

HØRINGSRUNDE NORSK PSYKOLOGFORENINGSPESIALISTUTDANNING

Til

Helsedirektoratet
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Norsk forbund for utviklingshemmede
Organisasjonene i Den Nasjonale Alliansen for helsepsykologi i somatikken
AIR Rehabiliteringssenteret
Mental helse
Mental helse ungdom
Rådet for psykisk helse
RIO Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon
ROP
Fagdirektørene i HFene
Institutt for Psykoterapi
NorskPsykoanalytisk institutt
Norsk Karakteranalytisk institutt
Institutt for gruppeanalyse
NI-ISTDP
IAP – Institutt for Aktiv Psykoterapi
NIEFT - Norsk Institutt for Emosjonsfokuset Terapi
Lokalavdelingene
Foretakstillitsvalgte
Fagutvalgene
Spesialitetsrådet
Kvalitetsutvalget
Yngre Psykologers Utvalg
Studentpolitisk utvalg
Norsk Nevropsykologisk Forening

Dato: 15. FEBRUAR 2019

HØRINGSFRIST: 24. APRIL 2019

Forslag til endring i reglement for spesialistutdanningen: Opprettelse av ny spesialitet?

Psykologforeningen vurderer om det bør etableres en spesialitet for fagområdene klinisk helsepsykologi og relevante deler av fagområdet rehabilitering. Vi inviterer derfor til denne høringsrunden.

Landsmøtet i 2013 vedtok å opprette en kombinert spesialitet som skulle favne både habilitering- og rehabiliteringspsykologi. Etter råd fra et fagutvalg bestående av representanter fra habilitering- og rehabiliteringsfeltet ble vedtaket ikke effektivt. Landsmøtet i 2016 vedtok så å endre spesialiteten i habilitering og rehabilitering til en spesialitet i habiliteringspsykologi. Helsedirektoratet har etterlyst en tydeliggjøring av hvordan fagområdet rehabilitering dekkes i spesialistutdanningen. Psykologforeningen har opplyst om at fagområdet rehabilitering blant annet skulle ivaretas og ses i sammenheng med fagområdet klinisk helsepsykologi.

Dekning av fagområdet klinisk helsepsykologi i spesialistutdanningen i dag

Sentralstyret vedtok i sitt møte 22. september 2015 å opprette et valgfritt program i klinisk helsepsykologi. Psykologforeningen har gjennomført 2 valgfrie program fra februar 2017 med 42 deltakere til sammen, hvorav halvparten tok programmet som del av annen spesialitet og halvparten var psykologspesialister som tok det som vedlikehold. Det er i tillegg organisert tre konferanser i klinisk helsepsykologi i 2015, 2016 og 2018. Rehabilitering som fagområde er ikke dekket i dagens spesialistutdanning.

Grunnlag for en spesialitet

Det kan være flere faktorer som ligger til grunn for etablering av en spesialitet. En spesialitet forutsetter at det eksisterer et særskilt kunnskapsgrunnlag og spesifikke metodekompetanser på et fagområde.

De spesifikke kompetansene er etterspurt av myndigheter, arbeidsgivere og brukere. I noen tilfeller gir myndighetene psykologspesialister særskilte oppdrag og ansvar eller det kan være slik at psykologene selv ser at spesialistkompetanser vil kunne bidra til å dekke et særskilt behov for psykologtjenester.

Det kan også vurderes å opprette en spesialitet ut ifra at det utvikles nye tjenestesteder der psykologenes særskilte kompetanse er relevant og etterspørres.

Utgangspunktet for utvikling av en spesialitet kan være kompetansekrav som stilles til psykologene i særskilte stillinger/med særskilt ansvar i dag eller slik man ser for seg at kompetansekravene/behovene vil være i fremtiden.

Det kan også vurderes å opprette en spesialitet ut ifra begrunnelser som at spesialistutdanningen vil kunne bidra til kunnskapsutvikling på felt der det forskes lite.

Spesialistutdanningen skal primært utvikle psykologenes handlingskompetanse og det stilles krav til at psykologspesialisten skal utvikle forutsetninger for å

systematisere egne erfaringer og evaluere egen praksis. Dette forutsetter at det er tilgang på praksisplasser relevant for spesialiteten.

