

# Somatisk sjekkliste for psykologer

---

Spesialistoppgave i klinisk samfunnspsykologi

Kategori: Faglig arbeid

Av Susanne T. Berntsen

Arbeidssted: Senter for sjeldne diagnoser,  
OUS-HF/Rikshospitalet

## **SAMMENDRAG**

Psykiske plager og langvarige sykdomsutfordringer er svært kostbart for samfunnet. Sammenhengen mellom langvarige, somatiske og psykiske plager kan oversees eller mistydes av psykologer. I dette faglige arbeidet fremmes det et forslag om en somatisk sjekkliste for psykologer som jobber på lavterskel nivå og andre psykologer som kan ha nytte av en slik liste. Sjekklisten er laget på bakgrunn av lang erfaring fra arbeidet som psykolog på lavterskel i livsløpsperspektiv i spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen belyses med teoretisk bakgrunn i den biopsykososiale modellen, helsepsykologien og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell samt flere eksempler for medisinsk somatiske tilstander som kan gi psykiske plager. Listen er ment som et enkelt kartleggingsverktøy for å hjelpe psykologer til å vurdere om det er en sammenheng mellom psykiske og somatiske symptomer, og for å gjøre psykologen oppmerksom på om det kan være flere årsaker til pasientens sykdomsbilde.

## INNHOOLD

<b>1. Innledning .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Teori .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Den biopsykososiale modellen .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Helsepsykologien .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Eksempler på somatiske sykdommer som kan gi psykiske plager .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Diabetes mellitus, type 2 (DM2) .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Multiple sklerose (MS) .....</b>	<b>10</b>
<b>3.3. Phenylketonurie (PKU) .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Andre somatiske tilstander som kan gi psykiske plager .....</b>	<b>12</b>
<b>5. Somatisk sjekklister for psykologer.....</b>	<b>13</b>
<b>6. Diskusjon .....</b>	<b>14</b>
<b>7. Referanser .....</b>	<b>17</b>

## 1. INNLEDNING

Psykiske plager, som angst og depresjon, er sammen med en rekke somatiske sykdommer noe av det som koster samfunnet aller mest. Senter for sykdomsbyrde utga en rapport i 2017 om sykdomsbyrde i Norge. Resultater derfra viser at mer enn halvparten av den samlede sykdomsbyrde i Norge kan knyttes til ikke-dødelig helsetap (Knudsen et.al., 2017).

Som psykologer bør vi forebygge og komme tidlig i gang med rett hjelp i kommunene og etablering av lavterskeltilbud (psykologforening.no).

Det er lovfestet at alle kommuner i Norge skal ha minst en psykolog fra 2020. Det gjøres mye nybrottsarbeid mange steder i landet, og man prøver å satse på at psykologkompetanse skal være lettere tilgjengelig for hele befolkningen og gjerne før eventuelle problemer har vokst seg store. Dette er en meget bra satsning, men det er også viktig å se på potensielle fallgruver når psykologer opererer på lavterskel nivå.

I rapporten «Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene- Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg» (Imenes,2016-2017, S.13) sammenfattes det hva slags forventninger kommunalt ansatte psykologer møter:

### ***Sprikende forventninger til kartlegging, utredning og diagnostisering***

*Forståelsen av hva som er forventet av kartlegging og utredning i kommunal kontekst varierer mye. Flere viser til at det ikke er vanlig å bruke kartleggingsverktøy i den tjenesten de er ansatt og at det ikke er kultur eller rom for kartlegging og utredning. Flere steder finnes ikke tilgjengelige kartleggingsverktøy på arbeidsplassen. Noen psykologer forteller at de bruker kartleggingsverktøy selv om det ikke er forventet i tjenesten, men ikke i alle situasjoner. Noen er av den oppfatning at utredning bare skal skje i PPT eller i spesialisthelsetjenesten. Mange påpeker at når en har få timer til rådighet, for eksempel fem timer, kan det være viktigere å komme i gang med oppfølging enn å bruke tid på kartlegging. Noen psykologer har fått beskjed fra sin leder om at man ikke skal sette diagnoser i kommunen. Noen psykologer har en forståelse av at diagnostisering ikke er deres oppgave i en lavterskeltjeneste. Andre igjen gjør diagnostiske vurderinger kun ved henvisninger til spesialisthelsetjenesten.*

