

Momenter ved innføring av pakkeforløp for psykiske lidelser.

Innføring av pakkeforløp for kreft har ført til økt forutsigbarhet for utredning ved begrunnet mistanke om kreft. I tillegg er tiden fra en fastsatt kreftdiagnose til oppstart av behandling for flere kreftformer forkortet. Samlet bidrar dette til en mere ensartet praksis nasjonalt, og man har fått fjernet «uønsket variasjon».

Det er derfor ikke uventet at mange ser til samme løsning når de ønsker å forbedre behandling av psykiske lidelser. Statsminister Erna Solberg sier på sin blogg: «Vi skal skape pasientens helsetjeneste. Da må vi ha et system som er bedre tilpasset pasientene og deres behov. Derfor vil vi ta et radikalt grep for å gjøre utredningen og behandlingen av psykisk syke pasienter raskere, bedre og mer forutsigbar: Vi skal innføre pakkeforløp innen psykisk helse.» Videre sies det at «uønsket variasjon» skal bort fra psykiatrien og erstattes av «ensartethet».

Mange har etter hvert meldt seg på i debatten om «pakkeforløp i psykiatrien», og det setter et positivt fokus på hvordan man kan bedre tilbudet til denne pasientgruppen. Men det er også mange som er skeptiske til om psykiatrien er et egnet fagområde for tenkningen som ligger i ordningen med «pakkeforløp».

Positive forventninger:

Det som trekkes frem som positive forventninger med pakkeforløp i psykiatrien er blant annet:

- Det skal redusere ventetid for oppstart av behandling.
- Det skal sikre kvaliteten i behandlingen.
- Det skal gjøre forløpet mere forutsigbart og likt.
- Det gir forutsigbarhet for behandlere, effektiviserer ressursbruken, og gjør det lettere å avgrense et langtrukket behandlingsforløp.
- Det sikrer et mere helhetlig behandlingstilbud.

Bekymringer for negative konsekvenser:

Av bekymringer for innføring av pakkeforløp, fremheves:

- Man mister fleksibilitet når forløp skal standardiseres.
- Psykiske lidelser er sammensatte, og det er stor variasjon inne hver enkelt diagnosegruppe. Da kan ikke behandling standardiseres på samme måte som ved mange somatiske lidelser, hvor det er en klarere sammenheng mellom årsak, behandling og effekt.
- I psykiatrien vil behandlingsrespons være mere individuell, og det vil være større behov for justering av behandling underveis i et behandlingsforløp.
- I psykiatrien kan man ha flere overlappende diagnoser, mens man kun kan følge ett pakkeforløp av gangen. Det er ofte ikke hensiktsmessig.
- Man blir ofte ikke «ferdigbehandlet» i psykiatrien, på samme måte som ved somatisk lidelse.
- De med lidelser som ikke passer inn i et pakkeforløp, eller ikke klarer følge slike standardiserte forløp, nedprioriteres. Dette vil ofte være de som allerede nå har et mangelfullt behandlingsopplegg, særlig pasienter med rusproblemer og ustabile pasienter med manglende fremmøte.

Oppsummert går skepsisen i hovedsak på om psykiske lidelser i det hele tatt er egnet for tankegangen om ensartet standardisert behandling. I en tid hvor slagord som det pasientstyrte helsevesen og individuell tilpasning vektlegges, gir pakkeforløp assosiasjoner om det motsatte. Er det mulig å forene personlig tilpasning og økt kvalitet gjennom standardisering og effektivisering?

