

Supplere, ikke konkurrere



Torkil Berge
Norsk Psykologforening
torkil.berge@diakonsyk.no

Petter Ekern
Prosjekt Klinisk Helsepsykologi
torkil.berge@diakonsyk.no

Elin Fjerstad
psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus
elin.fjerstad@diakonsyk.no

Ingrid Hyldmo
NKS Olaviken Behandlingssenter

Nina Lang

Morten Skjørshammer
torkil.berge@diakonsyk.no

Hvordan skal vi innpasse klinisk helsepsykologi i sykehusets organisasjon og tjenestetilbud?

Helsevesenet er fortsatt organisert i to separate systemer, ett for soma og ett for psyken, med forskjellig lovgivning og ulik finansiering. Samtidig har psykologiske forhold stor betydning for somatisk lidelse og omvendt (Baum et al., 2012; Fisher & Dickinson, 2014). Selv om dette er anerkjent kunnskap, er erfaringer både nasjonalt og internasjonalt at det mangler en integrert, samtidig tilnærming. Klinisk helsepsykologi kan være en nødvendig brobygger for bedre integrering av psyke og soma i helsevesenet.

I klinisk helsepsykologi anvendes psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter for å fremme mestring av sykdom, enten det er i behandling, rehabilitering eller palliasjon. Sykdom og helse forstås i en biopsykososial ramme, og pasientens pårørende inkluderes ofte i behandlingen. Behovet for en slik tilnærming er økende. Dagens sykdomsbilde handler ikke lenger om de store epidemiene, men om livsstilssykdommer og kroniske sykdommer (Donaldson, 2001). Våre besteforeldre slet med å overleve sykdom, mens vår utfordring er å leve *med* sykdom.

I 2012–2013 fikk vi midler fra Helsedirektoratet og ExtraStiftelsen til et pilotprosjekt for implementering av klinisk helsepsykologi i et somatisk sykehus. Prosjektet resulterte i at *Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken* ved Diakonhjemmet Sykehus kom i ordinær drift 1. januar 2014. I en tidligere artikkel har vi beskrevet kjennetegn ved klinisk helsepsykologi, og gitt eksempler på arbeidsoppgaver og metoder (Berge & Lang, 2011). Vi vil nå beskrive våre erfaringer med å iverksette klinisk helsepsykologi som del av sykehusets tjenestetilbud, dets organisasjon og kultur. Vi vil drøfte barrierer og suksessfaktorer slik at andre som er interessert i å utvikle liknende tilbud, kan høste av våre erfaringer. Selv om vi tar for oss spesialisthelsetjenesten, har våre erfaringer relevans også for implementering i primærhelsetjenesten.

Organisering og roller



Rollene til de ulike aktørene i sykehuset, som sykepleier, lege, fysioterapeut, sosionom, prest, farmasøyt, bioingeniør, radiograf, ergoterapeut, ernæringsfysiolog, psykolog og annet helsepersonell, er i liten grad formelt definert gjennom lovgivning eller andre styrende dokumenter. Sykehusets organisering skjer dels ut fra tradisjon og dels ut fra behovene på det enkelte sted. Sykehusene varierer i størrelse og oppgaver, og man finner derfor et utall av organisasjonsformer. Ved innføring av klinisk helsepsykologi er det viktig at man analyserer organiseringen av det aktuelle sykehuset og hvilke muligheter som gis lokalt for å få etablert tjenesten.