Ad hoc utvalget spurte kommunepsykologene ved en spørreundersøkelse om hva de etterspør i sin tjeneste. Blant annet etterlyste de «egnede, enkle kartleggings skjema/tester, inkl. screeningsverktøy» (Imenes, 2017). I rapporten kommer det videre frem at aktuelle områder for styrket kompetanse er blant annet «Identifisere psykiske helsevansker som følge av somatikk og farmakologi» (Imenes, 2017).

Nylig fikk Stange kommune en tilsynssak der fylkesmannen i Hedmark påpeker at Stangehjelpen, et godt etablert lavterskeltilbud med kommunepsykologer, bryter helselovgivningen på flere punkt. Et av punktene er at Stangehjelpen ikke sikrer nødvendig kunnskap om pasientens somatiske tilstand og hvordan denne påvirker videre behandling i Stangehjelpen (Lutnæs & Løvstad, 2017).

Som psykolog i spesialisthelsetjenesten, og gjennom mitt arbeid med en rekke somatiske tilstander på Senter for sjeldne diagnoser(SSD), ser jeg muligheten for feilbehandling av pasienter med somatiske tilstander, fordi psykologer i kommunen ikke vet nok om somatikken, og fordi det ikke er et automatisk bindeledd til fastlegen. Kommunepsykologene etterlyser selv både kartleggingsverktøy og mer kompetanse (Imenes, 2017).

Når en psykolog kartlegger hva en pasient sliter med, er det viktig å tenke både psyke og soma. Psykologer er utdannet til å se menneskets psyke og hjelpe med problemer rundt den. Vi er også utdannet til å jobbe helsefremmende. Vi vet også at soma og psyke henger sammen. Samfunnspsykologer kan mye om viktigheten av å ta hensyn til konteksten som personen lever i.

Men hva skjer når pasienten ikke har vært hos legen først?

Man kan miste mye kunnskap fra fastlegene og andre leger på veien. At underliggende somatisk tilstand ikke oppdages, kan bli kostbart for samfunnet og kostbart for den som ikke blir frisk.

Faren er at vi psykologer feilbehandler pasienter fordi vi ikke har nok kunnskap om eventuelle somatiske lidelser. Følgende problemstillinger og utfordringer kan melde seg:

1. Psykologen forstår ikke den somatiske lidelsen som en pasient har og hvordan den vil påvirke psyken til et menneske.

2. Pasienten kommer direkte til psykologen og tror at han har en psykisk lidelse- men egentlig ligger det en somatisk sykdom bak som gir psykiske plager.

Slik kan pasienter enten gå uten riktig behandling over lang tid, eller de blir feilbehandlet hos psykologen når de egentlig trenger en medisinsk behandling eller en annen behandling hos psykologen enn den som gis.

Jeg ønsker i denne oppgaven å illustrere de to problemstillingene ved noen eksempler som kan være karakteristiske for mange flere somatiske tilstander. Jeg vil også foreslå en sjekklister til bruk for psykologer i kommuner og privat praksis i møte med pasienten for å sikre at han eller hun får riktig diagnose og behandling fra starten.

## 2. TEORI

### 2.1. DEN BIOPSYKOSOSIALE MODELLEN

George L. Engel introduserte den biopsykososiale modellen ved en artikkel i Science i 1977 (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen beskriver at menneskets biologiske faktorer alltid står i sammenheng med dens psykiske og sosiale faktorer og at disse tre påvirker hverandre. Den legger vekt på å forstå sykdom på en helhetlig måte.