Danmark har innført pakkeforløp i psykiatrien fra 2010. Ulike diagnoser gir pakkeforløp med et bestemt antall behandlingstimer, og innholdet i disse timene er skissert. Også Danmark gjennomgikk en tilsvarende debatt som vi nå har i Norge. Forut for innføring av pakkeforløp i Danmark er det beskrevet at det var svært lange ventetider, opp til 12 måneder, for behandling av psykiske lidelser. Det er også beskrevet at man hadde et uoversiktlig og ulikt behandlingstilbud på landsplan. Dette har blitt betydelig bedret gjennom innføringen av pakkeforløp. I tillegg fremheves det kvalitetssikring ved at man i pakkeforløpene har sikret en vurdering av viktige og ofte underprioriterte forhold som livsstilsfaktorer, medikasjon, og somatiske forhold. Det vektlegges også at samhandling med kommunal psykiatritjeneste/fastlege er bedret. Dette er gjort ved at pakkeforløp inneholder spesifikke timer for å ivareta disse forhold. F.eks. inneholder pakkeforløp for angst og sosial fobi 1 time til kartlegging av livsstil og somatikk, 1 time til psykofarmakologi, og senere i forløpet 1 time til kontakt med primærlege og kommune.

Erfaringene fra Danmark så langt er ikke entydige. Brukerundersøkelser viser at et flertall av pasientene er godt fornøyd, og mange behandlere som før innføringen var skeptiske vektlegger nå heller de positive sidene innføringen har hatt. Andre behandlere opplever fortsatt at tankegangen er for rigid i forhold til å kunne gi en fleksibel individuell behandling.

Noen momenter som er verd å ta med videre i debatten i Norge, og som jeg synes til nå har vært lite belyst, er:

1) Organisering av henvisningsprosessen: I Danmark gjorde man ved innføring av pakkeforløp også grep for å organisere henvisningsprosessen annerledes. Man etablerte sentrale henvisningsmottak, som ut fra henvisning fordelte pasienter enten til behandling direkte, eller til en vurderingssamtale. Man inkluderte både private avtalespesialister og kommunale tiltak i behandlingstilbudet, slik at dette sentrale henvisningsmottaket fordelte pasienter til alle disse aktørene. Dette grepet alene er en kraftig forbedring. Det å inkludere avtalespesialister, øke bruken av vurderingssamtaler, og opprette felles henvisningsmottak har vært etterlyst av aktører også i Norge, men til nå har det ikke vært vilje til å gjennomføre dette. Til nå har dette ikke blitt en del av debatten ved innføring av pakkeforløp i psykiatrien. Det bør det bli, siden dette grepet alene kan være en betydelig årsak til de positive tilbakemeldingene fra Danmark.

2) Ventetider: Flere anfører det å forkorte ventetiden som en begrunnelse for innføring av pakkeforløpene. I den debatten hører også ventetid på behandling hos avtalespesialister inn. I Norge er ventetider regulert av prioriteringsveilederen. Prioriteringsveilederen følges i dag, og de pasientene som gis rett til helsehjelp har allerede i dag klart definerte ventetider. Denne veilederen er revidert senest i 2015, og er allerede et viktig virkemiddel hvis redusert ventetid for oppstart av behandling er et prioritert mål. Innholdet i pakkeforløpene må samkjøres med innholdet i prioriteringsveilederen, slik at det å innføre pakkeforløp i seg selv ikke vil endre ventetider. Hovedutfordringen i dag er heller manglende tilgjengelighet og tilgang på behandling, og ikke ventetider.

3) Tilgjengelighet/avslått behandling: Kunnskapssenterets undersøkelser av fastlegers tilfredshet med de ulike DPS i Norge avdekker store utfordringer knyttet til avslag på behandling. Særlig er dette gjeldende i Helse Sør-Øst. Dette er blant legene i Helse Sør-Øst den enkeltfaktoren som gir mest frustrasjon i dagens praksis. Fra kunnskapssenterets rapport «Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre» fra 2014

siteres: «**På ett viktig område, Henvisninger, er det statistisk signifikant tilbakegang. Denne indeksen handler om tilgjengelighet; i hvilken grad de distriktpspsykiatriske sentrene tar fastlegen vurderinger på alvor og i hvilken grad de avviser henviste pasienter. Det er særlig i Helse Sør-Øst at denne tilbakegangen viser seg.**»

