, 2001). En generell økning i både den aldrende populasjonen og kroniske sykdommer har endret sykdomsbildet i verden og har medført at helsevesenet står overfor nye utfordringer. Personer over 50 år har for eksempel dobbelt så stor sannsynlighet for å få en kronisk smertediagnose enn de under (Gatchel, 2005). En ser også at andelen av populasjonen over 65 år vil øke med 57 % innen 2030, noe som vil medføre ytterligere press og kostnader på dagens helsevesen (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007). Det er påvist en økt prevalens av høy komorbiditet innenfor en rekke kroniske lidelser som for eksempel kreft, diabetes, revmatisme og hjertesykdom (Latchford, 2015). Prevalensen øker dramatisk fra 2-3 ganger så høy forekomst av depresjon ved 1 langvarig sykdom, til 7 ganger hos personer med tre eller flere langvarige sykdommer.

Konsekvensene av komorbide fysiske og psykiske plager er betydelige, både på et individ- og samfunnsnivå. Chapman, Perry og Strine (2005) påviste en kostnadsøkning på minst 45 % hos personer med både fysisk og psykisk lidelse. Spitzer et al. (1994) screenet 1000 pasienter ved et somatisk sykehus for psykiske lidelser, og fant evidens for at de som ble diagnostisert med en psykisk lidelse gjennomsnittlig hadde et dårligere funksjonsnivå, flere dager sykemeldt og høyere helsekostnader. Med det økende fokus på hvordan utnytte helseressurser på en best mulig måte og med tanke på utfordringene dagens helsevesen står ovenfor, har integrering av psykologisk kunnskap og behandling i somatikken blitt viet større oppmerksomhet.

Klinisk helsepsykologi

Klinisk helsepsykologi legger vekt på at psykologiske prinsipper skal integreres i sykehusets behandling av pasienten og slik gi muligheter for å styrke

behandlingstilbudet til pasienter med somatiske sykdommer (Berge & Lang, 2011). Begrepet sier noe om bredden av fagområdet (helse) og at det anvendes i praksis (klinisk), samtidig som at det fremhever at det er en psykologisk fagdisiplin. Fagfeltet dekker et bredt område av psykologiske disipliner som blant annet nevropsykologi, kognitiv psykologi og gerontopsykologi (Belar & Deardorff, 2009). Klinisk helsepsykologi er videre sterkt forankret i den biopsykososiale modellen.

Den biopsykososiale modellen. Klinisk helsepsykologi har sitt utgangspunkt i den biopsykososiale modellen for sykdomsforståelse (Engel, 1977). Modellen ble utviklet som en reaksjon på den biomedisinske modellen som har utgangspunkt i dekartiansk dualistisk forståelse, som vektlegger medisinske faktorer og i mindre grad integrerer psykologiske faktorer for behandling av sykdommer. Engel erkjente at biomedisinsk forskning har bidratt til store framskritt innenfor medisin, men kritiserte den for å ha et reduksjonistisk syn på sykdom som ikke vektla pasientens subjektive erfaring (psykologi) eller bakgrunn (sosial) (Borrell-Carrió, Epstein & Suchman, 2004). Den biopsykososiale modellen postulerer at helsepersonell må vektlegge både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer ved sykdom, og man ønsket med dette å innføre en mer helhetlig sykdomsforståelse. Et eksempel på dette er sammenhengen mellom sosiale faktorer og sykdom. Det foreligger betydelig evidens for en sammenheng mellom sosioøkonomisk status, utdanning og forventet levealder. Den biopsykososiale modellen peker på at sammenhenger som dette er komplekse og multifaktorielle. Faktorer som trekkes frem er pasientens sykdomsforståelse, forventning om behandlingseffekt, atferd (for eksempel etterlevelse og livstil), mestring og tilpasning (Latchford, 2015).

Borrell-Carrió, Epstein og Suchman (2004) tar for seg tre viktige områder hvor den biopsykososiale modellen bidro til et paradigmeskifte. 1) Engel mente at den biomedisinske modellen med sitt rigide fokus på hvordan sykdom utvikler seg og har en årsak på celle/molekylærnivå, medførte et kjølig, upersonlig og teknisk pasient-kliniker forhold. Engels psykosomatiske forskning presenterte en integrering av psyke og soma med for eksempel hvordan frykt og sinne påvirker hele mennesket. Her påpekte Engel at klinikerer som observatør har påvirkningskraft på relasjonen til pasienten (den observerte), som er et argument for at klinikerer må se hele mennesket og at pasient-kliniker relasjonen burde undersøkes vitenskapelig.

2) Den biopsykososiale modellen presenterer en strukturell forståelse for kausalitet, til fordel for en lineær forståelse. En erkjenner da kompleksiteten i

utvikling og opprettholdelse av sykdom, som for eksempel at utviklingen av depressive symptomer i etterkant av et hjerteinfarkt blir en uavhengig risikofaktor for et nytt infarkt. En strukturell forståelse beskriver kompleksitet gjennom et hierarki av enveis kausale sammenhenger, nødvendige årsaker, opprettholdende faktorer og tilknyttede hendelser.

3) Siste område som blir påpekt er viktigheten av en pasientsentrert behandling. Til forskjell fra kun å gi pasienten en biomedisinsk diagnose skal klinkeren gi rom for pasientens tanker, bekymringer og forventninger. Dette innebærer at man i det diagnostiske arbeidet og i selve behandlingsforløpet vektlegger hva pasienten formidler av bekymringer, forventninger og oppfatninger i det aktuelle sykdomsforløpet. Denne arbeidsformen er i senere tid blitt et ideal innenfor medisinsk behandling (Bruusgaard, 2009). Behandling som bygger på pasientens autonome valg viser seg å være mer effektiv på lengre sikt enn annen rådgivning (Meland, Schei, & Bærheim, 2000). Den biopsykososiale modellen er i så måte både en klinisk behandlingsfilosofi og en praktisk klinisk veileder.

Metoder og arbeidsformer innen klinisk helsepsykologi. Klinisk helsepsykologisk forskning er rettet mot psykologiske forhold ved spesifikke sykdommer og behandlingsmessige implikasjoner av resultatene (Berge & Lang, 2011). Kliniske helsepsykologiske behandlingsprogrammer har, på bakgrunn av denne forskningen, blitt utviklet for ulike sykdommer. Slike behandlingsprogrammer bygger gjerne på generelle psykologiske prinsipper og anvender metoder hentet fra psykoterapi. Generelt har studier på psykoterapi vist at en gjennomsnittlig pasient i psykoterapi får det bedre enn 80 % av de som ikke har blitt behandlet (Asay & Lambert, 1999). Videre er det ikke funnet klar evidens for at en psykoterapiform er bedre enn en annen i behandling psykiske lidelser (Wampold et al., 1997). Den viktigste faktoren for bedring er de såkalte fellesfaktorene for terapi som alliansen mellom behandler og pasienten, beholders tro på behandlingsmetoden og egenskaper hos terapeuten. Dette er også forhold som vektlegges i klinisk helsepsykologisk behandling. Terapiene foregår gjerne over få timer sammenlignet med hva som er vanlig for eksempel ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk og har et her-og-nå fokus. I terapien setter en fokus på stressmestring, bearbeiding av følelser, traumatiske hendelser, atferdsendring, realitetstesting av negative tanker, problemløsning, avspenning, koordinering av tjenester og mobilisering av nettverk (Berge & Lang, 2011). Videre ønsker man å gi pasientene verktøy til å kunne hjelpe seg selv (veiledet

selvhjelp). Teoretisk bygger behandlingsprogrammene på ulike tilnærminger, som klientsentrert terapi, dynamisk terapi, systemisk terapi og ikke minst kognitiv terapi.

Kognitiv terapi, også kalt kognitiv atferdsterapi, er den best dokumenterte og mest brukte behandlingstilnærmingen ved somatiske lidelser (Berge & Repål, 2010). Kognitiv terapi omhandler endring av tankemønstre og atferd for mestring av sykdom, informasjon om sykdom, etterlevelse av råd eller anbefalinger som gis ved medisinsk behandling og for eksempel mestring/forebygging av depresjon og angst.

Klinisk helsepsykologi som arbeidsform omhandler også at man arbeider med oppgaver utover kliniske problemstillinger. Den kliniske hverdagen i sykehus er preget av høyt arbeidstempo med mange pasienter og ansatte. Det er derfor viktig at man forsøker å ha best mulig kommunikasjon mellom alle parter på et sykehus. Å bedre kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell, og mellom helsepersonell, er en av helsepsykologens mulige arbeidsoppgaver. Eksempler på slike tiltak er å utforme undersøkelser som har som formål å avdekke hvordan pasientene opplever kommunikasjon med personalet og hvilke behov de har. Man bør forsøke å kartlegge de ansattes behov for kompetanseheving. Når man har avdekket behovet, må man utvikle gode opplæringsopplegg og gjennomføre undervisning for å heve kompetansenivået hos helsepersonell. I Norge har flere sykehus innført to dagers kurs i kommunikasjon for alle nytilsatte leger med tanke på dette, blant annet Akershus universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Slike programmer har vist seg å ha en gunstig effekt (Gulbrandsen et al., 2008).

Evidens for klinisk helsepsykologi

Det foreligger mye støtte i forskningslitteraturen for betydningen av klinisk helsepsykologiske intervensjoner angående en rekke lidelser. Depresjon kan, som nevnt tidligere, både være en konsekvens av alvorlig sykdom og en risikofaktor for å utvikle en alvorlig sykdom. Hjerte-karsykdommer har blitt brukt som eksempel tidligere, men også en rekke andre sykdommer øker risikoen for utviklingen av depresjon som diabetes, kreft, MS, HIV, demens og lungesykdom (Berge & Lang, 2011). Rapporten «Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv» peker på at depresjon ved somatisk sykdom er like farlig som røyking målt i dødelighet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Rapporten peker også på at depresjon er underdiagnostisert innenfor den somatiske sykehuspopulasjonen, og at man i større grad bør gjennomføre mer systematisk kartlegging av depresjon ved somatisk

sykdom. Klinisk helsepsykologi kan her dra nytte av veldokumenterte screeningverktøy for depresjon, som kan brukes rutinemessig i pasientkonsultasjoner.

Det er utviklet intervensjoner for depresjonsmestring som passer i en travel sykehushverdag både for individer og gruppetilbud. Det er for eksempel utviklet terapi og informasjonsrådgivning for depresjonsmestring ved multippel sklerose over telefon (Mohr, 2010). Et annet eksempel er kurs for depresjonsmestring (KID-kurs). Dette er et gruppetilbud som baserer seg på kognitiv terapi, og som er et veldokumentert behandlingstilbud inkorporert i flere kommuner og i poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten (Damsgård, 2014). Tilbudet baserer seg på selvhjelpslitteratur og hjemmeoppgaver hvor deltakerne jobber selvstendig, i tillegg til kursdagene.

Et viktig behandlingsfelt innenfor klinisk helsepsykologi har vært tilbakevendende og kroniske smertetilstander, hvor hovedtilnærming har vært kognitiv terapi (Sættem & Stiles, 2008). Et eksempel er innenfor ikke-kardiale brystmerter. Her diskuterer man at symptomet (brystmerter) blir feiltolket til for eksempel, «jeg har et hjerteinfarkt» som igjen medfører autonom aktivering og angst. En følge av dette kan være at det genererer mer smerter hos pasienten. Dette kan videre medføre problemer som helseangst og panikkanfall. Metoden retter seg da mot mekanismene bak feiltolkningen av kroppslige signaler og inneholder gjerne en gradvis eksponeringstrening for angstprovoserende situasjoner. Randomiserte kontrollerte studier har vist effekt på smerter for brystmertepasienter uavhengig av om de har hjertesykdom og/eller panikk lidelse. Undersøkelser har vist at pasienter som fikk 4-12 ukentlige sesjoner med behandling hadde en signifikant reduksjon av brystmerter sammenlignet med kontrollgruppen (Dammen, 2002).

Kognitiv atferdsterapi som behandling for kroniske smertetilstander har også blitt tatt i bruk i gruppeterapi. Haukeland sykehus i Bergen hadde mellom 2003 og 2005 et prøveprosjekt hvor kroniske smertepasienter fikk et gruppetilbud (Lunde & Nordhus, 2006). Dette ble prøvd ut på 41 pasienter fordelt på 6 grupper. Deltakerne rapporterte etter 10 uker stor tilfredshet med tilbudet, de trakk fram: økt innsikt i faktorer som påvirket egen smertetilstand, innlæring av avspenningsteknikker og endring av tankemønstre i forhold til smerte. På grunn av resultatene og deltakernes tilbakemeldinger er dette i dag en del av avdelingens behandlingstilbud.

Dixon, Keefe, Scipio, Perry og Abernethy (2007) publiserte en metaanalyse som viste at psykologiske intervensjoner, ofte kognitiv atferdsterapi, for smerter ved

revmatisk sykdom (leddgikt) hadde en middels, men signifikant effekt på smertelindring. De anbefaler at helsepersonell inkorporerer slike intervensjoner som en del av den helhetlige behandlingen. I en annen studie trengte pasienter, med en revmatismediagnose, langt mindre hjelp fra helsevesenet de fem første årene etter at de hadde fått kognitiv terapi (Sharpe, Allard & Sensky, 2008). Disse resultatene er i tråd med større metaanalyser som Lunde, Nordhus og Pallesen (2009) som påviste en signifikant bedring i kroniske smertetilstander hos eldre etter kognitiv atferdsterapi.

Ved siden av mer sykdomsspesifikke behandlingsmetoder har klinisk helsepsykologi også vært opptatt av hvordan man kan forbedre etterlevelse av behandling, altså i hvilken grad pasienter følger opp behandling og råd fra helsepersonell. Lav etterlevelse er et utbredt problem med alvorlige konsekvenser for pasientene som kan medføre redusert helse, livskvalitet og økte økonomiske utgifter (Friis-Haschè, Elsaas & Nielsen, 2004). Generelt er etterlevelse av livsstilsendringer 10-20 %, mens for farmakologisk behandling 50-70 %. Det er altså mellom 30-50 % som ikke følger opp den farmakologiske behandlingen, dette kan gi dårligere effekt, mer helseplager og i verste fall medføre kortere livstid. Osterberg og Blashke (2005) peker på lav etterlevelse som den største grunnen til at terapier mislykkes. Lav etterlevelse medfører store kostnader for helsevesenet i form av reinnleggelser og flere konsultasjoner. Teorier for etterlevelse peker på at en felles sykdoms- og behandlingsforståelse mellom helsepersonell og pasient øker etterlevelse (Friis-Haschè, Elsaas & Nielsen, 2004). Dette er viktig og innebærer at man ivaretar pasientens autonomi og selvbestemmelse. En god allianse øker sjansen for god etterlevelse. Helsedirektoratet (2009) anbefaler god informasjon og hyppig kontakt de første ukene ved oppstart av farmakologisk behandling for å sikre god etterlevelse. En metaanalyse av 12000 eldre pasienter pekte på at klare nedskrevne atferdsmessige strategier, egenkartlegging av positive effekter og prosedyrer hadde god effekt på etterlevelse av behandling, mens generell informasjon og undervisning om sykdom hadde liten effekt (Conn et al., 2009). Kliniske helsepsykologer kan bidra med generell opplæring av helsepersonell i hvordan sikre god etterlevelse, og følge opp pasienter i å utvikle atferdsmessige strategier ut i fra pasientens behov.

En annen viktig del av helsepsykologisk tilnærming er at man kan bidra på sykehusnivå gjennom for eksempel kompetanseheving. Forskning har avdekket et stort behov for at man setter inn tiltak som har som formål å bedre den kliniske samtalen mellom pasient og helsepersonell. Det kan være mange årsaker til at

kommunikasjonen ikke fungerer optimalt. Pasienten kan få psykiske reaksjoner på sin somatiske tilstand, som kan påvirke god kommunikasjon. Det kan også mangle rammebetingelser ved sykehuset, eller at personalet ikke innehar tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon fører til mer tilfredshet hos pasientene, økt sykdomsforståelse, bedre mestring, økt etterlevelse, færre symptomer, mindre grad av smerte, raskere rehabilitering og færre tilbakefall (Zimmerman, Piccolo & Finseth, 2007).

Goldberg, Steele og Smith (1980) fant at etter gjennomføring av kurs rettet mot bedring av kommunikasjonsferdigheter, oppdaget leger gjennomsnittlig signifikant flere verbale og nonverbale budskap enn før disse kursene. Dette ble bekreftet i senere studier av Gask, Goldberg, Lesser og Millar (1988) som i tillegg fant en reduksjon av ikke oppdaget informasjon på 12 % hos nyutdannede leger og 20 % hos mer erfarne leger.

Det foreligger betydelig støtte for at man i større grad burde ta i bruk psykologiske intervensjoner som en del av behandlingen når det gjelder somatiske tilstander. Resultatet er at lengden av sykehusopphold reduseres, og reduksjon av kostnader. Dette fører til bedre rehabilitering ved for eksempel at pasienten opplever økt livskvalitet og senket dødelighet (Latchford, 2015).