De biologiske faktorene beskriver objektive medisinske funn og sykdommer, som for eksempel en somatisk sykdom eller arvelige genfeil. Psykologiske faktorer beskriver følelser og ut i fra følelsene resulterende atferd samt eventuelle psykiske sykdommer som depresjon eller angst. De psykologiske faktorene beskriver altså den subjektive opplevelsen til en person. Sosiale faktorer er for eksempel økonomi, bosted, familie, venner.

Engels forklaringsmodell viser at kroniske smerter kan ha en somatisk årsak. For eksempel kan man ha smerter på grunn av diagnosen Multippel sklerose (MS). Dette vil ifølge Engels modell være en biologisk faktor eller årsak. Men hvordan smertene oppleves og håndteres er avhengig av sosiale faktorer som økonomi, bosted, familie, venner og psykiske faktorer, og depresjon som følge av tapt arbeidsevne eller samlivsbrudd.

Siden 1977 har denne modellen ikke blitt videreført eller revidert og kan ifølge Erik Falkum ansees som «en grov forståelsesramme, en oppfordring til forskere og klinikere om å rette blikket ikke bare mot del, men også mot helhet og mot avhengigheten mellom deskriptive modeller...» (Falkum, 2008).

## **2.2. HELSEPSYKOLOGIEN**

Taylor (2015) beskriver Helsepsykologien som: «Health psychology is an exciting and relatively new field devoted to understanding psychological influences on how people stay healthy, why they become ill, and how they respond when they do get ill.» (Taylor, 2015). Helsepsykologen handler altså om å forstå hvordan biologiske faktorer, psykologiske faktorer og sosiale faktorer henger sammen i en person. I helsepsykologien er man opptatt av å se på hvordan noen mennesker holder seg friske og hvordan mennesker reagerer på sykdom og håndtering av den.

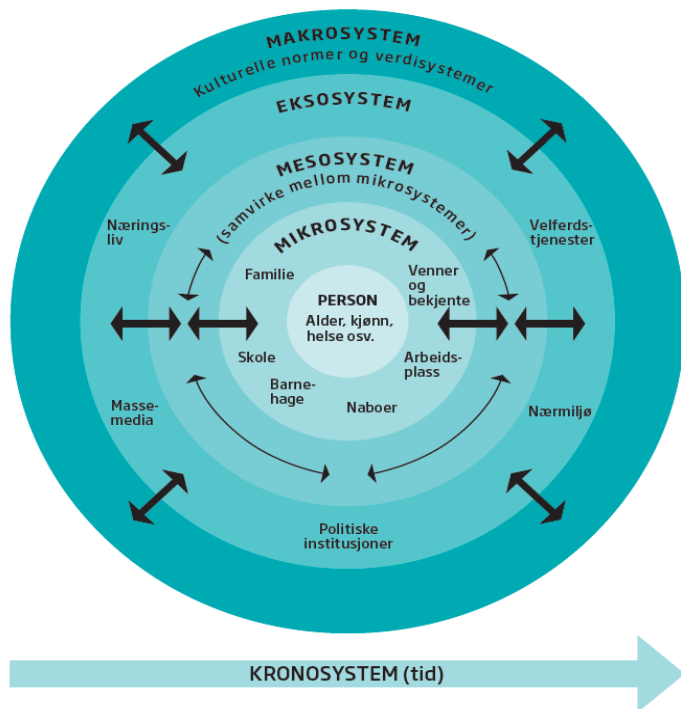
Helsepsykologien har dannet seg som en egen disiplin i psykologien som følge av flere faktorer. Den biopsykososiale modellen (Engel, 1977) er et av bidragene som har ført til at helsepsykologien har fått utvikle seg. WHO's helsedefinisjon som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelser» (regjeringen.no)

kan også sees som en av faktorene, fordi den går bort fra å se på helse som noe mer enn bare fravær av sykdom. En tredje årsak kan være at de fleste sykdommer før var infeksjonssykdommer. I dag, med mye bedre medisinske behandlingsmuligheter og medisiner, er det kroniske og livsstilpregede sykdommer som preger helsevesenet i mange land. Det har gjort nødvendigheten større for å se på hvordan mennesker ikke bare skal overleve en akutt sykdom med ren medisinsk behandling, men hvordan de håndterer langvarige helseutfordringer og hva som må til for at mennesker kan håndtere langvarige helseutfordringer på en bedre måte. Ikke dødelige tilstander kan være svært krevende å leve med, mens de koster samfunnet mye fordi de ofte fører til uførhet (Major et.al., 2011).

