



Hørings svar – Rapport fra Legeforeningens ressursgruppe for psykiatri og rus

Utdrag fra høringsbrev/resymé:

Legeforeningens sentralstyre vedtok i mars 2018 å etablere en ressursgruppe, bestående av representanter for de fem fagmedisinske foreningene som i størst grad er involvert i psykisk helsevern og rusbehandling.

I sitt arbeid kom ressursgruppen frem til fem områder hvor de så et behov for å:

1. Redusere og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern
2. Forbedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste innen psykiatri og rusbehandling
3. Forbedre organisering av psykisk helsevern og rusbehandling
4. Styrke legerollen i psykiatri- og rusfagene
5. Oppdage tidlig og behandle rusproblemer blant unge

For å oppnå bredest mulig forankring i foreningen, ber vi nå alle foreningsledd om synspunkter på valg av tema, form og innhold i rapporten. Vi er særlig interessert i å vite om de valgte tema og problemstillinger gjenspeiler den kliniske virkelighet og de utfordringer dere ser i helsetjenesten, og vi ønsker konkrete forslag til tiltak som Legeforeningen kan fremme for å bedre helsetilbudet på disse områdene.

Allmennlegeforeningen mener:

Ressursgruppen har gjort et godt og grundig arbeid med sin rapport, og Allmennlegeforeningen kan stille seg bak innholdet. Vi har valgt å komme med noen kommentarer til hvert av områdene ressursgruppen har pekt på.

1. Redusere og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern

Allmennlegeforeningen savner en problematisering omkring igangsetting av tvang utenfor sykehus og hvilke samfunnsmekanismer som påvirker dette. Mange tvangsinleggelse skjer fra legevakt, ofte i akutte og kaotiske situasjoner. Nullvisjonen for selvmord og legers frykt for uheldige hendelser påvirker sannsynligvis vurderinger som blir gjort omkring bruk av tvang hos en pasient som ytrer selvmordstanker. Slik blir politikernes visjoner og tilsynsmyndighetenes vurderinger av saker med uheldig utfall direkte medvirkende til økt bruk av tvang i helsevesenet. Manglende tilgang til akutte polikliniske vurderinger i spesialisthelsetjenesten store deler av døgnet gir også begrenset handlingsrom. Hos pasienter med kombinasjonen av psykisk lidelse, kronisk suicidalitet og utagerende atferd kan det ofte oppstå forventninger fra politimyndighet om at ordensproblemer skal løses ved hjelp av tvungen helsehjelp, vanligvis i mangel på mer egnede hjelpetiltak.

Tvangslovgivningen har også noen vesentlige praktiske utfordringer i samhandling mellom første- og andrelinjetjeneste. Dersom en pasient er under frivillig behandling innen psykisk helsevern, men tilstanden endrer seg og det er behov for vurdering av om tvungent psykisk helsevern skal igangsettes fortolkes og praktiseres mange steder regelverket slik at pasienten må transporteres til fastlege/legevakslelege for vurdering. Det fremstår bakvendt når for eksempel DPS eller alderspsykiatriske sykehus må kontakte fastlege for å få vurdert pasienter de har behandlingsansvar for, og det kan være utfordrende for allmennlegen å avstå fra bruk av tvang når man har blitt kontaktet av spesialisthelsetjenesten i psykiatri med ønske om at tvang skal iverksettes.

2. Forbedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten innen psykiatri og rusbehandling

Kapittelet peker på viktige utfordringer og presenterer noen modeller for løsninger som Allmennlegeforeningen er positive til. Det er beskrevet at «Organisasjonene må legge gode rammer for at samhandling både blir prioritert og belønnet.»

Allmennlegeforeningen vil her påpeke at fastlegen må bli økonomisk kompensert for telefonsamtaler og elektronisk dialog med spesialisthelsetjenesten – ikke bare for tverrfaglige forhåndsplanlagte møter.

Henvendelser om akuttvurderinger innen rus og psykiatri bør foregå som lege-til-lege samhandling, på lik linje med vurderinger i somatiske avdelinger.

Pasientforløp innen rus og psykisk helse kan være langvarige, og fastlegen får ofte lite informasjon underveis, særlig i de tilfeller der mye av behandlingen i spesialisthelsetjenesten ivaretas av andre helsearbeidere enn leger.

Allmennlegeforeningen mener samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste ville blitt styrket av regelmessige «underveis-epikriser» eller oppsummeringer. Et eksempel som kan vurderes er Avdeling for rusmedisin, seksjon LAR i Helse Bergen som tilbyr sien pasienter årlig helseundersøkelse med rapport til fastlege.