Ingen enkeltstående modell kan sammenfatte det vell av kunnskap som foreligger om sykehus som organisasjon

Ved vårt sykehus knyttet vi prosjekt klinisk helsepsykologi til et konsultasjon–liaison- team kalt Psykiatrisk konsultasjonsteam, som vurderte psykiske helseproblemer hos pasienter i de somatiske avdelingene. Prosjektet – og senere den etablerte enheten – ble dermed en naturlig videreutvikling av en velkjent aktivitet, med ansatte som hadde etablert gode samarbeidsrelasjoner med øvrige yrkesgrupper på sykehuset. Valg av organisasjonsmodell vil avhenge av kontekst, størrelsen på sykehuset, alderssammensetning av pasientpopulasjonen og type sykdom. Ved et noe mindre sykehus med få ledelsesnivåer som Diakonhjemmet Sykehus har en generalistmodell for klinisk helsepsykologi vært naturlig. Ved for eksempel Oslo Universitetssykehus, som er ti ganger så stort og med en større grad av spesialisering, vil andre organisasjonsmåter kunne være mer egnet, som å ha kliniske helsepsykologer knyttet til bestemte avdelinger.

En rekke spesifikke kjennetegn ved sykehuset som organisasjon må tas hensyn til ved etablering av klinisk helsepsykologiske tjenester. Vi vil trekke frem noen av dem.

Lite rom for tvil

Man må ta hensyn til at arbeidsaktivitetene ved sykehus er avhengige av hverandre og krever en høy grad av koordinering, samtidig som mye av arbeidet er svært spesialisert. Det er liten toleranse for feil og tvil. Lav toleranse for tvil kan være fremmed for psykologer som er vant til å jobbe med å åpne opp for ulike forståelsesmåter, utvide perspektiver og ikke lete etter ett «riktig svar».

Akuttvirksomheten

Selv om de fleste brukerne av sykehuset har kroniske sykdommer, er akuttvirksomheten dominerende med sin karakter av å handle om liv eller død. Den legger mye av premissene for den daglige virksomheten og for prioritering av ressurser (Sørås, 2007). Det innebærer at psykologene må finne sin plass i en organisasjonsmessig virkelighet der akuttvirksomheten alltid går foran.

Ingen tradisjon

Implementeringen må bygge på en forståelse av at rollen som psykolog i somatikken skiller seg fra rollen i psykisk helsevern. Her har psykologen en sentral plass, og deltar i linjeledelse og i stabsfunksjoner på en likestilt måte med psykiatere og andre helseprofesjoner. På et somatisk sykehus er det ingen tradisjon for hvordan psykologer kan anvendes.

Kropp og død

Sykehuset er den organisasjonen i samfunnet der flest mennesker dør. Brukerne av organisasjonens tjenester er sårbare og på mange måter prisgitt sykdommens, profesjonenes eller teknologiens makt. Psykologen er vant til å møte sårbare mennesker, men har ikke så mye trening og erfaring med den syke kroppen som andre helseprofesjoner. Daglig å forholde seg til fysisk sykdom, og ta inn lukt- og synsintrykk av syke kropper, kan være uvant i starten. (Se Kash-Godley, King og Quill, 2014 for en diskusjon av psykologens samarbeid med døende pasienter og deres familier.)



Endring utenfra

Endringer i sykehusets organisering har historisk sett vært knyttet til teknologisk og medisinsk utvikling, der spesielt legenes vurdering av endringsbehovene har vært en viktigere drivkraft enn helhetlige vurderinger eller ytre krav om endring (Sørås, 2007). Endringene har ofte kommet innenfra. Innføring av klinisk helsepsykologi kan støte på en rekke barrierer, for eksempel at det oppfattes som en trussel mot etablerte holdninger, profesjonsrevir, maktforhold og oppgavefordeling. Når en organisasjon tilstreber å stabilisere sin kultur, sier vi at den blir «institusjonalisert» eller at den søker «institusjonell kontroll» (Mintzberg, 1990). Endringer blir vanligvis små og skrittvis, og selv når endring bestemmes av ledelsen, skjer ikke nødvendigvis iverksettelsen som forventet. Det oppstår problemer i alle faser av implementeringen, og man glir tilbake i gamle handlingsmønstre. Det er en barriere dersom klinisk helsepsykologi blir opplevd av sykehusets ansatte som å komme utenfra. Det er viktig få vist frem den psykologfaglige kompetansen på en slik måte at andre ansatte opplever den som en ønsket og integrert del av institusjonens behandlingstilbud.