### **2.3. BRONFENBRENNERS UTVIKLINGSØKOLOGISKE MODELL**

Psykologen Urie Bronfenbrenner startet med å utvikle sin modell på 1960-tallet i USA (Bronfenbrenner, 1979). Den beskriver hvordan mennesker blir sosialisert inn i en kultur. Utgangspunktet er individet som blir påvirket av alle dens kontekstuelle faktorer rundt på fire forskjellige nivåer. Mikronivået er de nære relasjonene som et menneske har. Mesosystemet er helheten av alle relasjoner til personen. Dette er summen av alle mikrosystemer og deres interaksjon til en person. Eksosystemet er relasjoner som har indirekte innflytelse på personen uten direkte kontakt. Eksempel kan være partnerens jobb, media eller politikk. Makrosystemet er helheten av alle relasjoner i et samfunn. Dette innebærer også normer, tradisjoner, lover og lignende. Kronosystemet er utviklingen over tid (Bronfenbrenner, 1994).





Med tanke på hvordan et menneske blir påvirket av sin somatiske sykdom, kan eksemplet med personen som har smerter på grunn av Multippel sklerose (MS), også brukes for å illustrere Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Personen med smerter på grunn av sin somatiske sykdom MS vil påvirke dens mikrosystem der familiemedlemmer må tåle noen med smerter og påfølgende dårlig humør og lite energi. Men smertene vil også påvirke partnerens arbeidsplass fordi han eller hun må være mye borte og avlaste hjemme (mesosystem). Når personen er sykmeldt og etter hvert kanskje uføretrygdet, vil dette blant annet kreve mye ressurser fra samfunnet (eksosystemet). På makronivå vil kostnadene rundt mange uføretrygdete mennesker kunne føre til nye politiske beslutninger for uføretrygd.

### 3. EKSEMPLER PÅ SOMATISKE SYKDOMMER SOM KAN GI PSYKISKE PLAGER

#### 3.1. DIABETES MELLITUS, TYPE 2 (DM2)

Type 2 diabetes (DM2) er en av de store folkesykdommene i Norge. Anslagsvis 300.000-400.000 nordmenn har denne sykdommen Cirka halvparten av de som har type 2 diabetes vet ikke at de har sykdommen (diabetes.no). Senter for sykdomsbyrde ved

folkehelseinstituttet utga i 2017 en rapport om sykdomsbyrde i Norge. Av de ikke-dødelige sykdommene som fører til helsetap er Diabetes en av de viktige sykdommene (Knudsen et.al., 2017).

Det finnes to typer diabetes, type 1 og type 2. Ved type1-diabetes ødelegger immunforsvaret kroppens evne til å produsere insulin og symptomene kommer raskt, fordi det ikke lenger lages livsnødvendig insulin. Ved type2-diabetes lager kroppen fremdeles insulin, men produksjonen er ikke god nok, eller kroppen klarer ikke å utnytte insulinet godt nok. Av alle personer med diabetes, er det ca. 80-90 % som har type 2 diabetes.

Når man ikke klarer å utnytte insulin godt nok eller produserer for lite insulin til behovet, vil blodsukkeret stige og kroppen får ikke nok energi. Som følge vil kroppen starte med å forbrenne proteiner og fettstoffer for å få nok energi. Når blodsukkeret stiger, kommer det sukker i urinen. Man vil føle seg mer tørst, drikke mer og ha økt urinmengde. En person med uoppdaget type2-diabetes vil etter hvert føle seg mer sliten og trøtt, men vedkommende kan også ha symptomer som kan forveksles med depresjon. Fordi det kommer så snikende, er det vanskelig å legge merke til kroppens forandringer (diabetes.no; NHI.no)

Det er de sistnevnte symptomene som kan føre et menneske til en psykolog. Og psykologen kan feiltolke symptomer på type 2 diabetes som depresjon og behandle denne. Men pasienten blir ikke frisk med noen form for psykologisk intervensjon når et for høyt blodsukker er årsaken til at pasienten ikke føler seg bra.

