



Legeforeningen
her

14. februar 2018

Høring pakkeforløp innen psykisk helse og rus

Vi viser til e-post av 19. desember 2017 fra Legeforeningen om høring om pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

Helsedirektoratet har utarbeidet utkast til pakkeforløp innen psykisk helse og rus og det sendes nå ut fem nye pakkeforløpene til høring.

Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne

- Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, barn og unge
- Pakkeforløp for psykoselidelser, inkludert debuterende psykose
- Pakkeforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge
- Pakkeforløp for tvangslidelser

Samtidig foreslås anbefalinger om hvordan somatisk helse og levevaner kan ivaretas for disse pasientgruppene.

Helsedirektoratet har opprettet tverrfaglige arbeidsgrupper som har utarbeidet utkast til pakkeforløpene.

Mål for pakkeløpene

- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Helsedirektoratet ber om innspill på

- om pakkeforløpet bidrar til å oppnå de overordnede målene
- innhold i hvert enkelt kapittel
- pakkeforløpet generelt

Utkastene som arbeidsgruppene har kommet med framstår som gjennomgående solide og godt funderte når det gjelder kunnskapsgrunnet og anbefalt kartlegging. Målene om bedre og mer likeverdige pasientforløp med økt brukermedvirkning skulle bli oppfylt dersom man klarer å gjennomføre pakkeforløpene. Men de gode intensjonene med pakkeforløpene svarer ikke på hovedutfordringen, nemlig en løsning på den opplevde ressursmangelen i tjenestene. Dette kan man ikke standardisere eller effektivisere seg bort fra uten at det går på bekostning av kvalitet, omfang og brukertilfredshet. Pakkeforløpene vil kreve større ressurser enn tjenesten er rigget for siden man nå legger opp til en større og mer detaljert kravspesifikasjon i forhold til henvisning, utredning, behandling kombinert med økt brukermedvirkning. Det er derfor lite sannsynlig at målene 2.3 og 4 kan ivaretas med dagens ressursituasjon, og man kan stille spørsmål om man har begynt i feil ende.

Allmennlegeforeningen ser at det kan være behov for nasjonale standarder og mindre forskjeller i pasientløpene rundt om i landet. Det er større variasjon og flere variabler å ta hensyn til innenfor psykisk helse enn for somatiske lidelser og vi vil advare mot en for stor grad av standardisering av behandlingen. Vi frykter at det kan medføre utilstrekkelig individuell tilpasning og fare for uriktig ressursbruk både i forhold til over- og underforbruk av tiltak.

Vi har også en bekymring for at pasienter som ikke faller innenfor pakkeforløpene, vil kunne få et enda dårligere tilbud enn tidligere. Fastlegene sliter med at det er vanskelig å finne hjelp innenfor rimelige ventetider til pasienter med moderate psykiske lidelser og mange leger opplever at henvisninger avvises.

Kartleggingen som forventes i forbindelse med henvisningen vurderer vi vel omfattende og ressurskrevende. Det må være pasientens symptomer, varseltegn og funksjonstap som danner grunnlaget for en henvisning til spesialisthelsetjenesten. Deler av informasjonsinnhenting kan gjøres i løpet av kartleggingen og utredningen når pakkeforløpet er i gang. Det må derimot kunne forventes at fastlege besørger nødvendig informasjon om somatisk helse i den grad dette er kjent.

Underveis i forløpet bør fastlege informeres status på evalueringspunkter samt gis en oversikt om iverksatte tiltak og behandlingsplaner. Det må tydelig avklares hvem som skal være ansvarlig for oppfølging av somatisk helse og levevaner. Utveksling av informasjon mellom tjenestene under forløpet krever en nasjonal digital meldingsutveksling, og ikke per skjema/post som mange steder i dag. Honorering for arbeid rundt informasjonsutveksling og oppgavefordeling må på plass når fastlegene skal delta mer aktivt under forløpet. Vi støtter at forløpskoordinator skal ha anledning til å bestille timer hos fastlegen i de tilfeller det er hensiktsmessig.

Det er lagt opp til at pasienten som hovedregel skal møte en spesialist i pasientforløpet. Vi er undrende til at dette ikke er et krav. Hvordan kan man kalle det for spesialisthelsetjeneste dersom ikke spesialister skal delta direkte i vurderingen av pasientene og behandlingstilbudene? Mye av hensikten må vel være at man henviser til et høyere kompetansenivå enn det man besitter i førstelinjetjenesten. Man må sikre kvalitet med spesialistkompetanse i direkte møte med pasientene.