Hierarki

Sykehuset har et klart hierarkisk system, men med et mylder av subkulturer ved poster og i fagmiljøer. Det er en hektisk atmosfære der viktige avgjørelser må tas på kort tid. Språket på et somatisk sykehus er dessuten annerledes enn i de miljøene der psykologer tradisjonelt arbeider; mer kroppssorientert og konkret med spesifikke somatiske fagtermer. Profesjonsorganiseringen legger sterke føringer på hva som skjer i sykehusene, og de ansattes primærlojalitet vil ofte ligge vel så mye i egen profesjon som i organisasjonen (Sørås, 2007). Samtidig er det gjennom mange år utviklet sterke bånd av samhørighet mellom profesjonene. Når psykologprofesjonen ønsker innpass, vil det ta tid og kreve målbevisst arbeid før man blir opplevd som en gruppe som hører naturlig til i arbeidsfellesskapet. Man må evne å tilpasse seg språk, tempo og organisasjonskultur og samtidig ivareta det spesifikke ved den psykologfaglige kompetansen. Vår erfaring er at dette krever god rolleforståelse og rolleformidling.

Sykehusets fire verdener

Sykehus er komplekse kunnskapsorganisasjoner som er vanskelige å forstå og krevende å styre. Derfor er kunnskap om hvordan sykehusets ulike verdener fungerer sammen, essensiell for å kunne gjennomføre suksessfulle endringsprosesser. Når sykehusansatte selv blir spurt om hvilke mentale bilder de har av sykehuset som organisasjon, hører vi dem ofte svare «maurtue», «orkester», «finjustert urverk» etc. Pasienter og pårørende kan svare noe tilsvarende, men legger gjerne til beskrivelser av sykehuset som «mystisk», «uforståelig», «lukket» eller «usammenhengende». Til tross for omfattende forskning over mange år er sykehus også blant fagekspertene fremdeles mangelfullt forstått.

Glouberman og Mintzberg (2001) gir en ramme for å forstå sykehus som organisasjon. De utviklet sitt syn på sykehus ut fra studier av hvorfor det er så vanskelig å gjøre forandringer i

helsesektoren. De mener at sykehus ikke er én organisasjon, men fire forskjellige organisasjoner eller verdener, med ulike strukturer som i stor grad arbeider uavhengig av hverandre. Disse strukturene representerer både interne og eksterne krefter i sykehussystemet, og er vanskelige å endre eller bryte opp. De har ulike oppgaver, tankesett og måter å organisere seg på.



Den kliniske helsepsykologen kan være et koordinerende element

De fire «verdener» er *samfunnet* («community»), *styring og kontroll* («control»), *behandling* («cure») og *pleie og omsorg* («care») (på engelsk «the four C's»). Innenfor disse fire verdenene finner vi følgende dominerende profesjoner: representanter for samfunnet (overordnet samfunnsstyring), ledere og administratorer (kontroll), leger (behandling) og sykepleiere og annet tverrfaglig helsepersonell (pleie og omsorg). Mellom verdenene er det kløfter, særlig horisontalt mellom sykehusledelse og de som behandler og pleier (Glouberman & Mintzberg, 2001).

Supplere, ikke konkurrere

Ved implementering av klinisk helsepsykologi på sykehus er det en forutsetning at det tas hensyn til aktørene i alle fire verdener. Vi vil her drøfte implementering på alle disse områdene, med eksempler på hva vi la vekt på ved Diakonhjemmet Sykehus.