Ved et bedre samarbeid med fastlegen, eller bedre kompetanse hos psykologen, kunne en slik feil ha vært unngått ved at det tas en enkel blodprøve som avslører diabetes type 2.

Fra et samfunnspsykologisk perspektiv kunne man ha brukt psykologens ressurser på en mye bedre måte og spart samfunnet for en god del ressurser ved å behandle pasienten med tabletter eller insulin og en bedre egnet kost. For den enkelte personens liv kan det ha store konsekvenser. Trøtthet, slapphet og tristhet kan føre til langvarig sykmelding og uføretrygd. Ved å oppdage DM2 tidlig i forløpet vil personen selv, og hele samfunnet rundt, styrkes, samtidig med at psykologressursen kan frigjøres til mer hensiktsmessige oppgaver.

## 3.2. MULTIPLE SKLEROSE (MS)

MS er en kronisk autoimmun sykdom som angriper sentralnervesystemet, altså hjernen og ryggmargen. Det er anslagsvis 11000 personer med MS i Norge. Fordi MS kan berøre forskjellige områder i sentralnervesystemet, kan de første symptomene være veldig forskjellige fra person til person. Avhengig av hvilken av de tre undertypene av MS som noen har, kan symptomer komme som anfall (attack), eller mer snikende (ms.no; NHI.no).

### **SYMPTOMER PÅ MS**

#### **1. Fysiske symptomer**

- Synsforstyrrelser
- Nedsatt følsomhet
- Spastisitet og lammelser
- Smerte
- Utmattelse/fatigue
- Vannlatingsforstyrrelser

#### **2. Kognitive symptomer**

- Problemer med innlæring og hukommelse
- Nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet
- Nedsatt evne til å orientere seg
- Endring i personlig atferd

#### **3. Psykiske symptomer**

- Sinne og frustrasjon
- Depresjon

De første symptomene kan altså være forskjellig fra person til person og arte seg diffust. For helsevesenet kan det være svært vanskelig å utrede, og det kan ta flere år før en får diagnosen MS. Mennesker kan oppsøke flere leger med sine diffuse plager uten at noen

klarer å sette symptomene sammen som brikker i et puslespill. Det er så mange som 50-60 % av menneskene med MS som utvikler depresjon (ms.no).

Slik tabellen over viser, kan en psykolog få møte en person med utmattelse og depresjonssymptomer. Dette er helt vanlige symptomer som mennesker kan ha blant annet som reaksjon på belastende livssituasjoner. Men det kan også være tegn på en mer snikende form for MS. Flere kommuner tilbyr kurs for mestring av belastningen ved vanskelige livssituasjoner og mestring av angst og depresjon. «Rask psykisk helsehjelp» er et av konseptene og tilbys i mange kommuner over hele landet (napha.no). Slike og lignende kurs og samtaleterapi hos en psykolog, vil selvfølgelig kunne hjelpe pasienter med uoppdaget MS til å mestre sitt liv bedre, men de vil ikke hjelpe med årsaken til symptomene. Fastlegen som bindeledd ville kunne bidra som en viktig ressurs på veien til den riktige diagnosen og behandlingen.

Dette er et eksempel som viser hvor viktig et «somatisk blikk» hos en psykolog kan være, fordi den somatiske forståelsen vil kunne føre pasienten til fastlegen, utredning, diagnose og riktig behandling. Og når et menneske har fått den riktige somatiske diagnosen, kan psykologhjelpen være til god nytte på vei til mestring av det å leve med sykdommen og mestring av depresjon.