Psykologens rolle i somatikken

Behovet for psykologer i somatiske sykehus vies stadig større oppmerksomhet. Et resultat av dette er at flere politiske avgjørelser tas som legger til rette for mer helhetlig behandling. I Norge har det helsepsykologiske fagfeltet hatt mest fokus på folkehelse, livsstil og forebygging, og det har inntil nylig ikke vært mange psykologer ansatt i somatiske klinikker. Det foreligger ikke noen fullstendig oversikt over dette, men tradisjonelt har psykologer arbeidet spesielt med barn innlagt på somatiske avdelinger, med smertepasienter, palliativ behandling, habilitering, og nevropsykologisk utredning. Psykologens rolle i den somatiske helsetjenesten har siden man startet å utvikle fagfeltet vært drøftet (Belar & Deardorff, 2009). For at man som psykolog skal lykkes på en somatisk avdeling, er det to forhold som trekkes frem (Kristensen, 2006). Psykologen må ha en aktiv rolle og fremheve psykologisk kunnskap når det er mulig. Det er viktig at man er 1) synlig i avdelingen, og at man deltar på morgenmøter og i andre sammenhenger der pasientenes helseutfordringer drøftes. Psykologene bør også fysisk plasseres i avdelingen.

2) Psykologene bør være imøtekommende og tilgjengelig når behovet for psykologisk kompetanse oppstår. For eksempel ved at lege eller sykepleier kan dersom de ser at pasienten har behov for psykologhjelp henvise til dette. Dette anses som verdifullt av annet helsepersonell og legger til rette for tidlig intervensjon og bidrar også til at psykologkontakt blir en naturlig del av behandlingstilbudet.

Helsepsykologens arbeidsoppgaver er mange og arbeidshverdagen skiller seg fra hvordan man har arbeidet i psykisk helsevern tidligere. I tillegg til psykoterapi er man involvert i undervisning, konsultasjon, veiledning av pasienter, pårørende, men også av ansatte på sykehuset, eller andre samarbeidende instanser. Videre gir psykologene viktige bidrag til forskning, og kvalitetsutvikling. Det stilles imidlertid andre krav til hva en psykolog er og hvordan man skal jobbe. For at man skal lykkes med å integrere klinisk helsepsykologi som en fast del av behandlingstilbudet er det flere faktorer man bør ta hensyn til.

Kliniske helsepsykologer skal samarbeide med andre faggrupper og man befinner seg i et tverrfaglig miljø. Derfor bør man i tillegg til psykologisk fagkunnskap ha generell fagkunnskap om somatiske sykdomstilstander, inkludert kunnskap om generelle medisinske mekanismer, og inneha evnen til å finne den nødvendige spesifikke kunnskapen i hvert møte med en ny pasient. Arbeidstempo og metoder skiller seg fra hvordan man tenker seg at psykologen tradisjonelt er vant til og det er viktig at man tilpasser seg og viser forståelse og respekt for dette. I møte med andre faggrupper bør psykologen være synlig og på tilbudssiden. Klinisk helsepsykologi har et grundig fundament i forskning på psykologiske fenomener ved spesifikke sykdommer og de behandlingmessige implikasjonene av disse funnene. Det er viktig å ta i bruk dokumentert kunnskap. Dette er også i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis (Norsk psykologforening, 2007). I utviklingen av fagfeltet klinisk helsepsykologi bør man innhente erfaringer fra andre lignende tilbud. Psykologrollen kan utformes på mange måter. I det norske helsevesenet er det stor variasjon på størrelse og organisering av de forskjellige sykehusene. Organiseringen av psykologtilbudet kan tilpasses de forskjellige helseforetakene. Man bør ta lærdom av hvordan slike tilbud er organisert andre steder i Norge. Videre er det også viktig at man etablerer kontakt med og lærer av fagmiljøer i andre land.

Implementering av helsepsykologi internasjonalt

Det er mange eksempler på gode helsepsykologiske tilbud i flere andre land. I for eksempel USA og Nederland har man i mange år jobbet med dette. Den amerikanske psykologforeningen opprettet allerede i 1997 klinisk helsepsykologi som en egen spesialitet (apa.org). Siden den gang har American Board of Professional Psychology (ABPP) godkjent flere psykologiske spesialiteter (Tovian, Rozensky, og Sweet, 2003). I tillegg til klinisk helsepsykologi er nevropsykologi, rehabilitering, og pediatrik helsepsykologi eksempler på dette. Disse er organisert i egne arbeidsgrupper innenfor APA, og sammen dannet de Interdivisional Healthcare Committee (IHC). Hensikten med dette var at man sammen skulle bidra til å opplyse og informere om de profesjonelle, vitenskapelige, og utdanningsmessige målene som er satt for helsepsykologisk praksis i USA (Glueckauf, 1999).

I Nederland jobber det i dag omtrent 400 psykologer ved forskjellige somatiske avdelinger blant totalt 100 offentlige sykehus. Dette er et resultat av målrettet arbeid i forhold til implementering av flere psykologer. Psykologene her arbeider både klinisk men også i utdanningsinstitusjonene. At psykologene er tilstede i utdanningsforløpet til leger og annet helsepersonell er en viktig del av implementeringsarbeidet (Soons & Denollet, 2009).

Det er mange mulige måter for hvordan et psykologtilbud kan organiseres på et sykehus. Hvilken organisasjonsmodell man velger er avhengig av for eksempel størrelsen på sykehuset, demografiske forhold i pasientpopulasjonen, og forekomst av somatisk sykdom (Berge et al., 2016). Hvordan man velger å organisere dette tilbudet vil ha noe å si for hvordan psykologrollen ved de forskjellige sykehusene utformes. Ved Landspítali sykehus i Reykjavik på Island har de etablert en psykologisk helsetjeneste med opptil 14 psykologer fordelt på de ulike somatiske avdelingene. Det har i utviklingen av dette tilbudet vært satset på psykologer med høy fagkompetanse på de ulike fagområdene. Ved Alicante universitetssykehus i Spania har de opprettet en egen enhet for klinisk helsepsykologi som har utviklet og tilbyr gruppebaserte programmer for ulike avdelinger og deres pasienter. Ved Karolinska Sjukehuset i Stockholm er det kliniske helsepsykologiske tilbudet organisert slik at de forskjellige avdelingene kjøper inn tjenester etter behov. Dette tilbudet er ledet av en psykolog, og psykologene som er ansatt her har spesialkompetanse på ulike pasientgrupper. I 2001 ble det publisert en oversikt over hvordan helsepsykologi har utviklet seg rundt

omkring i verden (Wedding, 2001). Man ser en tydelig tendens til at flere land har organisert det helsepsykologiske tilbudet på tilnærmet samme måte som i USA (for eksempel Canada, New Zealand og Australia). I land som India, Iran, Thailand og Katalonia er dette organisert veldig forskjellig fra denne tradisjonen. Det foreligger per dags dato ikke mange studier i forskningslitteraturen som har undersøkt de forskjellige tilbudene. Dette handler sannsynligvis mest om at fagfeltet er relativt nytt og fortsatt i utvikling. I Norge finnes det i dag flere eksisterende helsepsykologiske tilbud. For eksempel hvordan de jobber med smertebehandling ved Haukland sykehus, samt smerteklinikker ved St. Olavs Sykehus, og Oslo Universitetssykehus. Det er også godt etablerte psykologmiljøer på Sunnaas sykehus, Glitreklubben, og MS-senteret i Hakadal (Berge et al., 2016).

Implementering av helsepsykologi i Norge

I manifest for klinisk helsepsykologi (Berge & Lang, 2011) argumenterer forfatterne for at det er et stort behov for et klinisk helsepsykologisk tilbud også i Norge. Dersom man skal lykkes med dette arbeidet er det flere faktorer som er viktig. Fagområdet må få en større plass i psykologutdannelsen, og videre må det etableres et faglig forum som kan bidra til å inspirere og utvikle fagmiljøet videre.

NPF har opprettet en egen arbeidsgruppe som arbeider med å utvikle fagfeltet klinisk helsepsykologi. Det er utviklet et valgfritt spesialiseringsprogram for klinisk helsepsykologisk arbeid (Psykologforeningen, 2016). Dette programmet godkjennes ved spesialitetene: arbeidspsykologi, barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi, rus- og avhengighetspsykologi, samfunns- og allmennpsykologi, og voksenpsykologi. Gjennom videreutdanningsforløpet skal deltakerne utvikle generelle og spesifikke ferdigheter. Kurssekvensen som er på totalt 64 timer tar for seg flere temaer, og er organisert samlingsbasert over tre ganger. Innledningsvis omhandler kurssekvensen modeller innenfor klinisk helsepsykologi, med særlig vekt på den biopsykososiale modellen, og grunnleggende somatisk kunnskap. Neste sekvens omhandler blant annet smertebehandling, og hvordan samarbeide med pårørende, familie og nettverk. Siste kurs har fokus på metoder i klinisk helsepsykologi. I tillegg til kursene er det også et krav om 60 timers veiledning, og ett års helsepsykologisk praksis.

Psykologforeningens mål er at alle somatiske avdelinger også skal ha psykologfaglig kompetanse (Psykologforeningen, 2016). NPF kommer til å ha en betydelig rolle i utformingen av det helsepsykologiske tilbudet i tiden som kommer.

Det er viktig å formidle til myndigheter og politiske instanser at dette er en riktig retning i utviklingen av helsevesenet og av psykologyrket.

Prosjekt Klinisk helsepsykologi

Diakonhjemmet sykehus eies av stiftelsen Det Norske Diakonhjem (Diakonhjemmet sykehus, 2016). De har avtale med Helse Sør-Øst om å fungere som lokalsykehusfunksjon for bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner vest i Oslo. Sykehuset tilbyr spesialisthelsetjenester til om lag 135 000 mennesker innen indremedisin, kirurgi, revmatologi, og psykiatri. Enhet for psykisk helse i somatikken ble satt i ordinær drift 1.1.2014. Det har imidlertid vært en lang prosess før dette (Lang, 2015). Det ble opprettet en prosjektgruppe og prosjekt klinisk helsepsykologi ble forankret på toppledernivå i sykehuset.

Prosjektgruppen har bestått av Nina Lang, Ingrid Hyldmo, Elin Fjerstad, Torkil Berge, Petter Ekern, Arnstein Finseth, Jorun Vego, Marit Hafnor, Till Uhlig, Nadia Flesjø, og Eva Høili (brukerutvalget). Prosjektet er samorganisert og samlokalisert med Psykiatrisk konsultasjonsteam for å sørge for god kommunikasjon med de forskjellige kliniske avdelingene, og videre legge til rette for økt forståelse for sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse.

Psykiatrisk konsultasjonsteam ble opprettet i 2006 som en egen enhet som et tiltak for å styrke samhandlingen mellom avdeling for psykisk helsevern og de somatiske avdelingene. Dette var et konsultasjon-liaison team. Ved oppstart var dette teamet bemannet av en psykiater og en psykiatrisk sykepleier. Arbeidsoppgavene bestod hovedsakelig av å gjøre akutte vurderinger av psykiske tilstander i de somatiske avdelingene. I 2009 ble det opprettet en psykologspesialiststilling i Psykiatrisk konsultasjonsteam. Dette ble gjort for å styrke akuttfunksjon og var et viktig forberedende tiltak på vei mot opprettelsen av et helhetlig klinisk helsepsykologisk tilbud.

Prosjekt klinisk helsepsykologi ble igangsatt 1.1. 2012 og prosjektperioden varte i 2 år. Frem til 31.12. 2011 hadde psykiatrisk konsultasjonsteam blitt drevet med interne midler fra Diakonhjemmet Sykehus. I forkant av prosjektets oppstart ble det høsten 2011 innvilget 1 600 000 kr fra Helsedirektoratet, og 1 674 000 fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering. Det var gjort mange forberedelser før prosjektperioden og det ble derfor igangsatt mange aktiviteter relativt raskt. Prosjektbeskrivelsen beskriver blant annet:

- Klinisk helsepsykologisk behandling ved sykehuset
- Kartlegging og depresjonsbehandling ved hjerte og karsykdom
- Opplæring for nyansatte leger i klinisk kommunikasjon
- Refleksjonsgrupper for leger på medisinsk avdeling
- Kommunikasjonskurs for andre faggrupper
- Utvikle og prøve ut intervensjoner for kronisk utmattelse/fatigue
- Synlighet, beskrivelse, og dokumentasjon av klinisk helsepsykologisk arbeid
- Informasjonsmateriell og brosjyrer
- Undervisning, veiledning og konsultasjon til avdelinger
- Undervisning til pasienter og pårørende
- Veiledning til psykologer
- Arrangerte mars 2012 en fagkonferanse for sykehusets ansatte og inviterte gjester

Implementering av Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken

Januar 2014 ble Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT) satt i ordinær drift. Dette er det første helhetlige kliniske helsepsykologiske tilbudet i Norge. I forkant av prosjektperioden ble det hentet inspirasjon fra andre land, som Landspítali i Reykjavik og Karolinska Sjukehuset i Stockholm. I implementeringsprosessen ved Diakonhjemmet sykehus har prosjektgruppen forsøkt å kartlegge viktige faktorer i arbeidet med å iverksette klinisk helsepsykologi som en del av sykehusets tjenestetilbud, dets organisasjon, og kultur. Denne prosessen har gått over flere år og de involverte har i stor grad selv en opplevelse av at de har lyktes med dette arbeidet. Det har hele tiden vært viktig at prosjektet stadig har blitt dokumentert, evaluert, samt at erfaringene har blitt formidlet gjennom foredrag og publisering i tidsskrifter (Berge et al., 2016).

Evaluering av Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken

I løpet av prosjektperioden var om lag 350 pasienter i kontakt med PHT, og det ble gjennomført cirka 2000 konsultasjoner. Målsettingen for prosjektet var å prøve ut, evaluere og implementere klinisk helsepsykologiske tiltak ved sykehuset, i pasientarbeidet, og for pårørende. Det ble skrevet en rapport som en del av evalueringen av prosjektet. I denne rapporten trekkes det frem ulike kliniske problemstillinger som pasientene har blitt behandlet for. Prosjektet hadde mange aktiviteter, og det trekkes særlig frem arbeidet som er gjort i forbindelse med klinisk

kommunikasjon. Diakonhjemmets modell for implementering av slike kurs er nå ettertraktet og blir etterspurt av andre sykehus. Rapporten konkluderte med at prosjektet var vellykket, og at det har stor overføringsverdi til andre sykehus. Brukerorganisasjonene har gitt tydelige tilbakemeldinger om at de er fornøyde, og dette er noe de ønsker mer av (Lang, 2015).

Etter at prosjektperioden var ferdig så de involverte parter behovet for å undersøke brukernes erfaringer av tilbudet ytterligere og ønsket innspill til videre utvikling. Vinteren 2015 ble det derfor gjennomført en brukerundersøkelse. Med særlig oppmerksomhet på behovet for å styrke pasientenes mulighet til å mestre de utfordringene som følger med sykdommen, spesielt i forbindelse med det å leve med en kronisk sykdom. Det foreligger per i dag få studier på brukernes erfaring av et slikt helhetlig klinisk helsepsykologisk tilbud internasjonalt. I Norge er det inntil dette ingen tidligere erfaringer med hvordan sykehuspasienter i en norsk populasjon opplever et slikt tilbud og hva som eventuelt gjør det nyttig.

Formål og problemstilling. Som uavhengig part ved denne brukerundersøkelsen ønsker vi å undersøke brukernes egne erfaringer av psykologtilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus. Denne oppgavens problemstilling er å belyse pasientenes erfaringer av det helsepsykologiske tilbudet og hva som er psykologens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet på et somatisk sykehus. Gjennom denne kvalitative undersøkelsen ønsker vi å finne mer ut om forskjellige sider ved det klinisk helsepsykologiske tilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus. Dette kan gi viktig informasjon som kan være nyttig for flere, og forhåpentligvis bidra til økt implementering av klinisk helsepsykologiske tilbud i Norge. Det er ikke tidligere gjennomført en lignende undersøkelse, som er oss bekjent.

Metode

Valg av metode

Ut i fra grunnprinsippet om evidensbasert behandling i helsevesenet har kvantitativ metodologi, med randomiserte kontrollerte studier i spissen, vært den ledende metoden innenfor helsepsykologisk forskning. Kvantitativ forskning har i denne sammenheng fokusert på effekten av ulike behandlinger, overlevelseshastighet og utviklingen av sykehusmodeller (clinical governance) (Biggerstaff & Thompson, 2008).

I lys av at forskning innenfor helsepsykologi generelt har gått fra en biomedisinsk modell til en biopsykososial modell er det også behov for forskningsmetodikk som diskuterer pasientenes egne fortolkninger av kroppslige prosesser og meningen de tillegger sine erfaringer (Brocki & Wearden, 2006). For å møte dette behovet har det vært en økning i kvalitative studier innenfor helsepsykologi de siste 25 årene. Forkjempere for kvalitative metoder argumenterer for at disse metodene kan ha spesiell relevans for helsepsykologi gjennom sitt fokus på prosess fremfor prevalens og årsak-virkning. Kvalitativ metode er godt egnet til mer inngående å adressere forskningsspørsmål og belyse operasjonelle definisjoner innenfor en modell. Metoden er derfor et godt supplement til kvantitativ metode.

Vi fikk tilgang til all innsamlede data i forbindelse med Diakonhjemmet Sykehus sin brukerundersøkelse. Undersøkelsen inneholdt både kvalitative (intervju) og kvantitative (spørreskjema) data. Da denne oppgaven hadde som problemstilling å utforske pasienters egne erfaringer og meningsdannelse rundt møtet med en psykolog i somatikken, ble intervjuene sett på som den rikeste datakilden. Vi valgte en kvalitativ tilnærming som kunne legge vekt på prosess fremfor resultater og kartlegger deltakernes subjektive erfaringer uten begrensningene som ligger i et strukturert spørreskjema. En versjon av fenomenologisk tilnærming kalt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) ble foretrukket.