Psykologen som brobygger

En forutsetning for varige organisatoriske endringer og for å skape en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste er at man lykkes å koble de fire verdenene sammen (Glouberman & Mintzberg, 2001; Mintzberger & Glouberman, 2001). Jo større forskjeller og jo mer markerte skillelinjer mellom dem, desto vanskeligere vil det være å lede sykehus som et hele. Det er behov for arenaer for samarbeid der de ulike verdenene kan møtes og få tilgang til hverandres perspektiv og tankesett. Dette er en sentral lederoppgave, men den kliniske helsepsykologen kan bidra ved å være et koordinerende element; for eksempel ved å medvirke til økt tverrfaglig samhandling rundt pasient og pårørende (Fjerstad & Berge, 2014; Fjerstad & Hyldmo, 2013), eller være med på å organisere kurs i effektiv klinisk kommunikasjon (Hyldmo et al., 2014). I kraft av sin utdanning og kompetanse kan psykologen skifte roller og funksjoner, og ta i bruk sin kompetanse i samfunnspsykologi, organisasjonspsykologi, klinisk diagnostisering og behandling, og relasjonelt arbeid i sine møter med de ulike verdener. Den kliniske helsepsykologen kan utvikle behandlingsprogrammer, og konsultere og veilede andre profesjoner og team (Fisher & Dickinson, 2014).

1. Samfunnsmessig relevans

Klinisk helsepsykologi er forankret i viktige samfunnsmessige verdier og behov. Prosjektet ved Diakonhjemmet Sykehus fikk støtte fra en viktig samfunnsaktør, Helsedirektoratet, som fremhevet betydningen av å se fysisk og psykisk helse mer i sammenheng: «Det er i denne retningen vi ønsker at norsk helsevesen skal gå.» Direktoratet ønsket at prosjektet skulle bidra til utvikling av modeller for implementering av klinisk helsepsykologi ved andre sykehus. Prosjektet fikk også økonomisk støtte av ExtraStiftelsen, med vekt på betydningen av klinisk helsepsykologi for brukerne. Vi la stor vekt på samarbeidet med Brukerutvalget ved sykehuset og med sentrale brukerorganisasjoner. I prosjektet la vi ned arbeid i å skrive innlegg i brukerorganisasjonenes medlemsblader (MS-bladet, Astma/Allergi, Fordøyelsen, Revmatikern etc., se for eksempel Fjerstad, 2013), og også i mediene generelt, blant annet

adressert til Helseministeren, der betydningen for de store brukergruppene og for befolkningen ble fremhevet (Fjerstad, Berge, Ekern, Hyldmo & Lang, 2014a, 2014b, 2015; Lang et al., 2013).



2. Forankring i ledelsen

De kliniske helsepsykologiske tjenestene må forankres i den andre verden, nemlig *ledernivået i sykehuset*. Vi forankret prosjektet på toppledernivå i sykehuset, med direktør og en gruppe bestående av representanter fra de sentrale faggruppene og avdelingene på sykehuset, som fulgte prosjektet tett. Gruppen kom regelmessig med kloke innspill med stor innvirkning på implementeringsprosessen. Det ble dessuten nedsatt en prosjektgruppe, med representanter fra ulike avdelinger ved sykehuset og representant fra Brukerutvalget. Hvert delprosjekt hadde igjen sin egen prosjektgruppe satt sammen av representanter fra prosjektgruppen, avdelingssjefer og brukerutvalget. I tillegg har vi bevisst jobbet med relasjonsbygging med ledere, ved å drøfte deres behov for våre tjenester, etterspurt tilbakemeldinger om hvordan vi kan være nyttige for dem, og ved å utvikle en strategi for informasjon og undervisning om våre tjenester.

3. Samhandling med legene

Den verden som legegruppen utgjør, ble tillagt stor vekt i implementeringen. Den kliniske helsepsykologen må vise at man har verktøy som er nyttige for pasientens mestring og etterlevelse av foreskrevet behandling. Det fikk vi vist gjennom konkret samarbeid, felles konsultasjoner og undervisning med vekt på kasushistorier. Et grep for å nærme oss legenes arena var å treffe legen både på de formelle møtene, som legenes morgenmøter og lunsjmøter, men også å bygge opp de uformelle relasjonene i de viktige samtalene i gangen før eller etter møtet. Det ble jobbet med å sikre kanaler inn til og støtte fra Legeforeningen, blant annet i forbindelse med to underprosjekter knyttet til refleksjonsgrupper for leger, og kurs i effektiv klinisk kommunikasjon for leger (Hyldmo et al., 2014).