### **3.3. FENYLKETONURI (PKU)**

Fenylketonuri (PKU) er en av de sjeldne diagnosene som jeg jobber med. Cirka 200 personer i Norge har PKU.

PKU er en arvelig stoffskiftesykdom der en medfødt enzymsvikt hemmer omdanningen av aminosyren fenylalanin. PKU behandles med diett og proteinerstatning. I Norge anbefaler man livslang behandling. Ubehandlet PKU vil føre til psykisk og fysisk utviklingshemning. Barna kan også vise tegn som lett kan forveksles med ADHD og/eller angst/depresjon (sjeldnediagnoser.no). PKU er derfor et godt eksempel for å illustrere problemstillingene i denne oppgaven.

I Norge tas det blodprøve av alle nyfødte tredje levedøgn. Denne blodprøven kalles nyfødtscreening og det testes blant annet for PKU. Hvis et barn tester positivt, blir barnet lagt inn på Rikshospitalet og det startes diettbehandling umiddelbart for å sikre at barnet forblir frisk (sjeldnediagnoser.no). Når et barn har fått avdekket PKU ved nyfødtscreening i Norge, vil foreldre, besteforeldre, barnehage og skole få god opplæring i diagnosen og hvordan man holder dietten for å unngå utviklingshemming. Til tross for streng diett vil man ofte kunne se at barn kan ha konsentrasjons- og lærevansker. De fleste vil allikevel kunne fullføre vanlig skole og ta den utdanningen som de har lyst til (sjeldnediagnoser.no).

Når ungdommer og unge voksne tar over mer ansvar for håndtering av sin egen sykdom, kan det skje det at de ikke tar like mye ansvar som foreldrene gjorde. Det kan for eksempel være fristende å spise den samme maten som venner. Dette vil kunne føre til økte verdier av fenylalanin i blodet. Konsekvensen av for dårlig behandlet PKU vil være symptomer som sløvheter, angst, sinne, depresjon, dårlige skoleprestasjoner og lignende.

En psykolog som ikke tenker på sammenhengen mellom psyke og soma ved tilstanden PKU, kan behandle depresjon og/eller angst i lang tid uten å oppnå resultater fordi det ikke fjernes årsaken til symptomene, nemlig dårlig behandling av grunnlidelsen PKU. Ved å jobbe med behandlingsmotivasjon vil verdiene synke raskt og de psykiatriske symptomene vil forsvinne. Hvis pasienten får riktig behandling og hjelp av psykologen til å øke behandlingsmotivasjon for å spise proteinfattig diett og drikke proteinerstatning, vil personen føle seg mye bedre i løpet av noen få uker.

### **3.3. ANDRE SOMATISKE TILSTANDER SOM KAN GI PSYKISKE PLAGER**

I prinsippet kan alle somatiske tilstander gi psykiske plager.

For eksempel kan det være:

**Hormonelle forandringer**, som f.eks. ved overgangsalder, oppstart av prevensjonspreparat

**Stoffskiftesykdommer**, som f.eks. hypo- eller hypertyrose

**Vitamin- og mineralmangel**, f.eks. Vitamin D-mangel, Jernmangel, Kalsiummangel

**Muskel- og skjelettplager**

**Utmattelse/ME**

**Epilepsi**

**Demens**

**Fibromyalgi**

**Cøliaki**

#### **4. SOMATISK SJEKKLISTE FOR PSYKOLOGER**

Som psykolog med kompetanse innen somatikk ønsker jeg å fremme følgende forslag for en somatisk sjekkliste for psykologer som jobber i et lavterskeltilbud og andre psykologer som kan ha nytte av det. Dette er tenkt som et enkelt kartleggingsverktøy. Psykologen kan forklare for klienten hvor viktig det er at psykologen ikke overser somatisk sykdom som eventuelt vil kreve en helt annen type behandling enn det psykologen kan tilby.