3. Forbedre organisering av psykisk helsevern og rusbehandling

Allmennlegeforeningen setter pris på at rapporten trekker frem og stadfester fastlegens rolle og kompetanse i utredning og behandling av pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. Det trekkes frem en rekke mulige tiltak og vi vil her gjerne understreke nødvendigheten av bedre samhandling med avtalespesialister innen psykologi. Manglende oversikt over kapasitet kombinert med hyppig manglende eller avvisende svar på henvisninger gjør at det oppleves eksepsjonelt vanskelig å få på plass et behandlingstilbud hos avtalespesialist i psykologi for pasienter som fastlegen vurderer egnet for slik behandlingstilnærming. Konsekvensen av dette kan være økt antall henvisninger til DPS, i mangel på alternative tilbud.

Et annet viktig tema omkring organisering av tjenestetilbudet innen rus og psykiatri handler om egenandeler. En 16 år gammel ungdom må betale egenandel for konsultasjon hos fastlegen, men har rett på gratis behandling i BUP, i en del tilfeller til fylte 23 år. Tilsvarende for unge pasienter med rusproblematikk, som er unntatt for egenandeler ved behandling i PUT til fylte 30 år. Allmennlegeforeningen støtter egenandelsfritaket for disse pasientene, men vil påpeke at når fritaket ikke gjelder undersøkelse og behandling hos fastlegen vil dette kunne gi forskyvning mot at pasienten foretrekker behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten av økonomiske årsaker. Dette bryter med LEON-prinsippet og vil kunne medføre en uønsket oppgaveglidning fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten for deler av helsehjelpen til pasientgruppen.

Det er en kjent sammenheng i forekomst av psykiske og rusrelaterte sykdommer og sosial situasjon. Pasienter som lider av rus og psykiske sykdommer har også høyere forekomst av en del somatiske lidelser. Allmennlegeforeningen frykter at egenandelskrav medfører at en del pasienter unnlater å søke hjelp hos fastlegen av økonomiske årsaker. I situasjoner hvor pasienter uten betalingsevne har hatt behov for legehjelp vil pasienten ofte ha opparbeidet skyld til fastlegen. Dette kan påvirke lege-pasientrelasjonen negativt ved en forskyvning i allerede ulike maktforhold mellom lege og pasient, og pasienten vil kunne føle avmakt når de ikke kan gjøre opp for hjelpen de behøver. Allmennlegeforeningen mener det er et sterkt behov for mer smidige løsninger for dekning av egenandeler for pasienter med ruslidelser og psykisk sykdom. Det vil kunne gi bedre samfunnsøkonomisk nytte ved at pasienten tidligere søker fastlegen for hjelp med sykdom som ellers utvikler seg negativt, og det vil kunne bedre behandlingsrelasjonen mellom lege og pasient – noe som i seg selv er forbundet med bedre prognose for disse pasientgruppene.

4. Styrke legerollen i psykiatri- og rusfagene

Allmennlegeforeningen støtter de vurderinger rapporten gjør omkring trusler mot legerollen innen psykiatri- og rusfagene. Vi opplever at våre medlemmer rapporterer at lav legedekning innen disse fagene direkte påvirker allmennlegenes arbeidshverdag. Fastlegeordningen står midt i en rekrutterings- og stabiliseringskrise, hvor høy arbeidsbelastning er en medvirkende faktor. Samtidig opplever fastlegene stadig at spesialisthelsetjenesten i rus og psykiatri ønsker å benytte fastlegene og fastlegekontorene til arbeidsoppgaver som er en naturlig del av behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. Eksempler på dette kan være å skrive resept på medisiner som spesialist ønsker å starte opp, skrive sykmelding for pasienter som er innlagt i rusinstitusjon eller psykiatrisk sykehus, rekvirere og tolke blodprøver og kliniske undersøkelser nødvendig for å overvåke behandlingsrespons og bivirkninger, samt gjerne å oversende resultater og tolkninger til behandler i spesialisthelsetjenesten. Det er ikke alltid riktig med hardt opptrukne linjer mellom hva som skal utføres av fastlege og hva som bør ivaretas hos behandlende avdeling, men når oppgavefordelingen blir avgjort på grunn av legemangel i behandlende avdeling i spesialisthelsetjenesten, blir det åpenbart at kvalitet i behandlingen, praktiske løsninger for pasientene og samfunnskostnader kommer i andre rekke.

5. Oppdage tidlig og behandle rusproblemer blant unge

I dette kapittelet er ikke fastlegen nevnt. Allmennlegeforeningen ønsker her igjen å påpeke at terskelen for å oppsøke fastlege kan være høy for ungdommer på grunn av egenandeler. Mange kommuner fokuserer sine tiltak omkring helsesøster og helsestasjon for ungdom. Disse tilbudene er gratis for ungdommen, men de utelater i stor grad fastlegen som ofte kjenner hele familien og kanskje har hatt ungdommen som pasient gjennom mange år. Allmennlegeforeningen mener aldersgrensen for fritak for egenandeler hos fastlege må heves fra 16 år til 20 år.

På vegne av Allmennlegeforeningen,

Elisabeth Stura
Styremedlem