4. Samhandling med annet helsepersonell

Den profesjonen som fremfor alt er knyttet til den verden som ble kalt «care», nemlig sykepleiergruppen, men også fysioterapeutene, ergoterapeutene og sosionomene samt diakon- og prestetjenestene, har lang tradisjon for å tenke helhetlig rundt pasienter. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremgår det at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Det er avgjørende at psykologen tydelig anerkjenner disse profesjonenes kompetanse, og samtidig får frem hvordan vårt fagfelt kan supplere uten å fremstå som en konkurrent. Eksempler på tiltak ved Diakonhjemmet Sykehus var tverrfaglige veiledningsgrupper, spesialtilpassede kurs i intervensjoner bygget på kognitiv terapi, samarbeid om fagutviklingsprosjekter og felles kursvirksomhet for ulike pasientgrupper.

Suksessfaktorer

Enkelte faktorer er spesielt viktige å ta hensyn til for at klinisk helsepsykologi skal kunne bli en permanent del av sykehusets behandlingstilbud (se også Belar & Deardorff, 2009; Berge & Lang, 2011; Kristensen, 2006).

Forståelse for andre profesjoners fagområder

En klinisk helsepsykolog arbeider i en tverrfaglig sammenheng, og skal ha kunnskap om viktige områder som ivaretas av andre helseprofesjoner, men trenger ikke å ha grundig kjennskap til alle disse

områdene. Psykologen bør ha generell fagkunnskap om sykdom, innbefattet kunnskap om generelle mekanismer – inflammasjon, vaskulære lidelser og generell nevrologi. Dessuten må psykologen evne å finne frem til den nødvendige spesifikke kunnskapen i det enkelte tilfelle, for eksempel en pasient med samtidig hjertesykdom og angstlidelse, vanligvis gjennom samarbeidet med behandlende lege og med pasienten selv. Psykologen må tilsvarende ha forståelse for skrevne og uskrevne regler som styrer det hektiske livet på en sykehusavdeling.



Å være synlig og på tilbudssiden

Psykologen bør være synlig og på tilbudssiden, og ha en strategi for å informere om sine tjenester, både for pasienter og henvisende instanser. Det er et mål å gjøre samtale med psykolog til en naturlig del av avdelingens behandlingstilbud. I sine samtaler med annet helsepersonell tilstreber man å kommunisere presist og å komme raskt til poengene eller konklusjonene. Man tilbyr undervisning og veiledning, samtidig som man søker å etablere faglige nettverk og samhandle med ressurspersoner i fagmiljøene, for eksempel gjennom felles prosjekter. Psykologen er opptatt av å dokumentere sin virksomhet, og ser på fagutvikling og publisering som en viktig del av sitt arbeid, ikke minst konkrete beskrivelser av pasientbehandling.

Anvend dokumentert kunnskap

Klinisk helsepsykologi har en sterk faglig kunnskapsbase, der over 30 000 vitenskapelige artikler publiseres årlig. Eksempler er undersøkelser av psykologiske faktorer innvirkning på etterlevelse av insulinbehandling ved diabetes, og av emosjonsfokustert mestring hos kvinner med brystkreft. Dessuten finnes det en omfattende kunnskapsbase i tilgrensede psykologiske fagområder som klinisk psykologi, nevropsykologi, rehabiliteringspsykologi og gerontopsykologi. Vi har funnet at metoder innenfor en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming til behandling (Berge et al., 2014) og veiledet selvhjelp (Nordgreen, Fjerstad & Havik, 2014) er godt egnet for fagområdet, gjerne i kombinasjon med metoder fra familiepsykologi og krisepsykologi (for eksempel Fjerstad, Hyldmo, Wabø & Høiseth, 2015; Fjerstad & Lang, 2013).