1. Har pasienten en eller flere kjente somatiske tilstander?
2. Er det kjente somatiske tilstander i familien?
3. Har det blitt tatt en screening med blodprøver hos fastlegen den siste tiden? Husker klienten eventuelle svar?
4. Har klienten problemer knyttet til fordøyelsessystemet?
5. Smerter?
6. Matthet, svimmelhet og/eller energifattig?
7. Tørste og/eller munntørrehet?
8. Har du hatt vitaminmangel?
9. Overgangsalder?
10. Begynt med hormonell prevensjon?
11. Søvnproblemer?
12. Dårligere hukommelse enn før?

13. Syns- eller hørselsproblemer?

14. Noe annet som klienten ønsker å nevne?

Psykologen vil kunne få mange relevante svar ved å stille spørsmålene. Ved mistanke om en eller flere somatiske tilstander hos klienten bør en alltid ta kontakt med fastlegen og be om en somatisk utredning først. Generelt er det viktig for en psykolog å ha et godt samarbeid med pasientens fastlege.

Ved mistanke om at en kjent somatisk tilstand kan ha innvirkning i pasientens psykiske symptombylle, vil bevisstheten hjelpe psykologen til å lete etter en eventuell sammenheng.

Jeg tror at en slik sjekklste, sammen med økt fokus på at somatiske sykdommer kan gi psykiske plager hos mennesker, vil kunne gi et bedre tilbud til pasienter rundt omkring i landet. I utdanning og spesialiseringskurs, vil økt fokus på sammenhengen mellom somatikk og psyke kunne øke kvaliteten på lavterskeltilbud. Samtidig vil risikoen for at psykologer feilbehandler pasienter, minskes. Bedre rutiner rundt somatisk screening vil ha stor betydning for den enkelte, deres familier, arbeidsplasser, og samfunnet generelt.

## 5. DISKUSJON

Norsk psykologforeningens hovedsatsningsområde i perioden 2010-2013 har vært «Psykologisk lavterskeltilbud til befolkningen i et livsløpsperspektiv» (psykologforeningen.no). Denne satsningen har blant annet ført til at det fra 2020 blir lovfestet at alle kommuner i Norge skal ha egen psykolog (regjeringen.no). Men denne satsningen innebærer muligheten for fallgruver som beskrevet i oppgaven.

Når psykologer operer på lavterskel nivå, vil mange mennesker få fort få hjelp med de problemene de sliter med. Dette er veldig bra på mange måter. Ved at mellomledet hos fastlegen ble fjernet er det allikevel en større sjanse for at man mister noe på denne veien, nemlig det blikket på somatikken både med tanke på utredning av mulige sykdommer som ikke er oppdaget og med tanke på hva kroniske somatiske tilstander kan gjøre noe med den psykiske helsen hos mennesker og som konsekvens systemene rundt.

Når en psykolog eller noen få psykologer skal jobbe på lavterskel nivå i en kommune, kan det bli overveldende kliniske oppgaver. Kommunepsykolog Eline Røed-Bottenvann beskrev sine erfaringer fra Hole kommune i Tidsskrift for Norsk psykologforening i fjor: «Utfordringen ligger i å balansere mellom Helsedirektoratets føringer, Psykologforeningens promotering av psykologer som en kapasitet med et allsidig potensial, og hva som faktisk er mulig for en enkelt psykolog å sette ut i drift.» (Røed-Bottenvann, 2016). Hun skriver videre: «For å holde lavterskeltilbudet innenfor rammen av forebyggende arbeid har det vært viktig å prioritere brukere ut fra begynnende symptomer heller enn klar diagnostiserbar lidelse som vil ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.» (Røed-Bottenvann, 2016). Hun ønsker videre at det sikres riktig bruk av psykologressurser i kommuner og har selv endt opp med å definere lavterskeltilbudet til å omfatte ca. 40 % av sin stilling. Resten av tiden bruker hun på mer samfunnspsykologiske oppgaver. I likhet med mange andre kommunepsykologer jobber hun ikke bare klinisk, men på systemnivå i kommunen for å nå så mange mennesker som mulig med riktig helsehjelp (Røed-Bottenvann, 2016).