Klinisk helsepsykologi og rehabilitering

Klinisk helsepsykologi er et fagfelt hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter anvendes i behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatiske helseplager eller sykdom, symptomer eller funksjonshemming, eller for pasienter med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske. Pasientens pårørende er også en viktig målgruppe, både som deltager i hjelpetilbudet eller ut fra deres egne behov for å bli ivaretatt.

Mens helsepsykologi er et bredt fagfelt som dekker folkehelse, livsstil og forebygging, retter klinisk helsepsykologi seg spesielt mot hvordan bruk av psykologisk kunnskap kan gi et bedre helsetilbud for pasienten.

Klinisk helsepsykologi bygger på en biopsykososial tilnærming. Pasientens evne til å mestre det å leve med en somatisk helseplage eller sykdom, hvilken støtte man får fra pårørende og hvilken erfaring man har fra tidligere har betydning for både sykdom og psykiske reaksjoner på sykdommen. I en helhetlig behandlingstilnærming sees disse faktorene i sammenheng. En slik forståelse gir utgangspunkt for kliniske helsepsykologiske tiltak rettet både mot individet og systemer rundt pasienten.

Klinisk helsepsykologi representerer et område som er relevant for mange rehabiliteringsprosesser mennesker med skader og somatiske sykdommer skal igjennom. Jfr. definisjonen av rehabilitering. *«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»*

Kunnskap om samvirket mellom fysisk og psykisk helse viser hvilket potensial som ligger i å satse på intervensjoner som hensyn tar dette: Å leve med en somatisk helseplage eller sykdom innebærer mange problemer og påkjenninger. Eksempelvis er det en overhyppighet av psykiske vansker hos personer med langvarige somatiske plager. Nesten hver tredje med en langtids somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og nesten halvparten av de med psykiske helseproblemer har en langtids somatisk sykdom. Og opptil 90% av barn innlagt på sykehus rapporterer om en skremmende opplevelse. Jo flere belastninger i barndommen, jo flere negative utfall innenfor helse og livskvalitet senere.

Helsedirektoratets retningslinjer 'Ivaretakelse av somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer' IS-2642 stadfester at «Psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett.» Når vi vet at forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig viser dette oss at tiltak er nødvendige.

Årsakene til forkortet levealder er sammensatte, men forsinket oppdagelse og behandling samt mangel på tilpasning av det somatiske helsetilbudet er spesielt relevante i denne sammenhengen. Psykologisk kompetanse på somatiske avdelinger kan bidra til de tilpasninger denne pasientgruppen trenger for å kunne motta og nyttiggjøre seg nødvendig helsehjelp.

Behov for arbeidsplasser som grunnlag for en spesialitet

Etablering og realisering av en spesialitet krever arbeidsplasser. En spesialitet i klinisk helsepsykologi og rehabilitering må knyttes opp mot arenaer hvor det er behov for denne kompetansen.

Relevante forhold knyttet til behovet for psykologkompetanse i somatikken

- Samtidig psykiske og somatiske vansker forsterker hverandre gjensidig og medfører økte kostnader for samfunnet og betydelige lidelser for den enkelte.
- Det er et økende behov for psykologer med spisskompetanse på psykologiske metoder tilpasset pasienter med somatiske plager – både i tilknytning til primær- og spesialisthelsetjenesten og andre tjenesteområder ¹
- Kompetansen etterspørres fra nasjonale helsemyndigheter
- Bruker- og profesjonsforeninger etterspør et tydeligere biopsykososialt perspektiv i helsetjenestetilbudet ²

Psykologforeningen har i innspill til nasjonal helse- og sykehusplan påpekt hvordan psykologisk kompetanse kan bidra til et bedre og mer effektivt behandlingstilbud for pasienter i somatikken. Det er vist til en rekke nasjonale føringer som påpeker behovet for tverrfaglig kompetanse, inkludert psykologkompetanse i somatikken. Se vedlagte notat med Psykologforeningens innspill.

Etablering av spesialitet

En spesialitet som skal dekke klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet krever en grenseoppgang mot flere fagfelt. Rehabiliteringsfeltet er i seg selv omfattende og deler av dette feltet hører naturlig inn under nevropsykologi. Klinisk helsepsykologi representerer et område som overlapper med eller har berøringspunkter til flere andre fagområder, bl.a. nevropsykologi, arbeidspsykologi, eldrepsykologi, samfunn-/allmennpsykologi og habiliteringspsykologi. En ny spesialitet vil måtte være komplementerende til øvrige spesialiteter. Klinisk nevropsykologi som spesialitet har åpenbart stor relevans for rehabilitering, men rehabiliteringspsykologien for øvrig kan integreres med klinisk helsepsykologi i en felles spesialitet. Hvordan dette skal ivaretas vil bli vurdert i forbindelse med utarbeidelse av målbeskrivelse for en ny spesialitet.

