

Generell kommentar til prioriteringsveileder

«Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne» definerer hvilke psykiske lidelser som skal prioriteres for behandling i 2.linjetjenesten. Behovet for en prioritering er opplagt når det opplevde behandlingsbehovet i befolkningen overskrider behandlingsskapasiteten. Det er også gunstig med en avklaring av hvilke lidelser som normalt vil ha nytte av behandling i spesialisthelsetjenesten.

Behandlingsveilederen har i stor grad endret inntaksvurderingene som gjøres ved de ulike DPS. Men de siste års implementering av veilederen i praktisk inntak ved DPS har også avdekket en del utfordringer. Kunnskapssenterets undersøkelse *“Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre”* har gjennom flere år vist at fastleger, særlig i helse Sør-Øst, påpeker utfordringer i forhold til et stort antall avslag på pasienter man henviser til behandling. Årsaken er sammensatt, og noe kan tilskrives fastlegers manglende kjennskap til veilederen. For selv flere år etter at denne er innført er det mange fastleger som ikke kjenner til at den eksisterer, og langt flere som ikke kjenner innholdet i den. Det er en betydelig utfordring, og et viktig satsningsområde dersom man i større grad skal oppleve veilederen som et nyttig verktøy i praksis.

Det er også en kjensgjerning at det å vurdere grad av psykisk lidelse på bakgrunn av en skriftlig henvisning er vanskelig. Et ambulant prosjekt ved Moss DPS, hvor psykiater fra DPS gjennomførte felleskonsultasjon med fastlege og pasient på pasienter som i utgangspunktet hadde fått avslag på behandling ved Moss DPS, viste at ca. 30 % likevel ble innvilget rett til behandling etter en slik konsultasjon. Dette er et tankekors ved en for rigid inntakspraksis basert på tolkning av skriftlig beskrivelse gjennom henvisningen.

Rettighetsvurdering ut fra prioriteringsveileder er helt avhengig av henvisers utvalg av opplysninger, og Inntaksansvarliges vurdering eller tolkning av henvisningsopplysningene. Det er i seg selv sårbart, og særlig når henviser ikke kjenner til vurderingskriteriene. Det vil derfor være viktig at prioriteringsveilederen bruker begreper og klassifiseringer som henviser er fortrolige med, og som i størst mulig grad er entydige.

Kommentarer til ny prioriteringsveileder

Det nye forslaget har et noe forenklet utvalg av tilstander eller klassifiseringer, og det er bra. Men alvorlige spiseforstyrrelser er tatt ut fra prioriteringsveilederen (eller noe jeg har oversett??). Da bør det knyttes noen ord til bakgrunn for det, og hvordan det alternativt skal vurderes.

Det er kun mindre justeringer av frist for behandling i forhold til nåværende veileder. Den største endringen er ved at «angst/tvang – alvorlig» har fått frist innen 12 uker, i motsetning til 30 uker som det er i dag. Det støttes, siden 30 uker er urimelig lang tid.

Det er økning i tid for oppstart av behandling både når det gjelder moderat depresjon (fra nå 6 uker til foreslått 8 uker) og for mistanke om bipolar lidelse, i stabil fase, fra nå 8 uker til foreslått 12 uker. Det er altså ikke en generelt økt prioritering til raskere igangsetting av behandling, men en intern prioritering som særlig tilsier at angst og tvang med høyt symptomtrykk skal prioriteres raskere på bekostning av moderat depresjon og mistanke om affektiv lidelse, i stabil fase. Ut fra symptombilde og pasientens lidelsestrykk virker dette å være en riktig prioritering. Men dersom man på generelt

grunnlag skal gi psykisk helsevern økt prioritering som et hele, burde det være rom for å løfte frem noen pasientgrupper uten samtidig å måtte kompensere det med lengre ventetid for andre.

Spesifikke kommentarer til ny prioriteringsveileder

Det opprettholdes begrepene lettere, moderat og alvorlig depresjon. Selv om dette er begreper som også er kjente for henviser, er det begreper mange fastleger ikke bruker. Og det er ingen entydig bruk av disse skillene i førstelinjetjenesten. Henviser vil derfor ofte kun bruke betegnelsen depresjon, og gjennom sin beskrivelse eller forespørsel om vurdering forvente en vurdering. Det at en fastlege henviser en pasient med depresjon er i seg selv et signal om at det er vurdert et behov for en vurdering utover det fastlegen selv kan gi. Skillet mellom gradene av depresjon er først og fremst nyttig for spesialisthelsetjenesten for å vurdere behandlingsnivået. Så lenge henviser ikke er bevisst dette skillet, vil også henvisningen ofte mangle nødvendige opplysninger for å kunne foreta en riktig klassifisering. Kanskje det kan knyttes til en kommentar om at det ved henvisninger av personer med depresjon ofte vil være nødvendig å foreta en vurderingssamtale ved DPS for kunne foreta en riktig prioritering. Denne samtalen må da basert på henvisningen gjøres inne frist for «høyest tenkelig grad av lidelse».

Det skilles mellom mistanke om bipolar lidelse type 1 og type 2. Diagnostikk og klassifikasjon knyttet til bipolar lidelse har endret seg mye de siste årene. Fastleger har i begrenset grad oppdatert kunnskap om dette. Et skille mellom type 1 og type 2 er særlig aktuelt for spesialisthelsetjenesten, og vil sjeldent fremgå av henvisningen. Man er da helt avhengig av å tolke beskrivelser som er gitt i henvisningen. Så lenge henviser ikke er oppmerksom på dette vil det være stor mulighet for at vesentlig informasjon kan mangle. Et skille i prioritering av bipolar lidelse type 1 og type 2 er kun hensiktsmessig for spesialisthelsetjenesten. Den nåværende prioriteringsveilederen skiller ikke på dette, men bruker kun betegnelsen mistanke om bipolar lidelse, og skiller så i prioritering på stabil eller ustabil fase. Det er enklere å forholde seg til, og foretrekkes.