Lær av andre

Det er mye å lære av hvordan kliniske helsepsykologiske tjenester er organisert ved ulike sykehus i Norge, for eksempel i smertebehandling ved Universitetssykehusene i Nord-Norge og Oslo, Haukeland sykehus og St. Olavs hospital, og ved psykologfaglige bastioner som miljøene på Sunnaas sykehus, Glitrekliviken og MS-senteret i Hakadal. Det har i mange år vært etablert psykologtjenester for barn i sykehus, og også her er det organisasjonsmåter å lære av.

Psykologen bør være synlig og på tilbudssiden

I vårt arbeid har vi også hatt stor nytte av kontakt med fagmiljøer i andre land, og vi var så heldige at vi kunne besøke og fikk besøk av, fagfeller fra Island, Nederland, Skottland, Sverige og Spania. Tidsskrifter i klinisk helsepsykologi, for eksempel *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, gir informasjon om fagområdet i ulike land.

Avslutning



Det er viktig at vi som er engasjert i implementering av klinisk helsepsykologi i Norge møtes og lærer av hverandre, både via Norsk psykologforening, som har dette som et prioritert område, og ved direkte henvendelser. Psykologforeningen har opprettet en blogg, og det er en facebook-gruppe for kolleger som er interessert i fagområdet. Vi ved Diakonhjemmet Sykehus vil svært gjerne bli kontaktet av fagfeller på dette området.

Hvordan implementere klinisk helsepsykologi i sykehus?

- Søk å etablerere en felles forståelse for at noe må endres, og ha en klar visjon for hva som ønskes oppnådd. Risikoviljen og dedikasjonen til ledelsen, for eksempel sykehusets direktør, er ofte avgjørende for å få til endring.
- Kommuniser visjonen bredt ut i organisasjonen, ledet av mottoet: «Kommuniser, kommuniser, kommuniser – det blir aldri nok.» Husk at det er ulike måter å kommunisere på innenfor de fire verdenene i sykehuset.
- Prøv å sikre en sterk koalisjon bak endringen, der ansatte har mulighet til å bidra med forslag til løsninger, og slik får størst mulig opplevelse av reell delaktighet i endringsarbeidet.
- Gi mulighet for deltakelse for alle som arbeider rundt pasienten, uavhengig av profesjon og med tverrfaglighet som grunnprinsipp.
- Toppledelsen må definere overordnede mål, men sørg samtidig for at endringsprosessen er forankret i ledelsen ved de berørte avdelingene. Dersom en sykehusdirektør bare vedtar endring uten å sikre seg støtte på avdelingsnivå og blant profesjonslederne, vil sjansen for å nå frem være liten.
- Skap en «sense of urgency» der endringen kjennes viktig å gjennomføre, og det *snart*: Dette må vi gjøre noe med! Og så må det skje noe før det går for lang tid. En slik tilnærming er spesielt viktig for å få til endring i store organisasjoner, for eksempel sykehus. Prøv å formidle en følelse av at det er noe *essensielt* som mangler i utformingen av tjenestetilbudet, og som må inkluderes for å skape helhet.
- La ikke argumentasjonen for implementering av klinisk helsepsykologi bare bestå av behovsanalyser og tallmessig dokumentasjon, men også av bevegende historier om enkeltskjebner. Organisasjoner endres ikke bare ved å påvirke folks tenkning, men også følelsene – nå frem til hjertene og få folk til å *føle* at noe er viktig (Kotter & Cohen, 2002).
- Gi implementeringen en prosjektutforming, med en styringsgruppe og en arbeidsgruppe som ivaretar de ulike trinnene i planlegging, gjennomføring og evaluering. Legg vekt på kommunikasjon internt og eksternt om erfaringene underveis, suksessfortellingene inkludert, og besøk andre sykehus som har gjort vellykkede endringer, for å få inspirasjon.
- Inkluder fra starten av pasientene i forbedringsarbeidet, med brukerutvalget som en viktig aktør (Hamre & Fjerstad, 2014).
- Vis respekt for at leger og sykepleiere jobber med liv og død, og innrett arbeidet deretter, for eksempel ved håndtering av krisesituasjoner, både overfor pasient, pårørende og helsepersonell.