Psykologforeningen ber om tilbakemelding på om det bør opprettes en spesialitet for å ivareta klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet.

¹ Eksempler er frisklivssentraler, i NAV-systemet, på rehabiliteringsinstitusjoner, ved helsestasjoner og i kommunale palliative team, i tannhelsetjenesten, på sykehjem og på somatiske spesialavdelinger.

² Nasjonal allianse for helsepsykologi i somatikken

Psykologforeningens fagutvalg bes spesielt om å kommentere på spørsmål 4.

Vi ber om tilbakemelding på følgende problemstillinger:

1. Foreligger det tilstrekkelig med faktorer som skissert innledningsvis i dokumentet som grunnlag for etablering av en ny spesialitet?
2. Bør det opprettes en egen spesialitet for å dekke fagområdene klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet?
3. Hvilken funksjon og virkeområde bør spesialiteten ha – bør den innrettes mot både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten?
4. En ny spesialitet skal ivareta klinisk helsepsykologi og deler av rehabiliteringsfeltet. En problemstilling er derfor om dette bør gjenspeiles i navnet på spesialiteten. Hva bør en eventuell ny spesialitet hete:
 - a. Spesialitet i klinisk helsepsykologi?
 - b. Spesialitet i klinisk helse- og rehabiliteringspsykologi?
 - c. Bør «klinisk» være med i tittel når det ikke brukes i noen av de øvrige spesialitetene? Eller er det særskilt viktig å ha med begrepet klinisk helsepsykologi for å markere et skille i forhold til helsepsykologi?

Vi ber om at tilbakemelding på endringer i spesialistreglementet er oss i hende senest 24. april 2019.

Høringssvar sendes til Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef, Norsk Psykologforening.

bjornhild@psykologforeningen.no

Vennlig hilsen

Heidi Tessand

Bjørnhild Stokvik

Visepresident
Norsk Psykologforening

Utdanningssjef
Norsk Psykologforening

Vedlegg: Psykologforeningens innspill til nasjonal helse- og sykehusplan om psykologisk kompetanse i somatikken.

Til:

- Helse- og omsorgsdepartementet



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Oslo, 17. Januar 2019
Ref.: 20/19/AFJ/ph

Hvordan psykologisk kompetanse kan bidra til et bedre og mer effektivt behandlingstilbud for pasienter i somatikken

Anbefalinger for fremtidens helsetjenester

1. For å oppnå helhetlige, tverrfaglige helsetjenestetilbud må det rutinemessig vurderes inkludering av psykologkompetanse og ansettelse av psykolog i tjenestetilbud til personer med somatisk sykdom.
2. Vedtaket om at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse må følges opp videre.
3. For å oppnå helhetlige tilbud for voksne og eldre i somatikken bør det som minimum opprettes et team eller enhet ved alle sykehus ut fra et bio-psykososialt perspektiv. Det må legges til rette for samtidighet i tilbud og fast tilstedeværelse av psykolog fra enheten/teamet på somatiske avdelinger, som kan bidra til reell tverrfaglighet i de somatiske avdelingene. Personer fra teamet/enheten kan veilede, delta i tverrfaglige møter og hvis ressurser gi tilbud til enkeltpasienter, deres nære eller etterlatte, slik at den psykiske tilstanden til somatiske pasienter i spesialisthelsetjenesten følges opp i somatiske avdelinger.
4. Behovet for psykologiske intervensjoner i de somatiske pakkeforløpene bør vurderes.

Klinisk helsepsykologi er et fagfelt hvor psykologisk kunnskap og kliniske ferdigheter anvendes i tverrfaglige behandlingstilbud, rehabilitering, palliasjon og helsefremming for pasienter med somatisk sykdom, symptomer eller funksjonshemning, eller med symptomer som beskrives eller fremstår som somatiske.

Mens helsepsykologi er et bredt fagfelt som dekker folkehelse, livsstil og forebygging, retter klinisk helsepsykologi seg spesielt mot hvordan bruk av psykologisk kunnskap kan gi et bedre helsetilbud for pasienten. Pasientens pårørende er også en viktig målgruppe, både som medhjelper i hjelpetilbudet og ut fra deres egne behov for å bli ivaretatt.