Dersom dette ikke tas inn i debatten om pakkeforløp, vil det redusere gevinsten av å innføre slike forløp. Pakkeforløpene i psykiatri må derfor være tydelig på å avklare filterfunksjon og diagnostikk. Dersom pasienter i økt grad skal tilbys behandling, må inntak og vurdering av henvisninger tillegges ny betydning, jf. Pkt. 1. Det er også stor frustrasjon knyttet til at avtalespesialister i mange steder i praksis ikke er tilgjengelig for nye pasienter. Dersom dette er et kapasitetsproblem, løses det ikke av nye retningslinjer uten økt kapasitet. Men dersom det skyldes manglende ressursutnyttelse, og feil prioritering, er det viktig å adressere dette som en del av debatten. Pakkeforløp kan være med på å sikre at behandling gis til prioriterte pasientgrupper, og at behandlingsforløp ikke strekker seg utover det som er medisinsk faglig begrunnet. Det kan gi økt effektivitet ved at uhensiktsmessig lange pasientforløp avsluttes. Også her vil det å inkludere avtalespesialister være viktig.

4) Kommunal psykisk helsetjeneste: Pakkeforløp for kreftbehandling omhandler først og fremst utredningsfasen frem til endelig diagnose, og tid for oppstart av behandling. Dette er i kontrast til pakkeforløp i psykiatrien, som omhandler selve behandlingen av allerede fastsatte diagnoser. Tanken er at man etter endt pakkeforløp i psykiatrien ikke nødvendigvis er fri fra sin lidelse, men har oppnådd en bedring slik at man kan overføres til videre oppfølging ved kommunale tjenester eller hos fastlege. I pakkeforløpene er det satt av tid til å sikre denne kommunikasjonen og overføringen. Det er bra. Men det betinger at de kommunale tilbudene er i stand til å tilby slike tjenester, både i forhold til kapasitet og kompetanse. Det har vært en utfordring gjennom flere år at spesialisthelsetjenesten har spisset sine oppgaver, og overført oppgaver til kommunene som på sin side ikke har klart å bygge opp sitt tilbud tilstrekkelig. En utvikling med økt kompetanse og behandling kommunalt er ønsket i tråd med samhandlingsreformen, men det å sikre robuste kommunale tjenester vil også være avgjørende for i hvilken grad pakkeforløp i psykiatri skal bli vellykket.

Oppsummering:

Forventninger ved innføring av pakkeforløp ved psykiske lidelser omhandler rask behandlingssopstart, og en forutsigbar og kvalitetssikret behandling. Skal innføring av pakkeforløp i psykiatri ha slike positive effekter, er det avgjørende å se behandlingsforløpet i sammenheng med hele henvisningsprosessen og inntak til behandling. Man må også inkludere avtalespesialister som en del av behandlingsapparatet, og sikre kompetanseoverføring og dialog med kommunal psykiaritjeneste og fastlege. Det vil kunne skape en helhetlig og forutsigbar behandlingsskjede. Men man må ta høyde for dagens utfordringer med manglende tilgjengelighet. Det hjelper ikke å ha strømlinjeformet behandling, hvis den ikke er tilgjengelig.

Det vil også være avgjørende at pakkeforløpene inneholder tilstrekkelig fleksibilitet til å gjøre individuelle tilpasninger, som tar høyde for psykiatriens egenart. Behandlingseffekt i psykiatrien er ikke like forutsigbar som ved mange somatiske lidelser, og lik behandling for alle er ikke nødvendigvis det samme som like god behandling for alle. Hvis man klarer å inkludere disse momentene i gode pakkeforløp, kan innføring av slike være et positivt virkemiddel.

Geir Dunseth, NFA (Norsk forening for allmenntidrett) sin referansegruppe i psykiatri.