Teoretisk rammeverk. IPA ble utviklet av Jonathan Smith på begynnelsen av 1990-tallet (Smith, Harrè & Van Langenhove, 1995). IPA er en kvalitativ forskningsmetode som har som mål å undersøke en persons subjektive opplevelse (Smith & Osborn, 2007). Metoden er fenomenologisk, som er definert som studiet av erfaringer (Biggerstaff & Thompson, 2008). Fenomenologi er en filosofisk retning først utviklet av Husserl, som postulerte at et fenomen bare kan oppstå i en persons bevissthet. Metoden bygger også på ideografi hvor man ønsker å utforske i detalj prosessen hvordan hver enkelt deltaker tillegger sine egne erfaringer og opplevelser mening. Meningen en person tillegger sine egne erfaringer er altså essensiell, men er bare tilgjengelig gjennom en fortolkende prosess. Metoden bygger derfor også på hermeneutikk, som er en fortolkningsteori. I IPA vektlegger man at forskeren har en aktiv rolle i å fortolke deltakerens egne fortolkninger av en erfaring (Smith & Osborn, 2007). Dette innebærer at metoden er en dynamisk prosess hvor forskeren er påvirket av sine egne konsepter og bakgrunn i tolkningen av deltakernes verden. Ifølge Smith

og Osborn (2007) kan prosessen derfor betegnes som dobbelt fortolkende eller dobbelt hermeneutisk.

Deltakere og prosedyre

Deltakerne ble rekruttert i løpet av sitt behandlingsforløp ved PHT på Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Totalt 138 pasienter forespurt om de var villige til å bli kontaktet på et senere tidspunkt vedrørende en undersøkelse. Av de 138 forespurte skrev 74 (54 %) under på et samtykkeskjema for å bli kontaktet senere (vedlegg 1). Deltakerne som samtykket til brukerundersøkelsen fikk tilsendt et brev med en ny samtykkeerklæring (vedlegg 2) og informasjon om at de ville bli kontaktet for å svare på noen spørsmål. Av 74, som hadde samtykket til å bli kontaktet, så 46 (62 %) personer seg faktisk villig til å gjennomføre brukerundersøkelsen (vedlegg 3) i løpet av vinter og vår 2015. Det endelige utvalget i brukerundersøkelsen endte tilslutt med å omfatte 46 deltakere. 13 (28 %) menn og 33 (72 %) kvinner med en snittalder på 50,4 og median: 56, deltakerne varierte fra 20-77 i alder. Det fremgikk i brevet at intervjuet ville ha to formål, både som en brukerundersøkelse av deres oppfatning av betydningen av kontakt med klinisk helsepsykolog og eventuelt hva som kunne vært gjort annerledes. Og et intervju om deres synspunkter på det å leve med sykdom, og hva helsevesenet kan bidra med for å styrke mestring.

De semistrukturerte intervjuene ble utført av psykologpraktikant Helle Skogstad Riege som ble leid inn i forbindelse med evalueringen av dette prosjektet. Hun hadde ingen informasjon om deltakerne på forhånd. Intervjuene ble stort sett gjort over telefon, med noen unntak hvor det var mer praktisk for deltakeren at man møtte ansikt til ansikt. Intervjuene varierte i lengde fra 40 minutter til 70 minutter og ble tatt opp på bånd. Ut i fra opptakene ble intervjuene transkribert, intervjuer skrev også egne refleksjonsnotater etter hvert intervju, som ble gjort tilgjengelig for forfatterne av denne oppgaven. Deltakerne mottok ikke noen form for kompensasjon for å delta i undersøkelsen. De som deltok fikk i tillegg tilsendt et strukturert spørreskjema med egen svarikonvolutt.

Forfatterne av denne oppgaven hadde i utgangspunktet tilgang til 46 intervjuer. Ut i fra disse 46 fikk vi en oversikt på 24 som intervjuer Helle Skogstad Riege selv mente hadde rike beskrivelser av pasientens møte med psykologen. Til forskjell fra de andre intervjuene som hadde et større fokus på det å leve med sykdom, og ikke gikk i dybden på psykologens rolle. Analyseprosessen tok utgangspunkt i de

utpekte 24 intervjuene. Forfatterne leste likevel intervjuers refleksjonsnotater for alle 46 deltakerne, som i et ledd i å bli kjent med datamaterialet samt undersøke om vi videre ønsket å analysere deltakere som intervjuer ikke hadde selektert ut. Ingen nye intervjuer ble valgt etter denne prosessen. I forbindelse med analysen ble det tatt i bruk både lydopptak og transkripsjoner.

Intervjuguide

Analysen baserte seg på intervjuer med bakgrunn i utarbeidet semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4) hvor deltakerne ble bedt om å snakke åpent om sine erfaringer med og synspunkter på mestring av sykdom. Intervjuet startet gjerne med at deltakeren ble bedt om å fortelle om sin egen sykdomshistorie. Oppfølgingsspørsmål ble videre spurt ut i fra tema som kom naturlig frem i samtalen, slik at deltakeren i størst mulig grad kunne beskrive sine erfaringer med egne ord. Intervjuet tok utgangspunkt i fire kjernes spørsmål. Spørsmålene omhandlet generelt det å leve med sykdom og erfaringer med helsevesenet. Mer spesifikt omhandlet både hovedproblemstillingene og flere av kjernes spørsmålene pasientenes meninger om tilbudet ved PHT. Da de fire kjernes spørsmålene hadde blitt belyst i løpet av intervjuet, ble deltakerne på slutten spurt hvorvidt det var temaer de ønsket og fortelle videre om, eller om det var temaer som personen ønsket å ta opp som hittil ikke hadde blitt tatt tak i. De ble også spurt om sin opplevelse av å dele sine erfaringer. Deltakerne hadde også anledning til å ringe tilbake ved en senere anledning med eventuelle spørsmål, rettelser eller utdypninger.

Analysen

IPA er ideografisk ved å analysere hver enkelt persons erfaringer i detalj. Dette blir gjort ved at vi i detalj analyserte hvert enkelt intervju i søken etter å sammenfatte personens erfaringer i meningsbærende enheter (Smith & Osborn, 2007). Det fokuseres på likheter, forskjeller og motstridende utsagn på det personen sier. Formålet er at man både presenterer tema på tvers av deltakere og samtidig belyser vesentlige forskjeller mellom deltakere innenfor et tema. I analyseprosessen var «Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis» av Smith (2011) et viktig utgangspunkt. Artikkelen vektlegger at en IPA-studie burde ha et klart fokus og et rikt datamateriale (gode intervjuer). Det er videre strenge krav til empirien som presenteres innenfor hvert tema, og de overordnede temaene må bli diskutert i dybden. Analysen skal være fortolkende og ikke bare deskriptiv, der man

ser etter både konvergerende og motstridende funn. Til sist må resultatene fremstilles på en god skriftlig måte.

Antall deltakere i studien ble bestemt på bakgrunn av metningskriteriet. Metningskriteriet er et vidt begrep som avhenger av hvilket forskningsdesign man tar utgangspunkt i (Fusch & Ness, 2015). Generelt omhandler kriteriet at man har et rikt datamateriale (et detaljert og nyansert materiale) og et tykt datamateriale (antall deltakere). Man ønsker begge deler. Ut i fra vårt forskningsdesign ble det tatt utgangspunkt i at metningskriteriet ble møtt når en ny deltaker ikke tilførte studien ny informasjon (Guest, Bunce & Johnson, 2006). Denne IPA-studien endte på 12 deltakere. Ut fra de valgte overordnede kategoriene ble det analysert ytterligere 3 intervju av forfatterne, hver for seg uten at man fant noe å tilføre resultatene. Det ble derfor konkludert med at metningskriteriet var møtt. Utvalget ble sett på som stort nok til å beskrive dybden i hele utvalget og lite nok til å gjennomføre en grundig analyse av hver enkelt deltaker. Det var tilfeldig hvilke av de 24 intervjuene som ble valgt, eneste formen for seleksjon var at man ønsket like mange menn som det var i hele utvalget (28 %), noe som ble sikret ved at 3 av 12 i analysen var menn.

Analyseprosessen har foregått i flere omganger. Vi deltok våren 2015 på en intern presentasjon der intervjuer presenterte tema og refleksjoner etter at alle intervjuene var gjennomført. Ved dette møtet dannet vi oss mulige problemstillinger sammen med veileder og biveileder. Videre besøkte vi Diakonhjemmet sykehus i august 2015 for å drøfte mulige problemstillinger til vår oppgave sammen med Elin Fjerstad, Torkil Berge, Turid Dager, og Helle Skogstad Riege.

Alle de 12 intervjuene ble hørt på hver for oss først, der vi noterte ned tanker og assosiasjoner fra hvert enkelt intervju. Deretter ble hvert enkelt intervju diskutert oss i mellom (tre intervjuer ble drøftet videre med veileder), hvor tema og sitater ble diskutert ut i fra hva vi begge hadde satt fokus på. I løpet av høsten 2015 og vinteren 2016 hadde vi tre møter med hovedveileder som hadde fokus på analytisk fremgangsmåte og innhold. I neste fase ble alle transkripsjonene gjennomgått grundig. Hver for oss noterte vi interessante bidrag og forsøkte å kartlegge det vi opplevde som viktig. Etter å ha lest intervjuene flere ganger ble hovedpoengene notert i transkripsjonene og kategorisert som tema, dette ble først gjort hver for oss og etterpå samlet. For å sørge for en mer nyansert forståelse av informantenes meninger, diskuterte vi etter dette alle intervjuene i fellesskap. Det ble laget en visuell oversikt (tankekart) fremstilt med stikkordsmessige beskrivelser av hver deltakers meninger,

kalt meningsbærende enheter. For å sette navn på og forklare de overordnede temaene var det viktig for oss at vi grundig diskuterte deltakernes erfaringer, argumenter og meninger. I denne prosessen undersøkte vi nærmere hvordan deltakerne beskrev og begrunnet sine utsagn. Vi forsøkte å kartlegge likheter, forskjeller, gjentakelser, og motstridende utsagn. Lydfilene ble hørt på flere ganger i løpet av analysearbeidet for å sørge for stadig ny innsikt i deltakernes meninger. Lydfilene ga oss også informasjon om tonefall og hvordan deltakerne vektla sine utsagn. Ved å lytte på intervjuene, og samtidig lese transkripsjonene fikk vi bedre frem det som var viktig for informantene og dette bidro også til å begrense feiltolkninger. Et av intervjuene i utvalget var ikke transkribert. Intervjuet gjennomgikk samme analytiske prosess som øvrige intervju. De meningsbærende enhetene ble inkludert på de visuelle oversiktene og sitater transkribert til resultatdelen.

Sammenkobling av temaene. Ved å ta i bruk de visuelle oversiktene vi hadde utarbeidet for hvert enkelt intervju ble de ulike temaene kategorisert. Først gjennomgikk vi alle temaene vi hadde funnet, og skrev dem opp på en felles oversikt. Vi fant flere kategorier som hadde likhetstrekk, og disse ble derfor slått sammen. Det ble kartlagt overordnede temaer, med flere undertema innenfor hvert hovedtema som belyste bredden innenfor hvert tema. I denne fasen ble noen kategorier tatt ut av analysen fordi de ga for lite informasjon, og ikke passet inn med valgte temaer. Vi vektla temaer som gikk igjen på tvers av deltakerne (frekvens), men også det innholdsmessige i utsagnene, som er et viktig prinsipp ved IPA. I mars 2016 hadde vi sammen med veileder og biveileder et møte der resultatene ble drøftet. Å diskutere materialet og analysen videre i en forskningsgruppe er en kvalitetssikring og hensikten var å gi oss flere perspektiver og bredere forståelse av empirien. De fleste av kategoriene vi allerede hadde valgt beholdt vi, men noen nye ble også tilført. Vi endret navn på noen av kategoriene slik at de passet bedre med innholdet og for å bedre belyse hva vi ønsket å formidle.

Vårt utgangspunkt

På bakgrunn av tidligere samarbeid mellom den ene forfatter av denne oppgaven og Diakonhjemmet Sykehus, var det interesse fra Diakonhjemmet Sykehus sin side at det også ble skrevet en hovedoppgave på prosjektet. Vi ønsket å skrive hovedoppgave innenfor temaet på bakgrunn av personlig interesse for fagfeltet helsepsykologi. Et felt innenfor psykologi, som vi mener, har stort vekstpotensial og

hvor psykologisk kunnskap kan bidra til bedre behandling. Disse tankene hadde vi med oss i oppstarten av analyseprosessen, hvor vi hadde forventninger om at pasientene ville være fornøyde med psykologtilbudet, og at den psykologfaglige kunnskapen ville være nyttig i en sykehussetting, både behandlingsmessig og som en brikke i det tverrfaglige samarbeidet. I kvalitativ metode, og IPA spesielt, vektlegges det at man som forsker er en viktig del av analysen som fortolker, det var derfor viktig at vi eksplisitt bevisstgjorde oss selv på hvilke teorier vi i hadde i forkant av analyseprosessen. Slik kunne vi innta en kritisk holdning i analyseprosessen og lete etter motstridende bevis til våre forventninger, og være bevisste på å støtte opp kategoriene vi fant på et solid empirisk grunnlag.

Etiske vurderinger

Diakonhjemmets søknad om gjennomføring av brukerundersøkelsen ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Forfatterne av denne oppgaven tok selv kontakt med Torkil Berge, forsknings- og fagutviklingsleder ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus som PHT er en del av, med forespørsel om tilgang til datamaterialet og samarbeid. Personvernombudet ble konsultert i forbindelse med overlevering av datamaterialet, noe som medførte at lydfile og transkripsjonene ble tilsendt med kryptert minnepenn. Minnepennene ble oppbevart nedlåst på Institutt for psykologi, UIT. Deltakernes identitet ble skjult ved at hver deltaker ble nummerert og gitt fiktive navn. Informasjon som kunne avsløre deltakernes identitet ble sensurert, for eksempel fra sitatene som blir presentert i resultatdelen. Alle deltakerne fikk informasjon om undersøkelsen i forkant og signerte samtykkeskjema i sin kontakt med Diakonhjemmet Sykehus (vedlegg 1, 2 og 3).

Resultater

Hensikten med denne undersøkelsen var å undersøke hvilke erfaringer pasientene har hatt med det helsepsykologiske tilbudet ved Diakonhjemmet sykehus, og videre hva som har vært psykologens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet ved sykehuset. Alle bortsett fra en deltaker i studien oppga at de opplevde tilbudet som nyttig, og var fornøyd med behandlingen de fikk på sykehuset. Enkelte av deltakerne hadde ulike konstruktive innspill til hvordan tilbudet kan bli enda bedre. Ut i fra den analytiske prosessen framkom det 3 overordnede temaer med ulike undertema

kategorisert under disse (Tabell 1). Empirien pekte på at *psykologfaglig tilnærming* var et viktig tema. Pasientene trakk frem hvordan de opplevde at relasjon til psykologen som verdifull. Videre valgte vi også å fokusere på de behandlerverktøy som ble brukt og hvordan det bidro til innsikt hos pasientene. *Helhetlig tilbud* omhandlet hvordan psykologen kan bidra til et mer helhetlig behandlingstilbud i en sykehussetting. Sist utkrystalliserte *samhandling* seg som et betydningsfullt tema. Det viser seg at psykologen på ulike måter bidrar til bedre samhandling både mellom helsepersonell, og mellom annet helsepersonell og pasienten.

Tabell 1

Oversikt over temaer

Overordnede temaer		
<u>Psykologfaglig tilnærming</u>	<u>Helhetlig tilbud</u>	<u>Samhandling</u>
Relasjon	Helhetlig forståelse	Talsmann
Behandlerverktøy	Nettverk	Tverrfaglig brobygger
Innsikt	Tilgjengelig psykologhjelp	Rådgiver
	Inkludering av pårørende	

Note. Under hvert av de overordnede tema, presenteres de underordnede.

Beskrivelser av temaer og undertemaer presenteres i teksten. Utvalgte sitater illustrerer de ulike temaene. Deltakerne blir presentert i teksten med tilfeldig utvalgte navn. Det blir ikke opplyst i teksten om forhold som kan bidra til å gjenkjenne pasientene og der det har vært nødvendig å anonymisere utsagnene ytterligere eller utdype sitatene mer står dette oppført slik: (bestemt ord). Dette for å sørge for at deltakernes anonymitet ble ivaretatt. Forfatterne av denne oppgaven har som nevnt i metoddelen brukt Smith (2011) som guide i analyseprosessen. I henhold til disse retningslinjene for en god IPA-studie har hvert overordnet tema blitt presentert med sitater fra minst halve utvalget. Bortsett fra *samhandling* hvor sitater fra fem ulike deltakere ble presentert.

I teksten omtales de som var med i studien som både pasient og deltaker. Dette på grunn av at de fleste deltakerne hadde avsluttet sin behandling ved PHT ved

intervjutidspunktet, mens andre ennå var til behandling, eller skulle inn til behandling på et senere tidspunkt.