Nasjonale føringer

Flere nyere styrende og offentlige dokumenter ser psyke og soma i sammenheng, med et tverrfag tilbud som inkluderer psykolog.

- Helsedirektoratets veileder 'Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker'¹ (2015)
- NOU 2017: 16 På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende²
- Ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) ble det vedtatt at alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse³. Det drøftes lignende formuleringer for voksne og eldre.

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/873/Veileder-Organisering-og-drift-av-tverrfaglige-smerteklinikker-IS-2190.pdf>

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/>

- Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (2009) anbefaler rutinemessig kartlegging («screening») for lidelser og tilstander som øker risikoen for at pasienten utvikler depresjon hos som personer med somatiske lidelser som medfører funksjonstap.⁴
- Oppdragsdokument for 2015 til de regionale helseforetakene: «*Det skal være etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.*»
- Også nyere veiledere med primærhelsetjenester som målgruppe legger til grunn et bio-psykososialt perspektiv⁵.

Utfordringsbilde

Samtidig psykiske og somatiske vansker forsterker hverandre gjensidig, noe som påfører økte kostnader for samfunnet og betydelige lidelser for den enkelte.

Psykiske og fysiske helseutfordringer opptrer ofte samtidig og påvirker hverandre. Nesten hver tredje med en langtids somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og nesten halvparten av de med psykiske helseproblemer har en langtids somatisk sykdom. Har du tre eller flere langtids somatiske sykdommer øker sannsynligheten for å få depresjon opp mot syv ganger.

Psykisk og fysisk helse virker sammen. Angstsymptomer predikerer hjerte- og karsykdommer 11 år senere. Depresjon er en risikofaktor for å utvikle hjertesykdom og demens. Dette har store økonomiske konsekvenser. Har du astma og samtidig angst eller depresjon kan behandlingstkostnadene for astma øke med langt over 100 prosent.

Samvirket påvirker behandling. Det er vanskeligere å komme seg etter hjerteinfarkt hvis du også har depresjon. Er du redd for sprøytestikk er det vanskelig å sette insulin dersom du har diabetes type 1 eller 2. Har du ADHD, vil det kunne være vanskeligere å opprettholde nye rutiner for å følge opp behandling, medisiner og forebyggende adferd.

Samvirket er relatert til tidlig død. Depresjon øker dødeligheten for de store sykdomsgruppene – kreft, hjerte kar lidelser og infeksjonssykdommer.

Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer.

Opptil 90% av barn innlagt på sykehus rapporterer om en skremmende opplevelse. Jo flere belastninger i barndommen, jo flere negative utfall innenfor helse og livskvalitet senere.

Fordeler ved å inkludere psykologer som kjernekompetanse i somatiske avdelinger

Det gir bedre behandling og er økonomisk lønnsomt

Psykiske forhold må ses i sammenheng med forløp/utvikling og dødelighet av en rekke somatiske sykdommer (hjerteplager, diabetes, langvarige smerter, osv.). Gjennom ivaretagelse av psykologiske forhold kan man bidra til å øke compliance ved kroniske sykdommer, redusere dødelighet ved inngrep og lidelser, forebygge unødige inngrep (ryggoperasjoner, unødvendige sykehusinnleggelses)

³ https://www.statsbudsjettet.no/upload/Statsbudsjett_2018/dokumenter/pdf/hod.pdf s. 284

⁴ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/217/Nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-IS-1561.pdf>

⁵ <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

og konsultasjoner, forebygge utvikling av unødvendige smerter og bidra til raskere tilheling etter operasjoner. Slike tiltak kan bety store innsparinger⁶.

Mestring av somatisk sykdom hos pasienter og deres pårørende eller etterlatte kan bidra til økt livskvalitet samt til å opprettholde deltagelse i skole, arbeid og andre aktiviteter og slik forebygge utenforskap. Psykologiske intervensjoner kan forebygge at normale psykiske reaksjoner på de belastninger somatisk sykdom gir, utvikler seg til noe mer alvorlig.

Tverrfaglig innsats og god ressursutnyttelse

Gjennom å inkludere psykologisk kompetanse i et tverrfaglig team vil de ressursene som allerede brukes bli utnyttet bedre. Ett eksempel er at man ved arbeid med frykt for behandling (gjennom tilpassede tiltak og informasjon) kan øke etterlevelse og gjøre det lettere å gjennomføre ulike prosedyrer. Man vil også kunne nå bedre ut til grupper som pr i dag ikke får tilstrekkelig hjelp, for eksempel pårørende samt bidra til håndtering av følgetilstander ved alvorlig sykdom, for eksempel fatigue hos kreftoverlevende.