- Psykologen må invitere seg inn på eksisterende arenaer, og ikke prøve å lage nye, og involvere sentrale representanter, for eksempel fagsykepleierne.

(se for øvrig Skjørshammer, 2004; Tidd, Bessant & Pavitt, 2005).



Referanser

- Baum, A., Revenson, T. A. & Singer, J. (2012). *Handbook of health psychology* (2. utg.). New York: Psychology Press.
- Belar, C. D. & Deardorff, W. W. (2009). *Clinical health psychology in medical settings. A practitioner's guidebook* (2. utg.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014). Kognitiv terapi ved somatisk sykdom. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 361–380). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Berge, T. & Lang, N. (2011). Manifest for klinisk helsepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 323–331.
- Donaldson, L. (2001). *The expert patient: A new approach to chronic disease management for the 21st century*. Department of Health, Storbritannia.
- Fisher, L. & Dickinson, W. P. (2014). Psychology and primary care. New collaborations for providing effective care for adults with chronic health condition. *American Psychology*, 69, 355–363.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjerstad, E. (2013). Når mage-tarmsykdom plager mellom ørene. Psykiske reaksjoner ved fordøyelsessykdommer. *Fordøyelsen, Tidsskrift for Landsforeningen for fordøyelsessykdommer, september*.
- Fjerstad, E. & Berge, T. (2014). Når mor eller far har kronisk sykdom. Barn som pårørende. *Rapport om Barn 2014*, Voksne for barn.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014a). Hva krever kronisk sykdom av helsevesenet? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51, 408–419.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I. & Lang, N. (2014b). Det er hjelp å få. *Aftenposten*, 29.07.14.
- Fjerstad, E., Berge, T., Ekern, P., Hyldmo, I., Karlsen, K. E. & Lang, N. (2015). Finansieringsordning til besvær. *Aftenposten* 2. februar 2015.
- Fjerstad, E. & Hyldmo, I. (2013). Hva er helhetlig behandling når én skal dø og én skal fortsette å leve? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 214–217.
- Fjerstad, E., Hyldmo, I., Wabø, L. & Høiseth, C. E. (2015). Barske gutter gråter. Kognitiv terapi som psykologisk førstehjelp ved traumatisk armbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 390–395.
- Fjerstad, E. & Lang, N. (2013). «Dantes Inferno» – psykologisk førstehjelp ved postoperativt delirium. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1084–1086.
- Glouberman & Mintzberg (2001). Managing the care of health and the cure of disease. Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26, 56–69.
- Hamre, H. S. & Fjerstad, E. (2014). Brukeren vet best hvor skoen trykker. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 143, 2027.

- Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, A., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 1925–1926. 
- Kash-Godley, J. E., King, D. A. & Quill, T. E. (2014). Opportunities for psychologists in palliative care. Working with patients and families across the disease continuum. *American Psychologist*, 69, 346–376.
- Kotter, J. P. & Cohen, D. S. (2002). *The heart of change. Real-life stories of how people change their organizations*. Boston, MA: Harvard Business Review Press.
- Lang, N., Hyldmo, I., Berge, T., Ekern, P. & Fjerstad, E. (2013). Kjære helseminister. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 1.
- Mitzberg, H. (1990). Strategy formation: Schools of thought. I J. Fredrickson (red.), *Perspectives on strategic management*. New York: Harper Business.
- Nordgreen, T., Fjerstad, E. & Havik O. (2014). Veiledet selvhjelp. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 426–441). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skjørshammer, M. (2004). *Bedre planlegging i helsesektoren. I et systemteoretisk perspektiv*. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Sørås, I. (2007). *Organisasjonsutvikling i sykehus – forbedringsarbeid i teori og klinisk praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tidd, J., Bessant, J. & Pavitt, K. (2005). *Managing innovation: Integrating technological, market and organizational change* (3. utg.). Indianapolis, Ill: Wiley.