Tabell 2

Demografiske data om deltakerne

Navn	Alder	Yrke	Somatisk diagnose
Trine	60 +	Pensjonist	Kreft
Leif	60 +	Pensjonist	Hjerteinfarkt
Bente	20 - 30	Student	Leddgikt
Peder	60 +	Pensjonist	Psoriasis artritt
Camilla	20 – 30	Jobb	Hofte
Trond	30 – 40	Jobb	Hjertearytmi
Margrethe	60 +	Pensjonist	Bekhterevs
Lillian	50 – 60	Jobb	Diabetes
Cathrine	20 – 30	Student	Diabetes
Åse	50 – 60	Sykemeldt	Astma
Grethe	30 – 40	Deltid	Ulcerøs kolitt
Louise	30 – 40	Jobb	Ulcerøs kolitt

Note. Deltakerne presenteres med fiktivt navn og omtrentlig alder for å ivareta deres anonymitet.

Tabell 2 viser fiktivt navn, alder, jobbsituasjon og somatisk diagnose hos utvalget. Slik at leser får et generelt innblikk i de ulike deltakerne. Tabellen viser at utvalget oppgaven endte opp med å representere en variert sykehuspopulasjon med en rekke ulike sykdommer og et variert aldersspenn. Deltakerne i vår studie representerte også hele utvalget på en god måte når det kom til demografiske data.

Psykologfaglig tilnærming

Ikke overraskende la pasientene vekt på hvordan psykologen på ulike måter hadde tatt i bruk psykologfaglig kunnskap i deres møte med dem i klinikken. Det viste seg at psykologene brukte en rekke ulike helsepsykologiske intervensjoner i møte med pasientene og var fleksible ved å variere verktøy opp mot pasientenes individuelle behov. Vi fant også at pasientene mer generelt virker å ha fått økt innsikt i sine psykiske symptomer, i etterkant av å ha hatt kontakt med psykologen. En viktig

del av den psykologfaglige tilnærmingen var også relasjonen psykologen og pasienten utviklet seg i mellom.

Relasjon. Deltakerne hadde delte meninger om hvordan de ble møtt av helsepersonell på sykehuset. Flere fortalte at de har hatt gode relasjoner med andre faggrupper som for eksempel sykepleier, lege eller ernæringsfysiolog. Andre peker på at i en travel sykehushverdag har ikke legen eller sykepleieren alltid tid til deres bekymringer. Her tilfører psykologen en ny kvalitet som flere pasienter hadde savnet. De fortalte om hvordan de opplevde å bli ivaretatt av psykologen, der psykologen var opptatt av å møte pasienten på en mer helhetlig måte. Den terapeutiske alliansen i behandlingsforløpet fremheves i psykoterapiforskning som en viktig del av hva som er god behandling og dette beskriver pasientene som et av de viktigste av psykologens bidrag.

De fleste behandlingsforløpene har vært korte (4-8 samtaler), men flere av pasientene har rike beskrivelser av hvordan de opplevde at psykologen møtte dem på en unik måte. Trine, en enke i 60-årene, som hadde kreft, beskrev svært godt hvordan relasjonen til psykologen ble viktig for henne:

Trine: *Altså, først, så var hun menneske som jeg, altså. På en eller annen måte så kom NN (psykolog) og jeg overens. Altså, hun tok meg helt alvorlig. Og da hadde jeg har vært innom noen psykologer på NN (sykehus) som ikke tok meg alvorlig. Og hun tok meg alvorlig, og hun hadde. Altså vi likte hverandre på en måte, hvis du skjønner. (...) Hun var min allierte, og hun vernet om meg og passet på meg og fulgte meg. Og det var en utrolig hjelp for jeg var jo veldig alene.*

Trine fortalte at hun i sin sykdom opplevde å være veldig alene, og hadde i løpet av flere innleggelsestimer behov for en støttespiller. Hun og psykologen fikk fort en god relasjon og at de hadde en god kjemi seg i mellom, dette var en kvalitet hun hadde manglet både privat og fra møter med annet helsepersonell i krisen hun var i.

Psykologen møtte mange av pasientene vi har i vårt utvalg i flere forskjellige sammenhenger på sykehuset. En pasientsamtale foregår ikke bare poliklinisk men kan også ta plass for eksempel på et pasientrom. Tempoet på et sykehus kan ofte være hektisk og flere pasienter gir uttrykk for at helsepersonell i større grad bør møte dem ut over den diagnosen som er årsaken til oppholdet, og åpne opp for pasientens tanker og bekymringer. Mange av pasientene uttrykker takknemlighet for hvordan psykologen

har møtt dem, vært tilgjengelig og vært oppmerksom på psykiske helse.

Åse, som hadde en rekke akutte innleggelser i året på grunn av astmaanfall, satte veldig pris på at psykologen kunne komme innom henne når hun var innlagt og pekte på at psykologen ble en viktig støttespiller for henne:

***Åse:** Så det har vært veldig positivt, det har, er veldig støtte og det gjør at jeg kan liksom, jeg tenker sånn «jeg håper psykologen er her i dag».*

Grethe hadde ulcerøs kolitt og trakk fram at det å bli hørt og ha en person (psykologen) som stiller de rette spørsmålene var en viktig del av ivaretagelsen av henne som menneske:

***Grethe:** Man trenger at noen har tid til å høre på en, og man trenger at noen forstår. Og man trenger at det ja, ikke bare det at man hører på, men fortelle at ja, det her er helt naturlig. Sånn er det, vi må gå igjennom det. Bare, det vil jeg hvert fall trekke frem som det som er viktig for meg. Noen som kan bare være der, gjennom det som.. er tøffest. Og stille de her viktige spørsmålene.*

Andre deltakere trekker frem andre ting som de opplevde som viktig i møtet med psykologen. Pasienter har ulike behov, Leif opplevde at man får den støtten man trenger fra sine venner og fokuserte da ikke i særlig grad på den relasjonelle delen av behandler-pasient forholdet. Leif står slik i motsetning til Trine siden han var godt ivaretatt av venner og familie, mens Trine i større grad hadde sin støttespiller i psykologen. Under vektla Leif frem hvordan psykologen bidro med psykologfaglig kunnskap:

***Leif:** Alle venner de kjenner deg så godt. At de vet utmerket godt hvordan livet har artet seg for deg. Og de kan helt spontant være til støtte og hjelp. Uten at du behøver å si så veldig mye. Venner forstår det uansett, og det er jo litte granne det poenget som er med psykolog på sykehuset. Der kom de jo faktisk, der ja, så som sagt så kommer hun med det faglige. Faglige råd. Det faglige innholdet med en gang.*

Behandlerverktøy. En rekke psykologfaglige teknikker og intervensjoner ble brukt av psykologene i møte med pasientene. Mangfoldet i teknikkene som ble brukt viser at psykologene var fleksible i møte med hvert enkeltindivid og skreddersydde behandlingen ut i fra deres behov. Generelt pekte pasientene på en rekke ulike

verktøy som for eksempel: endring av negative tankemønstre, selvinstruksjoner, avslapningsteknikker, pusteteknikker. Det viste seg at de fleste teknikkene hadde sitt fundament innenfor kognitiv atferdsterapi, som har et solid empirisk fundament innenfor en helsepsykologisk setting. Sitatene under viser bredden i de psykologiske intervensjonene som ble brukt:

Louise: *Nei, NN (psykologen) ga meg jo en del sånne gode tips til hva man kan tenke og gjøre og sånn. At man må prioritere hvem er det som er viktigst. Altså når man sitter sånn og ser på hvem man har rundt seg og hvem det er som gir noe og som man ønsker å være med. Hvem er viktigst for deg, og hvem er det som er mindre viktig, og hvem er det som stjeler energi fra deg og sånn? Også prøve å kategorisere det litt, og så legge vekt på dem som du.. Altså at du rett og slett må prioritere dem rundt deg, og bruke tid på dem som er viktig for deg.*

Louise opplevde mye slitenhet i forbindelse med sin kroniske lidelse (ulcerøs kolitt), psykologen hjalp henne med å sette i gang en prosess hvor hun systematisk undersøkte hvem eller hva som eventuelt stjal energi fra henne i hverdagen. Dette medførte at hun reduserte kontakt med en barndomsvenninne som hun hadde innsett tok mye energi fra henne og ga lite tilbake.

Åse hadde utviklet sykehuskrekk på bakgrunn av en livstruende feilbehandling ved en tidligere innleggelse. Dette medførte at de fremtidige akuttinnleggelsene hun hadde behov for vekket en sterk angst i henne. Psykologen lærte Åse reguleringsteknikker som for henne var å feste blikket på landskapsbilder som ble hengt opp ved sykehussengen. Dette medførte at Åse fikk mer kontroll over angstreaksjonen hun fikk i tillegg til astmaanfallet hun var innlagt for:

Åse: *(...) De vet liksom hvordan man, hvordan jeg reagerer i større grad og det gjør at jeg klarer kanskje å roe litt granne mer ned. Også har jeg lært noen sånne reguleringsteknikker av NN (psykolog). Jeg har lært å bruke bilder og sånn at, feste blikket på bilder og, ja. Prøver liksom de stabiliseringsteknikkene som jeg har lært av henne da. (...) Altså hvordan jeg kan feste blikket på ting rundt meg til å telle og sånne ting, også til og rett og slett ha noen konkrete bilder.*

Psykoedukasjon innebærer at psykologen underviser pasienten i de psykiske symptomene de opplever, i disse tilfellene angst og depresjon. Flere pasienter

opplevde at å få kunnskap om negative tankemønster og det biologiske fundamentet til angst var virksomt for dem og førte til økt forståelse:

Margrethe: *Ja, og når en mange ganger – altså, når du sitter med disse her svarte tankene, og du enten går i, helt i bare vranglås, så kan du på en måte sitte og tenke: jo, nå er jeg der, i den der – i den prosessen som hun og jeg har snakket om, og nå ser jeg boka for meg, da var det hun dama som snakket om det, ja men her er sikkert jeg nå – sånn at jeg kan gå tilbake og hente opp det jeg har lest og så putte det på meg selv, sånn at istedenfor å sitte og gå inn i den grå verden jeg gjør innimellom,*

Margrethe nevner her at hun i tillegg har fått utlevert en bok om temaet, som hun aktivt har brukt i sin egen terapi. Flere andre deltakere beskrev også at det å få utlevert bøker eller artikler som de kunne ta med seg hjem var hjelpsomt.

Leif fortalte i intervjuet at for han var det å få en forklaring på hvordan kroppen hans fungerer ved angst viktig for han:

Leif: *Det er at lillehjernen faktisk sender ut stoff i blodbanen- som resulterer i at kroppen reagerer, altså, kroppsmuskulaturen reagerer, og det er mange andre reaksjoner som avfødes av det, det er et, naturlig forsvarsverk som kroppen har. Og det forklarer jo veldig mye av hvordan en sånn angstreaksjon kan oppstå.*

Bente er en viktig informant da hun var den eneste i undersøkelsen som klart uttalte at hun ikke opplevde psykologtilbudet som nyttig for henne. Hun opplevde at tilbudet hun fikk hadde rigide rammer som ikke passet hennes behov. Pasienten ble tilbudt behandling for smertehåndtering, men hun beskriver at hun allerede hadde gode strategier for dette og det hadde derfor ingen nytte for henne og at det implisitt i behandlingstilbudet ikke lå til rette for å endre fokus.

Bente peker også på hva hun tror hadde vært virksomt for henne, nemlig vektlegging av identitet hos et ungt menneske med kronisk sykdom. Hun tror også dette kan være et viktig behandlingsfokus for andre unge med kroniske lidelser. Hun påpeker også at hun ville tatt imot et psykologtilbud i fremtiden og heller vært mer klar på sine behov og ønsker i behandlingen:

Bente: *Men, når det er sagt, så er det vel ofte at når man har mye vondt og blir veldig sliten så kommer det ofte katastrofetanker, og det jeg kan tenke*

meg er at folk på min alder som er unge, de trenger heller litt snakk om det her med identitet – hva føler du når du er, du er i stor endringer og hormonforandringer og, også skal du være normal, men du er ikke normal. Det er heller sånne samtaler vi trenger enn det der at nå skal vi snakke om hvordan du takler smertene dine, for som regel så har vi hatt det her i veldig mange år når vi kommer inn og er så unge som vi er (...).

Intervjuer: *Også skal du plutselig få beskjed om hvordan du skal jobbe med å håndtere smerte når du egentlig har gjort det hele livet. (...) Det du sier er jo at det egentlig var litt sånn feil fokus da, får jeg inntrykk av?*

Bente: *Ja. (...) For meg så ble det på en måte litt sånn, jeg bare gikk gjennom programmet og tenkte «kanskje det hjelper, kanskje det ikke hjelper», men så hjalp det egentlig ikke.*

Innsikt. Det var flere eksempler på at pasientene gjennom møte med helsepsykologen har fått en økt innsikt i sine psykiske symptomer og hvordan forholde seg til de på en mer hensiktsmessig måte. Pasientenes utsagn tyder på at de har gjennomgått en mer generell endring etter behandling ved PHT:

Margrethe: *Du kan gå ut av det, eller du kan sitte og male på det en halv time til og så kan du bestemme deg for hvordan vil du ha det. (...) Altså det at – det som etter hvert jeg har sett da er jo at dette har jeg jo hatt over år, ikke sant, og det kan jo være timer en dag og ingen ting den andre dagen, men jeg vet jo når jeg er nede i disse hullene – og det som jeg har – det at jeg har blitt oppmerksom på det har vært ekstremt viktig.*

Margrethe kom med detaljerte beskrivelser av hvordan hun hadde innsett at hun har innvirkning på sin egen tilstand med tanke på hvordan hun forholder seg til sine depressive symptomer. Hun vektlegger det å bli oppmerksom på når man har «sorte tanker» at man ved bevisstgjøring av dette kan velge i hvilken grad man gir disse tankene plass og næring.

Trond er en mann i 30-årene som har vært innlagt i forbindelse med hjertearytmi. Han oppga i intervjuet at han har hatt vansker med å forholde seg til dette:

Trond: *Hva skal en si, da prøver jeg – prøver liksom å tenke – litt sånn tenke; hvorfor kom det nå, og altså, prøve å sette det på en måte i en altså i litt system kanskje da.*

Trond har også slitt med helseangst, men opplevde at han oppnådde større innsikt i egne tankeprosesser etter møte med psykologen. Louise peker på at hun har

blitt mer bevisst, lært mye og mer om seg selv. Noe som har gjort henne i bedre stand til å legge til rette for en bedre hverdag:

Louise: *Men jeg har jo sikkert kunne ha vært enda flinkere og, men jeg synes at det hjalp veldig å gå igjennom den prosessen og jeg tenker at det har gjort meg mer bevisst da i hverdagen. Sånn at hvis jeg hadde jobba kanskje enda mer aktivt med det over lenger tid så hadde jeg kanskje fått enda mer ut av det, men føler fortsatt at jeg har fått veldig mye ut av det. Jeg har lært mye da, også har jeg lært litt mer om meg selv ikke sant.*

Pasientene uttrykker at de har blitt mer bevisste på sine tankeprosesser, hvordan forholde seg til negative tanker, prøve å se sammenhenger på hvorfor slike tanker kommer og velge et mer positivt tankesett i forhold til deres situasjon.

Pasientene peker indirekte på at dette er noe de har utviklet i løpet av sykdomsforløpet og i møte med psykologen som fagperson.

Helhetlig tilbud

Pasientene fortalte i intervjuene om sin opplevelse av å leve med sykdom og om erfaringer med psykologtilbudet. Det viste seg at et hovedtema som pasientene var spesielt opptatt av var at psykologen på ulike måter bidro til et mer helhetlig behandlingstilbud. Psykologen bidro til at pasienten ble sett mer helhetlig og ikke bare ut i fra sin fysiske diagnose. Pasientene opplevde dette som mer ivaretagende og noe som medførte økt mestring. De fortalte på ulike måter hvordan psykologen kunne bidra til et mer samlet tilbud gjennom en helhetlig forståelse, fokus på nettverk, være lett tilgjengelig og inkludering av pårørendeperspektiv.

Helhetlig forståelse. Deltakerne var opptatt av hvordan de hadde i møte med psykologen utviklet en større forståelse av hvordan kropp og sinn henger sammen og påvirker hverandre. Dette framkom selv hos pasienter som hadde vært lenge i helsevesenet både som pasient og som helsepersonell:

Margrethe: *Selv om jeg har jobbet i NN (helsefaglig yrke) lenge og sånn, det er nå en ting. Men jeg må jo si at da jeg kom til henne (psykologen) første og andre gangen, så har jeg jo oppdaget det at, jeg har aldri tenkt over det, dette her med hvordan ting henger sammen i forhold til psyken, familie, venner, altså, det sosiale, og hvordan fysikken og hvordan du lærer deg å takle dette her, det har jeg ikke tenkt over. Før hun begynte å nevne det. Så det var helt ukjent for, for meg, om, burde kanskje visst om det, men i hvert fall så gjorde jeg ikke det.*

Margrethe og Camilla peker på ulike sider av hvordan det ikke er åpenbart at man selv knytter sammenhenger mellom hvordan kronisk sykdom og psykisk helse påvirker hverandre. Margrethe, som selv har lang helsefaglig bakgrunn, peker på at hun på tross av dette ikke var bevisst på slike sammenhenger. Camilla, som har først sett denne sammenhengen etter mange år, trakk fram at hun opplever at andre faggrupper ikke fokuserer på dette, og at det har vært en mangel i hennes behandlingstilbud i mange år:

Camilla: *Selvfølgelig etter tolv år så skjønner jeg jo det at det kan være at det sitter inne i hodet og. Det er det jeg jobber med nå. Men det er ingen som tør å si at det har en sammenheng (...). Altså det jeg tenker er at, hvis at du kommer inn i somatikken da, som pasient, og det blir langvarig, så – hvis at – altså jeg ba jo faktisk selv om å få snakke med psykologen når jeg lå på Diakonhjemmet, fordi at – eller så tror jeg at det hadde rablet. Men når det blir – når de har noen som er der når en kommer hjem og plages, så bør det – jeg mener at det bør være naturlig å blande inn en psykolog i det. For det går jo, det går ut over psyken å ha vondt, eller ikke bli frisk. Det sier jo seg selv. Og da tenker jeg at somatikken glemmer, eller de glemmer den psykiske biten, at det – de ser ikke problemet.*

Camilla vektla at psykologen bør inngå i et rehabiliteringsopplegg når det gjelder mestring av de kroniske sykdommene pasientene, med spesielt fokus på de fysiske og psykiske utfordringene dette medfører.