Psykologforeningens ad hoc utvalg kommer i sin rapport «Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene- Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg» frem til flere anbefalinger. Punkt fem er at det utarbeides en verktøykasse med relevant kartleggingsverktøy (Imenes, 2017). Den somatiske sjekklisten beskrevet i oppgaven kan bli et av verktøyene i en verktøykasse for kommunepsykologer.

Fordi psykologressursene er begrenset i en kommune, er det ekstra viktig å systematisere lavterskeltilbudet slik at det gis god nok helsehjelp til de menneskene som mottar den. Fylkesmannen i Hedmark påpeker i sin avgjørelse i tilsynssaken ved Stange kommune med Stangehjelpa blant annet at det ikke utredes og diagnostiseres skikkelig og at somatisk utredning ikke er sikret (Lutnæs & Løvstad, 2017).

Jeg mener i likhet med Fylkesmannen i Hedmark (Lutnæs & Løvstad, 2017) og med psykologforeningens ad hoc utvalg (Imenes, 2017) at vi trenger en systematisering av lavterskeltilbudet. Denne bør blant annet omfatte diagnostisering av både den psykiske og den somatiske helsen til et mer helhetlig tilbud for mottakerne. Satsningen ville ha vært



veldig bra og ville ha styrket regjeringens ønske om en «helhetlig helsetjeneste for hele mennesker» (Stortingsmelding nr. 26, 2014-2015).

En somatisk sjekklister for psykologer vil kunne være til god hjelp fordi ikke alle psykologer kan ha, eller trenger å ha, dyptgående kunnskap om et mangfold av somatiske tilstander.

Den vil i tillegg gi psykologer som jobber på lavterskel nivå en pekepinn i retning av hva somatiske tilstander kan gjøre med et menneske og sikre bedre somatisk utredning og videre behandling av innbyggerne i norske kommuner.

## 6. REFERANSER:

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge/London: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models og human development. International Encyclopedia of Education, Vol 3. 2end.* Oxford: Elsevier.

Diabetes.no. Hentet fra:

<https://www.diabetes.no/om-diabetes/>

<https://www.diabetes.no/om-diabetes/diabetes-type-2/>

Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.

Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael* 2008;5:255–63.

Imenes, A.-K.(2017). Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene- Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg. Oslo: Norsk psykologforening.

Knudsen, A. K., Tollånes, M. C., Haaland, Ø. A., Kinge, J. M., Skirbekk, V & Vollset, S. E. (2017) *Sykdomsbyrde i Norge i 2015. Resulatater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GDB2015)*. Bergen/Oslo: Folkehelseinstituttet.

Lutnæs, T. & Løvstad, O. S. T. (2017) *Avgjørelse i tilsynssak- Stange kommune/Stangehjelpa- psykolog Birgit Valla- påpekt brudd på helselovgivningen*. Hamar: Fylkesmannen i Hedmark.

Major, E., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Folkehelseinstituttet.

Meld. St. 26, (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ms.no Hentet fra:

<http://www.ms.no/fakta-om-ms>

Napha.no. Hentet fra:

<https://napha.no/content/13931/Rask-psykisk-helsehjelp>

NHI.no. Hentet fra:

<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/symptomer-pa-type-2-diabetes/>

<https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/multippel-sklerose/multippel-sklerose-diagnostikk/>

Psykologforeningen.no. Hentet fra:

<https://www.psykologforeningen.no/politikk/psykolog-i-kommunen>

Regjeringen.no. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-kreve-psykolog-i-alle-kommuner/id2547054/>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Røed-Bottenvann, E. (2016). Tenk system. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53 (11), 924-927.

Sjeldnediagnoser.no. Hentet fra:

<http://www.sjeldnediagnoser.no/?k=sjeldnediagnoser/PKU>  
Fenylketonuri&aid=8731&submenu=66

Taylor, S. E. (2015). *Health psychology*. New York: Mc Graw Hill Education.