Retten til en kontaktlege/psykolog for de med langvarige pasientforløp i spesialisthelsetjenesten er viktig for gode pasientforløp og trygghet i behandlingen. Personal- og ressursituasjonen mange steder gjør likevel at dette kan bli krevende i praksis. Får man til en slik ordening vil det nok også forenkle samarbeidet for fastlegen i forhold til spesialisthelsetjenesten både under og etter at behandlingen i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Forløpskoordinator vil sannsynlighet skape både bedre flyt i tjenestene og bedre brukertilfredshet, spesielt ser vi muligheter til å kunne følge opp pasienter som dropper ut av planlagte tiltak/avtaler. Tilstrekkelige ressurser må være på plass for at dette skal lykkes. Vi ser en fare for at ressursene til administrative tiltak går på bekostning av behandlingen. Spesielt i forbindelse med avslutning og drop-out fra pakkeforløpet må det sikres klargjorte konkrete avtaler om videre tiltak i regi av fastlege eventuelt annen kommunal psykisk helsetjeneste. Mange pasienter kan nok oppleve det som trygt at ansvarsoverføringen skjer i et møte der alle vet hva som er sagt og tenkt videre, men det er nok ikke riktig ressursbruk at fastlegene deltar på alle avslutningssamtaler for sine pasienter. Det bør heller legges opp til en tydelig avklaring i pakkeforløpet om det foreligger forhold som medfører at fastlege bør være

tilstede.

Vi mener at fastlegen har nøkkelrollen i forhold til utredning, behandling, oppfølging og koordinering av pasientens somatiske helse. Dette fordrer at samarbeidet mellom fastleger, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten er avklart og velfungerende. Ved overgang fra behandling i institusjon til poliklinisk behandling må tilstrekkelig informasjonsutveksling sørge for at fastlegen kan ivareta dette ansvaret. Vi mener også at fastlegene jevnlig må holdes informert om tiltak som iverksettes i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen er nå i mange tilfeller for lite informert under behandlingsforløpene i andrelinjetjenesten. Pasienten må informeres om hvem som har ansvaret for oppfølgingen av den somatiske helsen og få en skriftlig plan for den videre oppfølgingen.

Utkastene til pakkeforløp har stort fokus på kunnskapsgrunnlaget og kartlegging av risikofaktorene. Mye av dette er det bred kunnskapsbasert enighet om, men utkastene er tynnere når det gjelder virksomme tiltak og hvordan pasientene skal følges opp slik at endringer kan finne sted. Å skape og opprettholde motivasjon for endring samt ha gode verktøy for kunne gi nødvendig støtte og oppfølging over tid er en betydelig utfordring. Det legges vekt på bruk av motiverende intervju for å få til endringer i levevaner og her har fastlegene en unik mulighet. Allmennlegeforeningen vil framheve at en trygg og langvarig relasjon mellom lege og pasient er avgjørende for å få til endringer over tid.

Det er lagt for lite vekt på sunt kosthold og ernæring som vi tenker er en nøkkel til å redusere risikofaktorer og bedre somatisk og psykisk helse. Å sørge for hjelp til strukturert og sunt matstell er særlig krevende for en gruppe pasienter hvor mange sliter med dårlig økonomi og opplevelse av lite overskudd. Anbefaling om 150 minutter aktivitet per uke og intervalltrening flere ggr / uke over en periode på 2-3 mnd er svært ambisiøse tiltak som kun et fåtall pasienter vil klare på egenhånd. Tett kontakt med fastlege og personlig oppfølging fra kommunale tiltak (mestringsenheter, Frisklivsentraler, treningstilbud) øker nok sannsynligheten for at pasientene skal lykkes, men også større strukturelle tiltak som matvarepriser og avgifter kan dreie kostholdet i en sunnere retning.

Vi støtter også et større fokus på tannhelse hos denne pasient gruppen hvor både sykdommene i seg selv og medisinerer øker risikoen for dårlig tannhelse. Vi gjør oppmerksom på at mange steder tar også de offentlige tannklinikkene i mot voksne betalende pasienter uten spesielle rettigheter ofte til en bedre pris enn i privat tannhelsetjeneste som nevnes i utkastet.

Ole Arild Osmundnes
styremedlem