Lillian kom i kontakt med PHT for å få hjelp til å regulere sin diabetes. Hun har selv helsefaglig bakgrunn og gikk i dybden på hvordan psykologen bidro til en mer helhetlig forståelse:

Lillian: *Altså det er et somatisk sykehus. Så da er det selvfølgelig det medisinske, somatiske, som har vært i fokus. Og det må jo stabiliseres. Altså må jeg jo ha insulin, jeg må jo undersøkes medisinsk også videre. Da å vite at det er – altså den, på en måte, kunne snakke med en person som ivaretar den psykologiske siden rundt somatikken. Fordi det den dimensjonen har jo ikke medisinerne – går ikke de inn i, naturlig nok. Ikke sant? Og, ja, altså psykosoma, altså du får en kronisk sykdom, at den påvirker din psykologiske tilstand, det vet vi du og jeg. Jeg er – erfarer – altså – dette med å mestre en kronisk sykdom. Altså må du lære å mestre den, det er helt opplagt at man må det. Den er en del, jeg har fått en samboer jeg ikke vil ha, som hun (psykologen) bruker som en av metaforene. Det er i grunnen veldig godt sagt. Så jeg må forholde meg til det, og det det er psykologien. Det er tankene og følelsene rundt det å ha denne samboeren.*

Hun peker i sitatet på at den somatiske lidelsen ligger i bunn, men at når man er blitt diagnostisert med en kronisk sykdom og behandlet medisinsk, påvirker dette din psykiske tilstand. Lillian bruker metaforen «uønsket samboer», som ble introdusert av psykologen, om det å leve med en kronisk sykdom og vektlegger at en har behov for en person med ”psykosomatisk kunnskap” (deltakerens utsagn) når den medisinske siden av sykdommen først er ivaretatt.

Videre gjorde Lillian et poeng av at man som pasient i utgangspunktet ikke er vant til at den psykologiske siden blir ivaretatt på sykehuset. Noe som er et godt eksempel på at det ser ut til at flere av pasientene ubevisst fortsatt har en biomedisinsk forståelse av sykdom:

Lillian: *Det er en litt sånn spesiell situasjon å kom – altså når du har en psykologisk problematikk også gå inn i somatikken. Vi er liksom ikke helt vant med at helsepsykologi er en del av somatikken (...) Og få inn helheten. Det er viktig. Jeg vil si det er ganske sånn eksklusivt faktisk. At det – for det somatiske er, ligger i bunn av mitt møte med henne, men samtidig så er det også at jeg må – eller det å få hjelp til å bare ta den psykologiske siden.*

Pasientene beskriver hvordan fremheving av sammenhengen mellom psyke og soma var svært viktig ved mestring av kronisk sykdom, spesielt når den medisinske siden av behandlingen er avklart. Det virker som at pasientene spesielt har vanskelig for å vektlegge denne sammenhengen når sykdommen er i en akutt fase, når den fysiske tilstanden er særlig i fokus, og bevisstgjøre sammenhengen mellom psyke - soma synes lettere når pasienten ikke er i en «alarmfase». Metaforen «uønsket samboer» beskriver godt hvordan pasientene opplever å ha en kronisk sykdom og hvordan en økt forståelse og poengtering av en helhetlig forståelse fører til økt trygghet, kunnskap og mestring hos pasientene.

Nettverk. I tillegg til økt kunnskap om sammenhengen mellom kropp og sinn erfarte pasientene at psykologen bidro til et fokus på nettverk hos pasientene og det å avlaste pasientens nettverk. Pasientene beskriver i detalj at det å leve med sykdom på ulike måter har medført endret oppfatning av viktigheten av sosiale relasjoner og hvordan forholde seg til sitt sosiale liv. Trond så verdien i at psykologen er en ekstern person, som gjennom sin rolle kan være en avlastning for nettverket hans:

Trond: *Så jeg... Ja, kanskje klare litt andre ting med en ekstern i forhold til de hjemme, og så at en er – altså, at en ikke lasser ned alt for masse på de hjemme heller. (...) At ikke alt går på dem, og at det kanskje er greit for meg å prate med noen andre, på en måte.*

Bente var klar på at «alle» kan ha nytte av psykologen på denne måten:

Bente: *Og jeg synes kanskje at, det er greit å gå til psykolog en gang i blant fordi at man trenger alltid å lette tanker til folk som ikke er verken familie eller venner, jeg synes alle burde gå til psykolog, for å være helt ærlig.*

For Louise som i perioder opplevde mye slitenhet på grunn av sin tarmsykdom var psykologen virksom i å hjelpe henne med å prioritere hvem i nettverket hun trengte og ikke. Gjennom denne prosessen og at hun begynte å lage timeplaner og skrive dagbok ble hun bedre til og fordele energien sin på de rette områdene:

Intervjuer: *Er det noe som er mer sånn konkret, du kommer på har nytte av når du har møtt på vanskelige situasjoner i etterkant? At du på en måte kan hente frem noe av det som var snakka om (med psykologen)?*

Louise: *Det aller viktigste var det jeg sa egentlig. Det at jeg satt meg ned og tenkte på hvem det var jeg ikke trengte(ler). I livet mitt. Altså hvem det var som kanskje jeg brukte veldig mye tid på og brukte veldig mye energi på og som jeg aldri fikk noe igjen av.*

Oppsummert peker pasientene på at psykologen bidro som en avlastning for nettverket deres og til hvordan bedre å prioritere sine ressurser opp mot nettverket.

Tilgjengelig psykologhjelp. Generelt pekte de fleste pasientene på at å ha et psykologtilbud tilgjengelig ved kronisk/langvarige tilstander var spesielt viktig. Pasientene var opptatt av at det å ha en psykolog lett tilgjengelig medførte at terskelen for å benytte seg av tilbudet var lavere. De pekte på at liten kunnskap om hva en psykolog faktisk gjør og stigma knyttet til å gå til psykolog gjør at terskelen for å søke et slikt tilbud selv var høy. Spesielt dersom dette ikke var tilknyttet sykehuset:

Camilla: *Så nå skal det sies at jeg har vært et par ganger hos de i tolv, snart tretten år. Og det er første gangen på Diakonhjemmet at jeg har fått tilbud om psykolog. Så jeg tror terskelen for å be om psykolog for å klare å håndtere det er større, for du tenker at det er noe legene fikser.*

Intervjuer: *Så det du sier er egentlig at, det å ha tilgang på en psykolog tilknyttet sykehuset og somatikken, det vil gjøre terskelen lavere for å spørre etter det?*

Camilla: *Ja. Og har jo like, har jo nesten bedre utbytte av psykologen der enn legen, for eksempel. Det er lettere å ta imot det når du blir tilbudt det tror jeg. Ja... Nå har jeg vært på ganske mange sykehus og mange avdelinger og det er (stille) – jeg tror det er lettere både som pasient, og for legene også tror jeg, hvis at du setter sammen et sånt team da.*

Flere deltakere sier at det fortsatt er stigma knyttet opp mot å oppsøke psykolog. Det at psykologen ble presentert som en naturlig del av behandlingstilbudet gjorde terskelen lavere. Fordelen var også at annet helsepersonell kunne tilby PHT til pasienter de så hadde et behov, her eksemplifisert ved Grethe:

Grethe: *Jeg tenker at det er en større barriere å oppsøke psykolog utenfor sykehuset. Jeg tror ikke jeg hadde kommet i kontakt med dere hvis dere lå utenfor sykehuset. For da måtte jeg oppsøkt lege og sagt at jeg trengte noen å snakke med. På sykehuset så var det ikke nødvendig å etterspørre det. Det var noen som sa: "Du trenger det". Det er noe med at noen ser at du trenger det. Det var jo en kvinnelig lege på intensivsen som fortalte om det. Og da kom jeg inn... samme dagen, tror jeg.*

For pasienter med mer akutte innleggelser kan psykologen også ha en viktig rolle. På grunn av astmaanfall og infeksjoner har Åse flere akuttinnleggelser i løpet av året. Hun har vært syk lenge og synes det er vanskelig å være innlagt på sykehus. Hun har vært preget av angst, og har ikke klart å stole på helsepersonell involvert i behandlingen. Sammen med psykologen utarbeidet de en behandlingsplan som lå klar på intensivavdelingen under innleggelsene. Åse beskriver at denne behandlingsplanen ikke alltid ble fulgt i detalj, og det var i denne sammenheng positivt at psykologen var lett tilgjengelig. Psykologen har vært viktig for henne vedrørende å bidra til bedre opplevelser og erfaringer i disse situasjonene:

Åse: *Men det hender, hender at hun kommer innom til meg da, og hvis bildene ikke henger, (ler litt), henger på siden så får vi dem ganske fort opp da. Så det har vært veldig positivt.. (...) Jeg opplever at leger og til dels også sykepleiere eller de jeg måtte komme i kontakt med når du ligger akutt innlagt, de ser lungene og hvordan jeg puster og hvordan blodprøvene er og, og de tingene, og ser kanskje ikke at dette er et menneske med de lungene da.*

Åses vektlegging av psykologens rolle under mer akutte innleggelser skiller seg fra de andre pasientenes erfaringer, som var mer opptatt av at tilbudet var viktig ved langvarige tilstander og er derfor en viktig kontrast. Hun peker på at psykologen

kan være en person som ser hele mennesket i akutte situasjoner, mens legen og sykepleieren ivaretar den somatiske siden.

Inkludering av pårørende. Flere pasienter beskriver at de savnet en større oppmerksomhet på inkludering av pårørende og deres situasjon både ved akutte innleggelses og ved kroniske forløp. For Åse som hadde flere akuttinnleggelses i året på grunn av astmaanfall, ble bekymringen for ivaretagelse av datteren et gjennomgående tema i intervjuet:

Åse: Så det er jo ingen som har, foreslått at, at datteren min, eller sånn skulle være med for eksempel skulle være med i en sånn samtale, altså.

Int.: Nei, det virker som det pårørende perspektivet har mangla litt da, altså?

Åse: Ja. (...) NN (psykologen) har jo, vi snakket litt om det da men, NN (datters navn) har ikke vært med meg i samtaler hos NN (psykologen), det har hun ikke. (...) For de er jo flinke mange, sånne intensivsykepleiere er jo flinke til å prate med pårørende til alvorlig syke, men jeg føler kanskje ikke at det er blitt gjort så mye i min situasjon da.

Åse fortalte at hennes nærmeste pårørende – datteren, ikke hadde blitt godt fulgt opp av sykehuset. Spesielt i forbindelse med hennes akuttinnleggelses som var cirka 8 ganger i året. Hun savnet et fokus på pårørende fra sykehusets side, særlig ved akutte innleggelses.

Leif kom i kontakt med PHT i forbindelse med et hjerteinfarkt, og som en del av behandlingsopplegget deltok han i et gruppetilbud som omhandlet blant annet mestring av sykdommen. I løpet av gruppetilbudet ble han bevisst på hvordan sykdommen hadde påvirket hans nærmeste:

Leif: ... Det var en gruppe på 10 stykker. Også fortalte vi litt om oss selv, og de fleste hadde angst for både å dø eller å få igjen hjerteinfarkt. Men så var det en som sa «det er jo også de pårørende rundt». Og det hadde ikke jeg tenkt på. Fordi når jeg tenkte når ikke jeg er redd, da var det i hvert fall ikke noe, i mine tanker i det hele tatt å tenke på, også spørr jeg jo NN (kona) «tenker du på dette her?», og da begynte hun å gråte. Også sa hun det at «ja, det gjør jeg og spesielt når jeg vet at du skulle være hjemme også tar du ikke telefonen».

Her trakk pasienten fram at han selv ikke opplevde redsel i forbindelse med sin hjertesykdom og derfor ikke opplevde gruppetilbudet som spesielt nyttig. Fordi han ikke hadde angst eller var redd selv, var han heller ikke bevisst på konens tanker og bekymringer omkring hans sykdom. Et eksempel på at pårørende kan ha behov for

ivaretagelse av helsepersonell, selv når pasienten ikke er klar over det. Disse to pasientene beskriver en del av det helhetlige tilbudet som de opplevde ikke ble godt nok ivaretatt og viser at selv om pasienten er godt ivaretatt kan de pårørende være berørt.

Grethe beskrev hvordan hun ble avvist av sitt eget barn etter en lengre innleggelse og hvordan psykologen tematiserte og hjalp henne med dette:

Grethe: *For det ble jo sånn at jeg hadde jo vært inne med hun minste, i 10-11 mnd. Bare meg og henne nesten. Også plutselig ble jeg borte, så hun avviste jo meg. Hun ville ikke komme til meg. Hun ble jo en pappajente over natten.*

Intervjuer: *Hva sitter du som mamma og tenker da når du ser det?*

Grethe: *Ja, det er jo ikke noe godt. Det er jo ikke det. Til nå man har hatt et så nært forhold, også vil hun ikke komme til meg. Det er jo tøft. Det er jo det.*

Intervjuer: *Det snakket du med psykologen om altså?*

Grethe: *Ja, hun prøvde å fortelle meg at det kan være en helt vanlig reaksjon. Og vi må bare ta det på barnas premisser. De må få lov å leve igjennom det på sin måte. Snakke, eller prøve å snakke med de om det.(...), men at det forhåpentligvis vil gå over etter hvert.*

Psykologen bidro til normalisering av reaksjonene nettverket (datteren) hadde til morens sykdom. Dette gjorde det lettere for pasienten å forholde seg til situasjonen, og konsentrere seg om å mestre sine helseutfordringer istedenfor.

Samhandling

Flere av pasientene beskriver det som en trygghetsfaktor og støtte å ha en psykolog i det tverrfaglige samarbeidet. Det er mange ulike faggrupper involvert i behandlingsforløpet som bidrar på forskjellige måter. Flere av pasientene har erfart at det er en åpenhet mellom de forskjellige faggruppene og opplever at dette bidro til en bedre behandling.

Talsmann. Mange av deltakerne fortalte at det var viktig at psykologen kunne være en talsmann inn mot andre profesjoner. Psykologen kunne tale deres sak i de tilfellene hvor de selv ikke følte seg forstått eller ivaretatt, og slik forbedre kommunikasjon og samarbeid mellom pasienten og helsepersonell:

Kathrine: *Legen sa at jeg var litt ferdig med den psykiske biten av sykdommen og at jeg skulle legge den litt bort. [Ler]. Jeg ble litt satt ut og litt sint, for jeg føler vel kanskje at det er det som kanskje er viktigst med min sykdom. Det å få den til å fungere. Å gi plass til den. Så jeg ble ganske skuffet og lei meg (...) Den åpenheten mellom psykologen og legen gjør at jeg føler meg trygg på å si ting. For jeg vet at det er flere som kan ta tak i det.*

Kathrine snakket med psykologen om sine opplevelser, som tok dette opp med den aktuelle legen. Dette førte til at pasienten i etterkant opplevde at relasjonen mellom henne og legen ble bedre. Hun la vekt på at psykologen var en talsmann for henne inn mot legen og at det medførte økt trygghet.

Flere pasienter kommer med helt konkrete eksempler på hvordan psykologen tar kontakt med andre faggrupper (for eksempel legen) der pasientene opplevde at kommunikasjonen eller informasjonsflyten mellom dem ikke var optimal:

Grethe: *Tok liksom kontakten med legene og hjalp oss litt i praten med dem da. (...) Psykologen tok den jobben.*

Intervjuer: *Ja, nettopp. Så det ble sånn bindeledd nesten mellom deg og legen?*

Grethe: *Ja, det ble det. Selv om vi hadde god kontakt med legen så var det akkurat som han ikke forstod det der med; nå har vi fått nok, nå må dere bare gjøre noe. ja, så hjalp oss veldig med det.*

Åse opplevde at når psykologen talte hennes sak inn mot andre faggrupper hadde det større gjennomslagskraft enn om hun hadde gjort det selv:

Åse: *Og det har vært, det er jo utrolig verdifullt da, å ha det. Og pluss at når det kommer fra henne så har det mye større gjennomslagskraft, jeg opplever det, enn om det er jeg som sier det.*

Hun har erfart at psykologene som arbeider ved PHT alle har stor respekt hos de andre faggruppene. Hun beskriver psykologen som en fagperson som ser pasientens behov og i tillegg har stor innflytelse i sykehussystemet.

Tverrfaglig brobygger. I løpet av behandlingsforløpet ved PHT fikk psykologene et innblikk i blant annet pasientens tanker og bekymringer. Dermed sto psykologene i en unik posisjon til å bygge opp en mer helhetlig behandling ut i fra pasientens behov. Psykologen kunne da sette pasienten i kontakt med andre faggrupper, i tillegg til å legge til rette for et tettere samarbeid mellom faggruppene.