Hva kan psykologer bidra med?

Psykologer kan bidra med konsultasjon og vurderinger, som veiledere og behandlere. Her er noen eksempler på arbeidsoppgaver:

- Å jobbe med compliance på en mestringsfokuseret måte samt generelt arbeide mestringsfokuseret i forhold til pasient eller system rundt (og ikke bare støttende og ivaretagende).
- Vurdere pasienten med tanke på endringer – for eksempel om det skyldes psykologiske (f.eks. depresjon), somatiske (f.eks. hjernemetastaser) eller medisinske forhold (f.eks. overdosering pga reduserte smerter som konsekvens av tumorreduksjon).
- Avdekke ikke tidligere diagnostiserte forhold som kan ha betydning for behandlings-/sykdomsforløp (f.eks. personlighetsproblematikk eller autismspekterforstyrrelser).
- Bidra til pasient og pårørendes håndtering av kriser knyttet til sykdomsforløp, for eksempel i forbindelse med ny diagnose eller ved sykdomsutvikling mot terminalfase
- Tiltak for å understøtte foreldres, søsken eller barns mestring av livet med alvorlig sykdom eller død i familien. Typiske tema er skyldfølelse, maktesløshet, kommunikasjonsvansker.
- Samarbeide med, støtte og veilede andre yrkesgrupper med hensyn til deres reaksjoner i møte med eksempelvis alvorlig syke.
- Terapeutiske samtaler om vanskelige tema, for eksempel den sykes forhold til barn eller foreldre, tidligere og nåværende familie, parkonflikter, depresjon, ensomhet og redsel for sykdomsutvikling

Det finnes ytterligere informasjon på vår hjemmeside:

<https://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi>

Psykologforeningen vurderer om det skal etableres en egen spesialitet i klinisk helsepsykologi som integrerer en del av rehabiliteringsfeltet og forslag til en slik spesialitet er under utarbeidelse. En egen spesialitet krever at det finnes arbeidsplasser som gir grunnlag for en slik spesialisering. Psykologer i spesialisering har i dag anledning til å ta et valgfritt program i klinisk helsepsykologi over 1 år som en del av andre spesialiteter, og psykologspesialister kan ta det som vedlikeholdsaktivitet⁷.

⁶ <http://www.milliman.com/insight/2018/Potential-economic-impact-of-integrated-medical-behavioral-healthcare-Updated-projections-for-2017/>

⁷ Vi har gjennomført 2 valgfrie program fra februar 2017 med 42 deltakere til sammen, hvorav halvparten tok programmet som del av annen spesialitet og halvparten var psykologspesialister som tok det som vedlikehold.

Vi vil også minne om Den nasjonale alliansen for helsepsykologi i somatikken, nå bestående av 15 organisasjoner som Norsk psykologforening også er en del av⁸

Organisering

Avslutningsvis vil vi peke på viktigheten av en organisering og finansiering som kan bidra til stabilitet over tid og legge til rette for en helhetlig og tverrfaglig utvikling. For team/enhet kan eget driftsbudsjett og ikke inntjening på avdeling, og organisering som egen seksjon være et poeng. I det daglige arbeidet kan fysisk lokalisering nært avdelingene også være viktig, i tillegg til fordelene ved å ha mer enn en fra teamet/enheten tilknyttet den enkelte avdeling. Helt avgjørende for å få til et helhetlig tverrfaglig tilbud er samtidighet i tilbud. Som ledd i kompetanseutvikling kan det også være viktig å legge opp til inkludering av praksisplasser for studenter.

Eksempler på eksisterende tilbud er: Diakonhjemmet

<http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/pasient-og-parorende/enhet-for-psykiske-helsetjenester-i-somatikken> og Rikshospitalet (barn, eksistert siden 1976)

<https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-3-konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>

I tillegg finnes det eksempler på tilbud hvor psykologer er en integrert del av alle avdelinger (Sunnaas).

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening

Tor Levin Hofgaard
President

⁸ <https://www.psykologforeningen.no/politikk/klinisk-helsepsykologi/nasjonall-allianse-for-helsepsykologi>