Ved kompliserte kroniske sykdomsforløp har pasienten gjerne et større behov for tilrettelegging av behandling og oppfølging. Noen pasienter opplevde negative psykiske reaksjoner i forkant av for eksempel operasjoner som gjorde det vanskelig å

gjennomføre de nødvendige behandlingstiltak. Trine beskrev svært godt hvordan psykologen bidro på en helt unik måte for henne:

Trine: *Og hun tok det alvorlig, og klarte å få meg inn i et program for hun skjønnte at jeg måtte ha hjelp. Det måtte jeg ha. Det er klart at jeg, altså jeg ble ikke helbredet av NN (psykolog), men hun hjalp, ikke sant. Og hun hjalp senere, da jeg skulle opereres igjen og jeg visste at hvis jeg ble operert så dør jeg. Altså var jeg jo så skremt, og da gikk hun og gjorde noe veldig praktisk. Hun tok kontakt med anestesilegen, med operasjonslegen, med hele batteriet, hele verket rundt. Og nærmest, bokstavelig talt, holdt meg i hånden. Altså, alle ble varslet. Jeg hadde samtale med alle disse forskjellige enhetene. Og de skjønnte at de måtte forandre, de kunne ikke gi meg samme type anestesi for det hadde tydeligvis utløst et eller annet i meg. Og jeg hadde mange samtaler med operasjonslegen som var den samme som hadde tatt feil. Skjønner du? Så hun bygde opp et slags hjelpeapparat rundt meg, og det er en sånn ren teknisk ting hun gjorde. Og holdt meg i hånden, altså hun holdt meg i hånden til jeg lå på bordet.*

Psykologen tok tak i hele behandlingsapparatet og sørget for at alle fikk beskjed om hvordan behandlingen burde endres for at pasienten skulle komme seg gjennom operasjonen. Gjennom å knytte kontakter og informere de involverte fagpersonene tilførte psykologen det tverrfaglige samarbeidet bedre informasjonsflyt og skapte en forståelse for den psykiske belastningen mange pasienter opplever i den somatiske sykdommen. Pasienten følte seg mer trygg og uttalte i forbindelse med dette at hun sannsynligvis ikke ville gjennomført operasjonen dersom det ikke hadde vært for psykologens hjelp.

Åse trakk fram psykologen som en fagperson som innehar gode kommunikasjonsferdigheter, og som på bakgrunn av deres behandlingsrelasjon kunne tilrettelegge best mulig tverrfaglig behandling:

Åse: *Ikke sant, i en helt annen dimensjon, enn kanskje mange andre, mye bedre til å kommunisere da. Egentlig, og kan være, sånn som NN (psykologen) i kjølvannet av den hendelsen så har jo hun vært en type, hva skal jeg si, hun, hun har ploget litt vei for meg videre inn da og har tatt noen grep, i forhold til avdelingen og de som har med meg å gjøre, i forhold til at hun kjenner meg gjennom de samtalene vi har hatt.*

Intervjuer: *Ja, nettopp.*

Åse: *Og jeg ville aldri vært der i dag hadde ikke NN (psykologen) fremsnakkert de tingene ved at jeg gikk til samtale hos henne.*

Psykologen får et unikt innblikk i pasientens bekymringer og utfordringer som ikke annet helsepersonell nødvendigvis får kjennskap til:

Lillian: *At det er noen som går inn i oss, som har det som fokus, og samtidig også – som pasient så vet jeg at NN (psykolog) samarbeider med leger, sykepleier, ernæringsfysiolog. Det er jo faktisk et helt – altså det er et tverrfaglig samarbeid.*

Lillian peker også på at viten om at psykologen samarbeider med lege, sykepleier og ernæringsfysiolog gjør henne trygg og sikrer en bedre behandling rundt henne.

Av og til kan det være at pasientene har behov for andre perspektiver, og psykologens fokus på det helhetlige satte for eksempel pasientene i kontakt med andre faggrupper som kunne hjelpe pasienten:

Trine: *NN (psykolog) var også praktisk behandler ved at hun satt meg i kontakt med for eksempel presten. Jeg er ikke kristen, men jeg var nysgjerrig. Hun satte meg i kontakt med folk som jeg kunne få andre synspunkter av.*

Rådgiver. Pasientene trakk også fram psykologen som gjennom sin relasjon til pasienten på ulike måter kan gi råd og veilede annet helsepersonell. På bakgrunn av at psykologen får kjennskap til den psykiske og atferdsmessige siden av pasientenes somatiske lidelse er man i en unik posisjon til å veilede og undervise annet helsepersonell om dette.

Åse har vært syk med en kronisk lidelse lenge. For å sørge for at alle faggrupper har kjennskap til pasientens utfordringer ved akutte innleggelser har psykologen introdusert en behandlingsperm der de ansatte kan sette seg inn i dette:

Åse: *Jeg har en sånn behandlingsperm som står inne på intensivavdelingen, og der står det rett og slett noen bilder, jeg er glad i fjell og sånn, som liksom gir mye mer luft. I den der behandlingsplanen så står det liksom, NN (psykolog) har skrevet litt granne om meg da i forhold til hva som er bra å gjøre og hva som ikke er bra å gjøre.*

Lillian pekte også på at psykologen informerte legen om hva de snakket om og jobbet med. Legen kunne ta dette til etterretning i sitt møte med Lillian og deres behandlingsrelasjon:

Lillian: *Men, å vite at hun kunne – og det gjorde hun også, og snakket med min lege på Diakonhjemmet om mine utfordringer. Og hun (legen) blir informert av NN (psykolog) om min tilstand og de blir informert om ting jeg jobber med.*

Diskusjon

Analysen av intervjuene resulterte i tre overordnede temaer som omhandlet *psykologfaglig tilnærming, helhetlig tilbud, og samhandling*. Problemstillingen vår var å undersøke hvilke erfaringer pasientene har hatt med psykologtilbudet ved Diakonhjemmet sykehus, og hva som har vært psykologens bidrag i det tverrfaglige samarbeidet. Deltakerne var generelt fornøyd med psykologtilbudet, noe som ikke var uventet. Våre resultater peker på at psykologer har, på grunn av sin fagkompetanse, kunnskap og ferdigheter som pasienter i somatikken har savnet. Psykologer kan fylle en rolle som andre profesjoner ikke har rammer eller fagkunnskap til å fylle, nettopp ved å ha fokus på den psykologiske siden ved somatisk sykdom. Videre peker pasientene på at psykologen bidro til et mer helhetlig tilbud og samhandling. Det synes altså som at psykologen også tilfører noe nytt i samarbeidet med annet helsepersonell rundt pasientene. Disse temaene vil nå bli videre diskutert.

Relasjon

For en psykolog ligger en god allianse mellom pasient og behandler som en grunnpilar for vellykket behandling. Deltakerne trakk også frem at relasjonen til psykologen hadde vært viktig for dem. De vektla at de opplevde å bli sett, hørt, tatt på alvor og ivaretatt. En god relasjon er da ikke bare en forutsetning for et godt samarbeid omkring behandling, men har en verdi i seg selv for pasientene. Dette er i tråd med en rekke metaanalyser som peker på effekten av fellesfaktorene i terapi (Laska, Gurman, og Wampold (2014); Wampold et al., 1997). Laska, Gurman og Wampold (2014) fant evidens for at allianse mellom pasient og behandler, empati fra behandler side og felles målsetning dekket 27,5 % av den totale variansen for utfallet av psykoterapi. Når man samtidig ikke har funnet signifikante forskjeller på effekten av psykoterapi mellom ulike terapiformer, understreker dette viktigheten av fellesfaktorene ved terapi og herunder relasjon. Forfatterne av denne metaanalysen vektlegger at fremtidig forskning må integrere dokumentasjonen på fellesfaktorer og spesifikke behandlinger. I den forbindelse er det viktig å påpeke at innenfor en rekke

sykdommer er det økende evidens for at noen metoder er bedre enn en andre, som for eksempel kognitiv atferdsterapi for depresjon hos multippel sklerose (Mohr, Boudewyn, Goodkin, Bostrom & Epstein, 2001).

Våre resultater peker også på at relasjonen mellom psykologen og pasienten tilfører en ny dimensjon sammenlignet med annet helsepersonell. Dette har en naturlig sammenheng med at forutsetningene og verktøyene er forskjellige for psykoterapi og behandling av somatiske lidelser. Relasjon er i større grad vektlagt som en viktig bestanddel innenfor psykoterapi. Helsepsykologens rolle tilfører en kvalitet, gjennom relasjonen, som de andre faggruppene gjerne ikke har samme forutsetning eller prioriterer å fokusere på. Det er her viktig å påpeke at relasjon til annet helsepersonell også er viktig og at flere av pasientene vektla dette også.

For å legge til rette for en god relasjon er det viktig at man i større grad inkluderer pasienten. Irvin og Richardson (2006) fant i sin studie at behandlere i stor grad har vært styrende i møte med pasienten de siste 50 årene. Det er vesentlig at man legger vekt på at man lar pasienten komme med innspill i utformingen av behandlingsplanen. Dette vil som vi har nevnt innledningsvis føre til et bedre samarbeid, og ha en positiv innvirkning på relasjonen mellom pasient og behandler. Den helsepsykologiske behandlingstilnærmingen innebærer å ha et biopsykososialt perspektiv. Dersom man ikke har dette, men inntar en mer objektiv, biomedisinsk tilnærming kan dette medføre at relasjonen mellom pasient og behandler svekkes (Mikkelsen, 2016).

Helhetlig forståelse

Resultatene i denne brukerundersøkelsen antydte at deltakerne i utgangspunktet virket å inneha en biomedisinsk forståelse av sykdom. Dette gjaldt noe overraskende også for deltakere som hadde vært mange år i helsevesenet både som pasient eller som helsepersonell. Flere av deltakerne uttalte at de først hadde blitt oppmerksomme på sammenhenger mellom kropp og sinn etter sitt møte med helsepsykologen. De opplevde en slik forståelse som terapeutisk virksomt og at det videre bidro til bedre livskvalitet gjennom bedre mestring av sykdom. Dette indikerte en betydelig diskrepans mellom en klinisk helsepsykologisk forståelse, som er sterkt forankret i den biopsykososiale modellen, og pasientenes forståelse og opplevelse av sykdom som i utgangspunktet syntes å være mer biomedisinsk orientert. Dette var en forskjell vi også kunne se mellom psykologen og annet helsepersonell. For andre

faggrupper kan bevisstgjøring av sammenhengen mellom biologi, psykologi og det sosiale i møte med pasienten være krevende på grunn av sykehusets struktur og andre ytre rammer. I tillegg til at for eksempel sykepleiere og leger naturlig nok skal ha et fokus på pasientens somatiske tilstand og utfordringer. Dette er ikke ment som kritikk mot annet helsepersonell, men tydeliggjør heller behovet for helsepsykologisk kunnskap. At deltakerne i utgangspunktet hadde en biomedisinsk forståelse viser at helsevesenet og samfunnet fortsatt har en lang vei å gå når det kommer til å utvikle en helhetlig behandling. Det viser også at helsepersonell må være bevisst på at en biopsykososial forståelse ikke nødvendigvis er noe som pasientene forventer.

Det var også eksempler på at psykologen bidro opp mot pasientens sosiale nettverk. Psykologen kan her gjennom sin rolle bidra som en avlastning av pasientens nettverk og bidra med normalisering av reaksjoner i nettverket. Som helsepsykolog har man kunnskap om at også sosiale faktorer som økonomi og jobb har påvirkning på sykdom. Et interessant poeng var at ingen av deltakerne poengterte hvordan kronisk sykdom kan påvirke egen økonomi og bekymringer rundt dette. En mulig grunn til dette kan være at Diakonhjemmet Sykehus er lokalisert i et område som regnes og ha høy sosioøkonomisk status og at slike utfordringer derfor ikke var aktuelle.

Ivaretagelsen av psykologiske/psykosomatiske forhold ved somatisk sykdom må alltid knyttes opp mot den medisinske tilstanden. Dette er et viktig poeng. Dersom man kun vektlegger psykososiale faktorer kan pasienten tolke dette som at behandleren mener at pasientens plager kun sitter i hodet og vil derfor oppleve at de ikke blir forstått (Bates, Rankin-Hill & Sanchez-Avendez, 1997).

Psykologfaglig tilnærming

I denne kategorien pekte vi på faktorer pasientene hadde tatt med seg videre ut i fra sin behandling ved PHT. Resultatene viste at psykologen brukte en rekke ulike behandlingsverktøy i møte med pasientene, som de i ettertid trakk frem som virksomme og til dels fortsatt brukte. Psykologene arbeidet i henhold til evidensbasert behandling, og brukte teknikker som er veldokumentert innenfor klinisk helsepsykologi. De ulike behandlingsverktøy som pasientene fortalte om tyder også på at psykologene var i stand til å skreddersy behandlingen for hver enkelt pasient. Dette er en utfordring psykologer har med dagens fokus på mer standardiserte behandlingsverktøy. Sett i lys av at pasientene opplever dette som positivt bygger

dette under påstanden om at plan for behandling bør ta utgangspunkt i pasientens forskjellige behov, og ikke nødvendigvis følge et bestemt oppsett av behandling.

Bente stod i motsetning til de andre deltakerne ved at hun ikke opplevde tilbudet ved PHT som nyttig for henne, på grunn av at hun allerede hadde gode strategier for å mestre sin egen smerteproblematikk. Hun kom med verdifulle innspill til hvordan tilbudet ville vært bedre for henne og andre unge med kroniske lidelser. Hun argumenterte for at identitet som ung med kronisk sykdom, og utfordringene dette medfører, hadde vært viktig for hennes del. Bente hadde en opplevelse av at behandlingsfokuset var «satt» og at det implisitt ikke var anledning til å diskutere andre tema. Dette tydeliggjør viktigheten av behandling burde være pasientsentrert. Mead og Bower (2000) identifiserte fem dimensjoner innenfor begrepet pasientsentrert behandling: Biopsykososial tilnærming, pasienten som person, deling av makt og ansvar, behandler som person og terapeutisk allianse. I Bentes tilfelle kan man hevde at dimensjonene pasienten som person og deling av makt og ansvar ikke var ivarettatt, siden hennes preferanser og forventninger ikke ble møtt. Bente tydeliggjør behovet for at helsepsykologer må være mer bevisste på blant annet identitet hos unge med kronisk sykdom. Dette er en interessant problemstilling for fremtidig forskning.

Generelt antydnet gjennomsnittlig antall psykologtimer (ca. 5 timer) at behandlingen var konkret og at verktøyene som ble brukt passet i en travel sykehussetting. Det er her viktig å påpeke at deltakerne ikke alltid gikk i detalj på hvordan de hadde brukt teknikkene, og at de ikke alltid husket i detalj hva teknikkene bestod i. En årsak til dette er at pasienter og psykologer kanskje ikke alltid snakker samme «språk». Psykologiske intervensjoner er også bygd på fagtermer, og det kan virke som at pasientenes utbytte ble bedre inkorporert i en mer generell forstand. Det kom klarere fram gjennom at pasientene generelt virket å ha fått større innsikt i egen psykisk helse og tankeprosesser.

Pasientene vektla i mer generelle termer hvordan de var blitt mer oppmerksomme og mer bevisst sine egne tankeprosesser. Dette tyder på at pasientene har utviklet bedre metakognitive evner. Metakognisjon er et psykologisk fagbegrep som kan defineres som tanker om omkring tanker (Hjemdal & Hagen, 2012). Metakognitiv terapi har god effekt på angst og depresjon. Den metakognitive modellen bygger på ideen om at informasjonsprosessering og tankeprosesser bidrar til, og opprettholder psykiske plager. Økt oppmerksomhet på triggere, fokus på

verdien av grubling og hva som opprettholder tankemønstre er viktige faktorer innenfor denne retningen. Metakognitiv terapi hører til under paraplybegrepet kognitiv atferdsterapi, som vektlegger identifisering av negative tankemønstre og endring av disse. Et resultat av en bedre innsikt og endring av tanker, er synonymt med en økt metakognitiv forståelse. Metakognisjon som faglig begrep fanger godt opp bedringen pasienten har beskrevet, uten at det alltid manifesterer seg i at en spesiell intervensjon eller metode har vært spesielt betydningsfull. Begrepet kan være nyttig i operasjonaliseringen av fremtidig forskning innenfor klinisk helsepsykologi.

Samhandling

Et av hovedfunnene i undersøkelsen handler om hvordan psykologen bidrar til et bedre samarbeid mellom de forskjellige faggruppene ved Diakonhjemmet Sykehus. Psykologer er gjennom sin utdanning og profesjonsutøvelse opplært til å tenke helhetlig opp mot pasientene. Det er imidlertid flere yrkesgrupper som er det, blant annet fysioterapeuter, sosionomer, og ergoterapeuter, og sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2011). For å sørge for at man skal kunne legge til rette for fortsatt god samhandling, er det viktig at man anerkjenner de forskjellige profesjonenes kompetanse og at man som forsikrer seg om at alle tilfører det tverrfaglige samarbeidet sitt bidrag. Dette vil være til beste for sykehuset, og selvfølgelig også for pasientene.

Psykologene tilfører det tverrfaglige miljøet et supplement som pasientene opplever at de har savnet. Det er som antydning innledningsvis avdekket et behov for å sette inn tiltak for å bedre kommunikasjonen i helsevesenet, og resultatene viser at psykologen bidrar til dette på flere måter. I samtale med psykologen formidler pasientene forhold omkring sin psykiske og somatiske helse, og eventuelle utfordringer de eventuelt har i kontakt med øvrig helsepersonell. De opplever at psykologen og annet helsepersonell har en åpen dialog, og dette medfører at pasientene føler seg tryggere, og bedre ivaretatt. Gjennom den rollen psykologen har på sykehuset har han eller hun anledning til å formidle overfor annet helsepersonell informasjon som er viktig for å bevare pasientens psyke eller oppklare forhold der pasienten eventuelt føler seg misforstått eller feilbehandlet. Mye av den informasjonen som kommer frem her har man ikke fått kjennskap til tidligere og pasientene peker på dette som noe nytt, til tross for at annet helsepersonell også er utdannet i å tenke helhetlig. Man kan tenke seg at dette handler om hvordan sykehuset

er organisert, og at miljøet generelt innebærer høyt arbeidspress og liten tid.

Psykologer har i større grad fokus på psykisk helse, og er gjennom sin utdanning og profesjonsutøvelse bedre trent til å ivareta dette.

I de spesielt kompliserte kroniske sykdomsforløpene er behovet for god samhandling og kommunikasjon enda større. Flere av deltakerne trakk frem hvordan psykologen fremstår som et bindeledd i det tverrfaglige samarbeidet, ved å samle de forskjellige faggruppene, bidra til bedre informasjonsflyt, og tilpasse behandlingen slik at den passer til den enkelte pasient. I behandlingsforløpet får ofte psykologen innsikt i hvordan den somatiske sykdommen påvirker den psykiske helsen, og med dette har man mulighet til å gi råd og veilede annet helsepersonell i hvordan man best kan håndtere dette. Pasientene er tydelige på at de aspektene ved psykologtilbudet ved Diakonhjemmet nevnt ovenfor er noe de ønsker og de opplever det som noe de sjeldent har erfart tidligere.

Selv om det er flere av pasientene som har blitt oppmerksom på hvordan psykologen har bidratt til bedre samhandling på sykehuset er dette imidlertid noe man kunne fått mer innsikt i dersom man hadde valgt å intervju psykologer eller annet helsepersonell omkring dette. Dette er deres hverdag og de har naturlig nok mer erfaring med hvordan dette samarbeidet eventuelt har endret seg og blitt bedre. Dette kan være en interessant problemstilling i fremtidige forskningsprosjekt.

Slik utdanningsforløpet for psykologer og annet helsepersonell er i dag er det foreløpig ikke stor vekt på tverrfaglig samarbeid. Verdens helseorganisasjon (WHO) har lenge hevdet at tverrfaglig utdanning er et godt virkemiddel for å få til tverrfaglig praksis (Psykologforeningen, 2016). Dersom man ser på de forskjellige utdanningsinstitusjonene i Norge, er det få eksempler på dette. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og Høgskolen i Sørøst-Norge har nylig utviklet og drevet en tverrfaglig videreutdanning når det gjelder behandling av smerte. Dette er kanskje noe man i fremtiden kan legge mer vekt for å sørge for økt implementering av klinisk helsepsykologi i flere norske helseforetak. Dette er noe Norsk Psykologforening samt de forskjellige universitetene bør legge mer til rette for.

Universitetet i Tromsø opprettet i 2009 det første helsevitenskapelige fakultet i Norge (Hansen, 2016). Dette ble gjort for å legge til rette for en mer tverrfaglig og innovativ helsefaglig utdanning. Det legges vekt på at man skal produsere mer forskning og sørge for å være en viktig bidragsyter i utformingen av fremtidens helsevesen. Her har man felles introduksjonsprogram (HEL-0700), og at man legger

til rette for mer tverrfaglig praksis (Universitetet i Tromsø, 2016). Dette kan ses på som et eksempel til etterfølgelse for øvrige utdanningsinstitusjoner.

Tilgjengelighet

Flere av deltakerne fremhever at det er en styrke ved tilbudet er at det er lokalisert på det somatiske sykehuset som en egen avdeling. Det gjør tilbudet mer synlig og lettere tilgjengelig. Psykiske lidelser innebærer fremdeles stigmatisering, og selv om det har vært en forbedring av samfunnets oppfatninger omkring dette, er det fremdeles mye arbeid som gjenstår. Terskelen for å ta kontakt med psykolog er for mange fremdeles høy. Man opplever at terskelen blir betydelig lavere når psykologhjelp tilbys som en integrert del av sykehuset. Det er flere som forteller at de ikke ville tatt kontakt med psykolog utenfor sykehuset. Selv-stigmatisering og forventet stigmatisering har vist seg å redusere hjelp-søkende atferd for blant annet depresjon (Schomerus & Angermeyer, 2008). Intervensjonsstudier peker på at de-stigmatisering og økt kunnskap om psykiske lidelser gjør det lettere og søke profesjonell hjelp. Det kan tenkes at og ha psykologer som en naturlig del av et tverrfaglig tilbud i seg selv reduserer stigma. En økt inkorporering av den biopsykososiale modellen på samfunns- og sykehusnivå vil i tillegg tilføre ny kunnskap om psykiske lidelser som også kan medføre de-stigmatisering.

Videre er det fordelaktig at annet helsepersonell lett kan henvise pasientene dersom de ser et behov for det. Det er kort ventetid og tilbudet fremstår som fleksibelt ved at kontakt kan etableres poliklinisk, at psykologen kan avtale samtale på pasientrom, eller eventuelt andre steder på sykehuset. Dette går imidlertid andre veien også. Dersom psykologen i samtalen med pasienten får informasjon om somatiske forhold kan man lettere etablere kontakt og henvise videre til spesialist.

Deltakerne trekker frem psykologen som en fagperson som innehar både psykologisk så vel som kunnskap om somatiske sykdommer, og hvilke implikasjoner dette har. Det kan se ut til at mange pasienter fremdeles ikke har kjennskap til hva en psykolog gjør, og særlig ikke hvordan en psykolog kan hjelpe dem i behandlingen av deres somatiske sykdom. Ved for eksempel å sette inn tiltak som opplæring av sykehusets ansatte kan man lettere gjøre denne kunnskapen mer tilgjengelig for pasientene.

Det somatiske sykehuset er i større grad preget av akutte innleggelser enn man er vant med i psykisk helsevern. Slik for eksempel Åse forteller om fant hun stor

trygghet i det at hun hadde tilgjengelig psykologhjelp de gangene i året hun var akutt innlagt. På en annen side er det flere pasienter som trekker frem at man i akutte sykdomstilfeller ikke er mottakelig for psykoterapi, og man er nødt til å avvente til den somatiske tilstanden er mer avklart og ferdigbehandlet. Sett ut fra dette bør man diskutere hvordan man i behandlerapparatet kan nyttiggjøre seg psykologens fagkompetanse, og avdekke eventuelle behov for psykologisk behandling. Ved å gi pasientene mer informasjon om tilbudet og fortsette med tiltak omkring opplæring av annet helsepersonell, kan dette være med å sikre at pasientene får psykologhjelp i de tilfellene de har behov for det. Det kan i mange tilfeller være en stor psykisk påkjenning å være innlagt på sykehus, uavhengig om det er akutte sykdomstilfeller eller ikke. Ivaretagelsen av det psykiske aspektet også innenfor det somatiske behandlingsapparatet kan ses på som et viktig vekstområde, og fremover bør psykologen inkluderes som en ressurs i og i større grad være til stede for pasientene i disse situasjonene.

Samarbeid med pårørende

Det har de siste årene vært et økt fokus på pårørendesamarbeid og det er flere pasientorganisasjoner som har uttalt seg i media, blant annet Kreftforeningen. I resultatene er det flere som trekker frem at de skulle ønske at det var en større satsning på bedre pårørendesamarbeid. Åse ønsket dette særlig i løpet av sine akutte innleggelse. Dette er en rolle som psykologer tradisjonelt har hatt innenfor psykisk helsevern. Det er blant annet utgitt en veileder om hvordan man bør samarbeide med pårørende (Helsedirektoratet, 2008). Pårørende er ofte en viktig ressurs i behandling av sykdom. Mange har betydelig kunnskap om og kjennskap til den som er syk. Dersom man involverer de pårørende på en god måte der det er hensiktsmessig og nødvendig, har undersøkelser vist at dette bidrar til å redusere tilbakefall, bedring av sosial fungering, færre symptomer, og bedre mestring. Både pasientene og de pårørende oppgir at de er mer tilfreds. Det er ikke alltid at det er aktuelt å innlede et samarbeid, men deltakerne i denne undersøkelsen fremhever at dette er noe de ønsker mer av. Helsepersonell har i for liten grad vært opptatt av hvordan det er å ha et familiemedlem med alvorlig sykdom, og at det kan være en stor belastning også for de pårørende. Resultatene presentert overfor viser at ivaretagelse av pårørende indirekte er god behandling av pasientene. Gjennom faglig kunnskap, relasjon til

pasienten og tilgjengeligheten på sykehuset har helsepsykologen gode forutsetninger til å ha pårørendesamarbeid som en av sine arbeidsoppgaver.

Begrensninger i undersøkelsen

Som en uavhengig part fikk vi tilgang til data innsamlet ved Diakonhjemmet. Vi har ikke intervjuet deltakerne personlig, og designet heller ikke intervjumalen selv. Dersom dette hadde vært tilfelle ville vi sannsynligvis vært opptatt av å utvikle en intervjuprotokoll som var mer i henhold til vår problemstilling. Det er mulig at vi hadde inkludert andre spørsmål, og med bakgrunn i vår forforståelse respondert med andre oppfølgingsspørsmål på deltakernes utsagn. Pasientene ble intervjuet over telefon. Det kan tenkes at det ville vært lettere for pasientene og gå i dybden på temaene hvis det hadde blitt gjort ansikt til ansikt og at det slik ville blitt et rikere datamateriale. Intervjuer var klar på at hun var en uavhengigpart i undersøkelsen, men likevel kan det tenkes at deltakerne identifiserte intervjuer med Diakonhjemmet. Dette kunne gjøre terskelen for å være kritisk til tilbudet høyere blant deltakerne. Et eksempel på dette var deltakeren Grethe som under intervjuet sa *«jeg tror ikke jeg hadde kommet i kontakt med dere hvis dere lå utenfor sykehuset»*.

Antall deltakere i utvalget kan være en begrensning med undersøkelsen. Det ble tatt utgangspunkt i metningskriteriet i inkludering av antall deltakere i undersøkelsen. Som en kvalitetssikring ble det i tillegg analysert tre intervju i etterkant, uten at disse intervjuene tilførte noe nytt (Guest, Bunce & Johnson, 2006). Likevel kan man anta at det kan ha fremkommet ny informasjon hvis flere andre deltakere ble inkludert i undersøkelsen. Samtidig ville faren vært at for mange deltakere hadde medført en overfladisk analyseprosess (Malterud, 2001).

Metodebegrensninger

Kvalitative undersøkelser ønsker å få en dypere forståelse omkring et avgrenset tema. Dette innebærer en helt annen tilnærming enn ved kvantitative forskningsmetoder. Malterud (2001) argumenterer for egne kvalitetskrav for kvalitative metoder og vektlegger refleksivitet, validitet og generaliserbarhet.

Refleksivitet omhandler at forfatteren, med sin egen bakgrunn og perspektiver, påvirker resultatene av undersøkelsen gjennom sin rolle som fortolker (Malterud, 2001). En forkaster da illusjonen om den objektive forskeren og vektlegger heller bevisstgjøring av det subjektive. Vi har derfor gjennom hele prosessen forsøkt å være bevisste på vår bakgrunn og være transparent gjennom avsnittet *«vårt utgangspunkt»*

og i beskrivelsen av det analytiske arbeidet. Det kan også ses på som en styrke at vi har vært flere i den analytiske prosessen som kunne utfylle hverandre.

En begrensning med metoden kan være manglende replikerbarhet. Andre forskere som ser på samme datamateriale kan komme til forskjellige resultater og en kan derfor argumentere for lav ytre validitet. På en annen side kan man argumentere for at hvis studier undersøker det problemstillingen vil ha svar på (indre validitet), er resultatene til andre studier like valide fordi det medfører en rikere forståelse av komplekse fenomener (Malterud, 2001). Manglende replikerbarhet kan derfor argumenteres for å være både en styrke og en svakhet.

Kvalitative metode har også fått kritikk for manglende generaliserbarhet. Malterud (2001) trekker fram at kvalitative studier ikke har som mål å være valid for populasjoner som helhet, da man ikke bruker statistiske metoder eller har randomisert utvalg som et mål på validitet. Målet i en kvalitativ studie er at problemstillingen eller resultatene er overførbare til andre settinger. På bakgrunn av kvalitetskrav nevnt ovenfor ble bakgrunnsinformasjon presentert slik at man kan vurdere i hvilke settinger resultatene er valide. Det er viktig å påpeke at på bakgrunn av variasjonen i utvalget, med tanke på somatisk sykdom og alder, ikke fremkommer en åpenbar grunn til at resultatene ikke er overførbare til andre sykehuspopulasjoner i Norge.

Avslutning

I denne undersøkelsen har det blitt avdekket flere viktige punkt som deltakerne har formidlet omkring det helsepsykologiske tilbudet ved Diakonhjemmet sykehus. Resultatene bidrar forhåpentligvis til økt forståelse og mer nyansert kunnskap.

Med tanke på de økte kostnadene det medfører for helsevesenet med pasienter med både somatiske og psykiske plager er det god grunn til å tro at psykologhjelp vil være et kostnadsbesparende tiltak (Chapman et al., 2005). Det vil være interessant om man i tiden som kommer inkluderte et mål på kostnadseffektivitet, i tillegg til kliniske effektmål og tilfredshet.

Det ser ut som at det fremdeles er en lang vei å gå før man har oppnådd en biopsykososial sykdomsforståelse, både blant pasienter, og hos ansatte ved sykehus. Den biomedisinske forståelsen av sykdom har fortsatt en sterk forankring i sykehuskulturen, og en tradisjon pasienter er godt «oppdratt» i. Ansettelsen av flere psykologer i somatikken er et viktig skritt på veien mot en økt biopsykososial forståelse. Både i møte med pasienter, men også som rådgiver av annet

helsepersonell.

PHT ved Diakonhjemmet Sykehus er den første i sitt slag i Norge. Det er stadig et behov for videre forskning rundt hvordan psykologen kan brukes på best mulig måte, utvikle enda bedre intervensjoner i møte med pasientene samt hvordan implementere helsepsykologiske tilbud på andre sykehus også. Fremtidig forskning burde videre dokumentere effekten av et økt psykologtilbud i somatikken, hvordan psykologen enda bedre kan bidra til økt biopsykososial forståelse, metakognisjon som et mål på endring og generelt å undersøke helsepsykologens egne erfaringer som behandler på et somatisk sykehus. Det vil også være interessant å undersøke hvordan annet helsepersonell har opplevd psykologtilbudet.

Psykologens oppgaver og virke på et somatisk sykehus er ikke ferdig definert og vi foreslår på bakgrunn av deltakernes utsagn et økt fokus på pårørende som er et område psykologen er utdannet til å håndtere. For eksempel gjennom samtale med pårørende individuelt eller i pårørendegrupper. Pasientene ønsker dette, og det er flere instanser som arbeider for å kunne tilby et mer helhetlig behandlingstilbud, også i Norge.

Helsepsykologi er fortsatt et fagfelt under utvikling og for at man skal fortsette utviklingen av flere slike tilbud, må man hente inspirasjon hos allerede etablerte tilbud, som for eksempel ved Diakonhjemmet. Den nasjonale konferansen for klinisk helsepsykologi ble arrangert for andre året på rad i april 2016. Lederen for Stortingets Helse- og Omsorgskomite Kari Kjønås Kjos var tydelig i sin åpningstale for konferansen (Halvorsen, 2016). Psykologisk kunnskap i somatikken fører til bedre behandling av pasientene. Dagens helsevesen er for fragmentert, men det er tydelige signaler om større grad av implementering, og dette er satt på politisk dagsorden. Det er forventet at man vil se mange endringer fremover som vil føre til bedre behandling for pasientene.

Referanser

- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The emperical case for the common factors in therapy: quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (red.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, (s. 23-55). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bates, M. S., Rankin-Hill, L., & Sanchez-Avendez, M. (1997). The effects of the cultural context of health care on treatment of and response to chronic pain and illness. *Social science and medicine*, 45 (9), 1433-1447.
- Belar, C. D., & Deardorff, W. W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings. A practitioner's guidebook* (2. Utg.). Washington, DC: American psychological assosiation.
- Berge, T., Ekern, P., Fjerstad, E., Hyldmo, Lang, N., & Skjørshammer, M. (2016). *Implementering av klinisk helsepsykologi i sykehus*. Akseptert for publikasjon i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Berge, T., & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 323-331.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. reviderte utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Biggerstaff, D., & Thompson, A. R. (2008). Interterprative phenomenological analysis (IPA) a qualitative methodology of choice in healthcare research, *Qualitative Research in Psychology*, 5(3), 214-224.
- Borrell-Carrió, F., Epstein, R. M., & Suchman, A. L. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry, *Annals of family medicine*, 2(6), 576-582.
- Brocki, J. M., & Wearden, A. J. (2006) A critical evaluation of the use of interterprative phenomenological analysis (IPA) in health psychology. *Psychology & health*, 21(1), 87-108.
- Bruusgaard, D. (2009, 13.02). Pasient. Hentet 2.4.2016, fra <https://sml.snl.no/pasient>
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2005) The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing chronic disease*, 2, A14.

- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Ruppar, T. M., Mehr, D. R., & Russel, C. L. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *The gerontologist*, *49*, 447-462.
- Diakonhjemmet Sykehus. (2016). *Om Sykehuset – hvem er vi*. Hentet 28.3.2016 fra <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/hvem-er-vi>
- Dammen, T. (2002). Psykologiske faktorer ved ikke-kardiale brystmerter. *Tidsskrift for den norske legeforening*, *122*, 1391-1395.
- Damsgård, T. B. (2014). KID-kurs. Veien til et friskere liv. Hentet 22.4.2016, fra <http://napha.no/content/14879/KID-kurs-veien-til-et-friskere-liv>
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipo, C. D., Perri, L-C. M., & Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: a meta-analysis. *Health Psychology*, *26*, 241–250.
- Diakonhjemmet sykehus. (2016). Om Diakonhjemmet sykehus. Hentet 19.4.2016 fra <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/hvem-er-vi>
- Donaldson, L. (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21th century*. Department of health, Storbritania.
- Engel, G. I. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, *196*(4286), 129- 136.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I., & Lang, N. (2014). Hva krever kronisk sykdom av helsevesenet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *51*, 408.
- Friis-Haschè, E., Elsass, P., & Nielsen, T. (2004). *Klinisk sundhedspsykologi*. København: Munksgaard Danmark.
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *The Qualitative report*, *20*(9), 1408-1416.
- Gask, L., Goldberg, D., Lesser, L., & Millar, T. (1988). Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*, *22*(2), 132-138.
- Gatchel, R. J. (2005). *Clinical essentials of pain management*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581-624.
- Glueckauf, R. L. (1999). Interdivisional Healthcare Committee: Speaking with one voice on cross-cutting issues in health care psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *6*, 171-182.
- Goldberg, D. P., Steele, J. J., & Smith, C. (1980). Teaching psychiatric interview techniques to family doctors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *62*(285), 41-47.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, *18*(1), 59-82.
- Gulbrandsen, P., Krupat, E., Benth, J. S., Garrat, A., Safran, D. G., Finset, A., & Frankel, R. (2008). «Four habits» goes abroad: Report from a pilot study in Norway. *Patient Education and Counseling*, *72*, 388-393.
- Halvorsen, P. (2016). Til kamp mot et fragmentert helsevesen. Hentet 19.4.2016 fra <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/til-kamp-mot-et-fragmentert-helsevesen>
- Hansen, T. I. (2016). Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet. Hentet 22.04.2016 fra https://snl.no/Universitetet_i_Troms%C3%B8_-_Norges_arktiske_universitet
- Hjemdal, O., & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*, 59-63.
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Irvin, R., & Richardson, N. D. (2006). Patient-focused care. Using the right tools. *Chest*, *130*, 73-82.

- Jacobsen, H. B., Ljoså, T. M., Granan, L. P., & Reme, S. J. (2016). *Behandling av langvarig smerte – en hodepine for psykologer?* Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/helsepsykologibloggen/behandling-av-langvarig-smerte-en-hodepine-for-psykologer>
- Kristensen, P. (2006). Å være psykolog på en barneavdeling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(4), 330-337.
- Lang, N. (2015). Sluttrapport Helsepsykologi i somatisk sykehus. Oslo: Diakonhjemmet Sykehus.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the base of evidence-based practise in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481.
- Latchford, G. (2015, 5 mars). *Clinical health psychology: application and developments*. [Powerpoint]. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi/presentasjoner-fra-psykologenes-verktoeykasse-ved-somatisk-sykdom>
- Lunde, L-H., & Nordhus, I. H. (2006). Kognitiv atferdsterapi i gruppe ved kroniske smertetilstander: Erfaringer fra en smerteklinikk. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43(10), 2-5.
- Lunde, L-H., Nordhus, I. H., & Pallesen, S. (2009). The Effectiveness of Cognitive and Behavioural Treatment of Chronic Pain in the Elderly: A Quantitative Review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16, 254-262.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483-488.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science and medicine*, 51, 1087-1110.
- Meland, E., Schei, E., & Bærheim, A. (2000). Pasientsentrert medisin en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskrift for norsk legeforening*. 120. 2253-2256.
- Meld. St. 11 (2015 -2016). *Nasjonal helse og sykehusplan (2016 - 2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Mikkelsen, R. (2016, 15.04). Et liv med kroniske smerter. Hentet 17.4.2016, fra <http://psykologisk.no/2016/04/et-liv-med-kroniske-smerter/>
- Mohr, D. C. (2010). *The stress and mood management program for individuals with multiple sclerosis: Therapist guide*. Oxford, UK: Oxford university press.
- Mohr, D. C., Boudewyn, A. C., Goodkin, D. E., Bostrom, A., Epstein, L. (2001). Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 942-949.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009). *Psykiske lidelser I Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44 (9), 1127-1128.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Osborn, M., & Smith, J. A. (2008). The Fearfulness of Chronic Pain and the Centrality of the Therapeutic Relationship in Containing It: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 5, 276-288.
- Psykologforeningen. Klinisk helsepsykologi. Hentet 15.4.2016 fra: <http://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi>
- Psykologforeningen. Valgfritt program i klinisk helsepsykologi. Hentet 15.4.2016 fra: <http://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/spesialistutdanningen/valgfrie-program-godkjent-til-spesialitetene/maalbeskrivelser-valgfrie-program/valgfritt-program-i-klinisk-helsepsykologi>
- Roest, A. M., Zuidersma, M., & de Jonge, P. (2012). Myocardial infarction and generalised anxiety disorder: 10-year follow-up. *The british journal of psychiatry*, 200(4), 324-329.

- Schomerus, G., & Angermeyer, M. C. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *17(1)*, 31-37.
- Sharpe, L., Allard, S. & Sensky, T. (2008). Five-year followup of a cognitive-behavioral intervention for patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis: effects on health care utilization. *Arthritis and Rheumatism*, *59*, 311–316.
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, *5(1)*, 9-27.
- Smith, J. A., Harrè, R., & Van Langenhove, L. (1995). *Rethinking methods in psychology*. London: Sage publications.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2007). Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology & health*, *22*, 517-534.
- Soons, P., & Denollet, J. (2009). Medical psychology services in Dutch general hospitals: state of the art developments and recommendations for the future. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *16*, 161–168.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Kroenke, K., Linzer, M., deGrey, F. V. , Hahn, S. R., ... Johnson, J. G. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *Journal of the american medical association*, *272(22)*, 1749-56.
- Sættem, L. S., & Stiles, T.C. (2008). Kroniske smerter. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 590–616). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tovian, S. M., Rozensky, R. H., & Sweet, J. J. (2003). A decade of clinical psychology in medical settings: A short longer view. *Journal of clinical psychology in medical settings*, *10(1)*, 1-8.
- Universitetet i Tromsø (2016). *Velkommen til det helsevitenskapelige fakultet*. Hentet 19.04.2016 fra https://uit.no/om/enhet/forsiden?p_dimension_id=88108
- Van Melle, J. P., De Jonge, P., Spijkerman, T. A., Tijssen, J. G., Ormel, J., Van Velduisen, D. J., ... Van Den Berg, M. P. (2004). Prognostic association of

depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 814–22.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H-N. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.

Wedding, D. (2001.). Introduction to the special issue: Medical psychology around the world. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 8, 1-2.

Zimmerman, C., Picciolo, L. D., & Finnseth, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological bulletin*, 133, 438-463.

Vedlegg 1



Diakonhjemmet Sykehus

Tillatelse til å bli kontaktet av prosjekt Klinisk helsepsykologi

Vi ved prosjektet Klinisk helsepsykologi er opptatt av å evaluere nytteverdien av vårt tilbud. Vi vil lære av pasientenes erfaringer og synspunkter. Vi trenger mer kunnskap om hvordan pasienter innlagt i det somatiske sykehuset kan få hjelp med de psykologiske utfordringene som sykdommen bringer med seg. Derfor ber vi om din tillatelse til å kunne kontakte deg etter avsluttet behandling med forespørsel om du er villig til å delta i en undersøkelse. Hvis du blir kontaktet, vil du få mer informasjon om den aktuelle undersøkelsen.

Samtykket gjelder kun tillatelse til at vi kan kontakte deg, og innebærer ingen annen forpliktelse. Du kan si nei til å delta hvis du blir kontaktet, uten å gi begrunnelse for ditt avslag.

Nina Lang Prosjektleder Klinisk helsepsykologi Voksenpsykiatrisk avd. Vinderen
Diakonhjemmet Sykehus

Samtykkeerklæring

Jeg gir mitt samtykke til at Prosjekt Klinisk helsepsykologi, Diakonhjemmet Sykehus, kan kontakte meg med forespørsel om å delta i en undersøkelse etter avsluttet behandling. Jeg kan når som helst trekke tilbake dette samtykke, uten å gi begrunnelse.

Navn (blokkbokstaver) _____

Fødselsdato: _____ Dato: _____

Signatur _____

Vedlegg 2



Forespørsel om deltakelse i brukerundersøkelse: Erfaring med helsepsykologi: en brukerundersøkelse

Bakgrunn

Dette er en henvendelse til deg om deltakelse i en brukerundersøkelse om bruk av psykologiske helsetjenester på et somatisk sykehus. Vi vil også gjerne stille noen spørsmål om dine erfaringer med og synspunkter på mestring av sykdom. Dette er viktig informasjon for å utvikle helsetilbudet og for å gi bedre hjelp. Dessuten ønsker vi å skrive en artikkel i et fagtidsskrift, slik at flere kan ta del i resultatene.

Du har tidligere gitt samtykke til å bli kontaktet for å bli forespurt om du vil delta i en slik studie. Vi som står bak studien er de tre psykologene ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet sykehus: Elin Fjerstad, Ingrid Hyldmo og Nina Lang, samt Torkil Berge (forsknings- og fagutviklingsleder). Undersøkelsen gjennomføres av forskningskonsulent og psykolog Silje Nord-Baade.

Hva innebærer studien?

Vi vil be deg om å fylle ut en skriftlig brukerundersøkelse om hvilke erfaringer du har hatt med tilbudet du fikk ved Diakonhjemmet Sykehus for din somatiske sykdom, på den tiden da du også fikk samtale med psykolog. Målet er å få kunnskap som kan bidra til å gjøre tilbudet ved sykehuset enda bedre.

Mulige fordeler og ulemper

Gjennom å fylle ut skjemaet for brukerundersøkelse, og ved å delta i intervjuet, har du muligheten til å påvirke utformingen av tilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus. Dine erfaringer og meninger kan komme andre brukere til gode. Du vil forøvrig ikke ha noen spesielle fordeler av studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Du er sikret full anonymitet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 1.januar 2017.

Frivillig deltakelse

Vedlegg 2

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Hvis du senere ønsker å trekke deg, kan du gi beskjed om det til din behandler, eller eventuelt selv kontakte forskningsansvarlig Torkil Berge, tlf. 22 02 98 00 eller psykolog Silje Nord-Baade 482 84 187.

<p>Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Informant, dato</p>	<p>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:</p> <p>-----</p> <p>----- Torkil Berge, forskningsansvarlig</p>
---	--

Vedlegg 3

**Forespørsel om deltakelse i intervju:****Erfaring med helsepsykologi: et intervju**

Bakgrunn: Dette er en henvendelse til deg om deltakelse i et intervju om dine erfaringer med og synspunkter på mestring av sykdom. Dette er viktig informasjon for å utvikle helsetilbudet og for å gi bedre hjelp. Dessuten ønsker vi å skrive en artikkel i et fagtidsskrift, slik at flere kan ta del i resultatene.

Du har tidligere gitt samtykke til å bli kontaktet for å bli forespurt om du vil delta i en slik studie. Vi som står bak studien er de tre psykologene ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet sykehus: Elin Fjerstad, Ingrid Hyldmo og Nina Lang, samt Torkil Berge (forsknings- og fagutviklingsleder). Intervjuet vil bli gjort av forskningskonsulent og psykolog Silje Nord-Baade.

Hva innebærer studien? Vi ønsker å be deg om å bli intervjuet om dine erfaringer med og synspunkter på mestring av sykdom. Intervjuet skjer over telefon, men kan også finne sted i en samtale hjemme hos deg eller på sykehuset, dersom du foretrekker det. Intervjusamtalen vil bli tatt opp på bånd, som vil bli slettet når informasjonen er oppsummert skriftlig. Båndet vil bli slettet etter senest to uker.

Mulige fordeler og ulemper: Gjennom å delta i intervjuet, har du muligheten til å påvirke utformingen av tilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus. Dine erfaringer og meninger kan komme andre brukere til gode. Du vil forøvrig ikke ha noen spesielle fordeler av studien.

Hva skjer med informasjonen om deg? Du er sikret full anonymitet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 1.januar 2017.

Frivillig deltakelse: Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Hvis du

Vedlegg 3

senere ønsker å trekke deg, kan du gi beskjed om det til din behandler, eller eventuelt selv kontakte forskningsansvarlig Torkil Berge, tlf. 22 02 98 00 eller psykolog Silje Nord-Baade 482 84 187.

<p>Samtykkeerklæring: Jeg er villig til å delta i studien</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Informant, dato</p>	<p>Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien:</p> <p>-----</p> <p>----- Torkil Berge, forskningsansvarlig</p> <p><i>Torkil Berge</i></p>
---	---

Vedlegg 4

Intervjuguide om pasienters vurdering av mestring av sykdom og behov for psykiske helsetjenester i somatikken**Hovedproblemstillinger er:**

- *Hvilke erfaringer har tidligere pasienter med håndteringen av alvorlig / kronisk sykdom, og hvordan opplever de at helsevesenet bidrar til mestring?*
- *Hvilket helsepsykologisk tilbud mener pasientene at det er behov for i somatikken?*
- **Innledende spørsmål** Kjønn og alder Kan du kort fortelle om bakgrunnen for at du kom i kontakt med psykolog ved sykehuset? (*Kronisk sykdom?*)
- **Kjernespørsmål** **1) Kan du fortelle litt om hvordan det er å leve med sykdommen i dag? / Hvordan det var å leve med alvorlig sykdom?** Hvordan opplever du at ulike områder i livet berøres når man blir alvorlig syk? (*Familie, nettverk, yrkesutøvelse, fritid*) Noen opplever at sykdom fører til mange tap – er dette noe du kan kjenne deg igjen i? Hva er det i så fall du savner/savnet aller mest? (*Yrkesstatus, fritid, nettverk, familie*) Noen opplever at det å bli syk er utelukkende negativt, mens andre etter hvert erfarer at det også har kommet noe positivt ut av det. Hvordan er dette for deg? Opplever du at det på noen måte har ført til noe positivt i ditt liv? (*Selvivaretakelse, kontakt med familie/venner, tilhørighet, posttraumatisk vekst*) Sykdom oppleves på forskjellige måter – hva er den største belastningen for deg knyttet til det å være/ha vært syk?
- **2) Kan du beskrive hva som har vært/var viktig i hverdagen din for å kunne mobilisere styrke og håndtere situasjonen din?** Hvilke områder i livet ditt fungerer/fungerte som ressurser ved alvorlig sykdom? (*Familie, nettverk, arbeidsplass, fritid*) Er det egenskaper ved deg selv som har vært spesielt nyttige for deg i din situasjon? (*Personlighet, familie, venner og nettverk, arbeid, utdanning*) I samarbeid med psykologen, fant dere egenskaper hos deg som er spesielt viktige når du står overfor en utfordring? (*Indre dialog, etablere gode helsevaner*)

Er det hendelser eller personer som har hatt en spesiell betydning for deg i denne prosessen? (*Familie, helsepersonell, nettverk, hendelser?*)

Vedlegg 4

Sykdom berører også de en lever sammen med, og andre relasjoner. Har du opplevd endringer i nære relasjoner før eller etter at du ble syk? (Har du noen tanker om hvorfor relasjonene endret seg?)

3) Hvordan støtter du deg selv for å få en så god hverdag som mulig?

Hvordan kommuniserer/kommuniserte du med deg selv for å mobilisere styrke når kroppen på forskjellige måter plager/plaget deg? Hvilke tanker fungerer/fungerte som verktøy for å takle hverdagen? Har/hadde du noen støttetanker du kan ta/tok frem som hjelper deg?

Tenk på sist du møtte en krevende situasjon, hvilke tanker og følelser trakk du frem for å få kontroll over situasjonen?

Og motsatt, har du tanker og følelser som trekker deg ned? (*tabubelagte områder, eksempelvis skyldfølelse, angst og skamfølelse*)? Hvordan forhandler du med deg selv rundt disse?

4) Hvordan har helsevesenet bidratt for å støtte deg?

Hvilke forventninger og tanker hadde du om helsevesenet før du ble syk? Har dine forventninger, positive eller negative, blitt innfridd?

Hva tenker du generelt man trenger av hjelp fra helsevesenet hvis man får en kronisk sykdom?

Hva er dine tanker om nytten av å ha psykolog som en del av helsetilbudet ved sykdom?

Pasienter forteller ofte at de opplever at psyken er viktig for hvordan de har det med sykdommen også, at kropp og sjel henger sammen, hva er ditt råd for å få mer helhetlig behandling i helsevesenet? (*pårørende?*)

Hvis en som står deg nær skulle havnet i din situasjon, hvordan ville du rådet helsevesenet til å bidra for å støtte han/henne best mulig? Hvilke råd ville du gitt til han eller hun som ble syk?

Avslutningsspørsmål

Er det noe mer du mener er viktig for oss å vite om foruten de temaer vi har tatt opp her?

Hvordan har det vært å dele dine erfaringer?

Takk for alt du har delt med oss.

