

## Norsk psykiatrisk forenings kommentarer til

# Behandling i psykisk helsevern, voksne – pakkeforløp

## Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne (HØRINGSUTKAST)

### 1.1 GRUNNLAG FOR HENVISNING

*Det står i høringsutkastet at «henvisningen blir vurdert og frist blir satt i tråd med prioriteringsveilederen».*

#### Kommentar

Prioritetsveilederen forstås i dag svært forskjellig hvilket innebærer at en pasient som ved et DPS kan tas imot under henvisning til denne, ved et annet DPS avslås under henvisning til denne. I forbindelse med pakkeforløp er det derfor nødvendig også å oppdatere prioriteringsveilederen på en slik måte at den kan forstås og anvendes likt på tvers av DPSene.

Npf er også uenig i at en pasient som henvises av en spesialist i allmenntilleggsmedisin ikke i det minste skal få en engangsvurdering ved spesialist i psykiatri eller psykologi, uansett hvordan prioriteringsveilederen tolkes. Når en allmenntilleggsmedisinere som tross alt har mye kunnskap om pasientene og som de facto i dag behandler 80-90% av psykiske lidelser, mener det er behov for hjelp må det imøtekommes uten nærmere diskusjon. Men det kan gjerne være en engangskonsultasjon. Se under. For å få dette til må en del DPSer og institusjoner, muligens de aller fleste, antagelig reorganisere sin drift for å allokere ressurser til slike engangskonsultasjoner. Det er på samme måte man gjør det i den somatiske spesialisttjenesten.

Npf savner også omtale av muligheten for at f.eks. en psykolog eller psykiater kan besøke allmennleger noen faste dager pr. måned som hjelp til å avklare om henvisning faktisk er nødvendig. Forskning fra Canada (Nick Kates) tyder på at en slik ordning kan redusere henvisninger til spesialisthelsetjenesten (*Kates N, et al. Integrating mental health services within primary care settings: the Hamilton Family Health Team. J Ambul Care Manage. 2011;34:174-82*).

### 1.2 KARTLEGGING FØR HENVISNING

*Her anføres det at det forutsettes at henvisende instans bør gjennomføre en kartlegging som inkluderer punktene nedenfor (opplistet i høringsutkastet) før de sender henvisning til pakkeforløp.*

**Kommentar:**

Det vil i de fleste tilfeller være kommunehelsetjenesten, oftest allment praktiserende leger, som står for henvisningen. Henviser forventer at pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten blir utredet av spesialist der på lik linje med henvisninger til andre spesialiteter. Det som anføres i høringsforslaget om informasjon som skal foreligge ved en henvisning er i virkeligheten nesten en full psykiatrisk journal. Det er urealistisk. Det er ikke mulig med de ressurser og de oppgaver som i dag er pålagt allment praktiserende leger å gjennomføre så omfattende utredninger, som nødvendigvis vil involvere en rekke andre spesialiteter, før en pasient henvises. Formuleringen «Det forutsettes...» som det står i kortversjon av Høringsutkastet må derfor sløyfes.

Det står til slutt under punkt 1.2 at «*Mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert, inkludert blodprøver der det er relevant*».

**Kommentar:** Det er også urealistisk. Å vurdere alle mulige nevropsykiatriske differensialdiagnoser er en typisk spesialistoppgave (psykiater) inkludert hvilke blodprøver og eventuelle supplerende nevrobiologiske undersøkelser som må foretas. Det er ingen allment praktiserende lege som kan dette. Heller ikke spesialister innen et bestemt fagområde som f.eks. indremedisin eller nevrologi behersker hele feltet. Ikke-medisinere ved DPS vil heller ikke ha den nødvendige kompetanse til å supplere et inntaksintervju med informasjon som kan peke på at somatiske forhold må vurderes nærmere. Dermed er det overhengende fare for at viktige somatiske forhold oversees.

Hvor omfattende kunnskap som kreves for å vurdere om «mulige somatiske årsaker til tilstanden» kan illustreres ved å ta en titt på følgende tabeller i Lærebok i psykiatri (Oslo: Gyldendal akademiske 2018).

- 7.3 (sidene 149-150): eksempler på **somatiske sykdommer av betydning i vurderingen av psykiske lidelser.**
- Tabell 9.2 (sidene 203-208) **tolkning av blodprøver** mtp somatiske differensialdiagnoser **ved psykiske lidelser.**
- Tabellene 9.4 og 9.5 (sidene 220-221): **indikasjoner og tolkning av SPECT og PET** ved psykiske lidelser.
- Tabellene 9.6 og 9.7 (sidene 222-223): **EEG og tolkning** av dette ved psykiske lidelser.
- Tabell 25.14 (side 781): differensialdiagnosen **PNES-ikke-PNES.**
- Tabell 25.16 (side 783): symptomer som gir mistanke om **postencefalitisk syndrom** som kan manifestere seg om utelukkende en psykisk lidelse
- Tabell 25.21 (side 789): symptomer som gir mistanke om **mild organisk kognitiv lidelse**
- Tabell 25.24 (side 791): symptomer og adferdsendringer som bør gi mistanke om **skader av pannelappen**
- Tabell 25.26 (side 796): eksempler på **metabolske sykdommer som kan presentere seg med primært psykisk symptomatologi**
- Tabell 25.28 (side 801): eksempler på hvordan en del **somatiske sykdommer kan feiltolkes som primær psykisk lidelse**
- Tabell 25.29 (side 801): **symptomer ved sykdom -eller skadeaffiserte kroppsfunksjoner som må fanges opp i et intervju** for å kunne mistenke underliggende sykdom eller skade. (Husk at DPSer i dag kun bruker diagnostiske intervjuer for de hyppigste psykiske lidelsene uten overhodet å anvende metoder mtp differensialdiagnoser av somatisk art).
- Tabell 25.36 (side 822-823): eksempler på **psykiatriske bivirkninger av ikke-psykofarmaka** som kan manifestere som psykisk lidelse.

## 1.4 START PAKKEFORLØP. FORLØPSKOORDINERING

*Her står det at «Pasienten skal som hovedregel møte en spesialist i løpet av pakkeforløpet»*

**Kommentar:** Formuleringen er uakseptabel. Her innfører man muligheten for at en pasient ikke har krav på å møte en spesialist. Dermed legger man et helt annet prinsipp til grunn enn det som gjelder for andre medisinske spesialiteter. Det er vanskelig å tenke seg at befolkningen vil akseptere at psykiatrien skal være annen rangs. Også for henviser er det uakseptabelt at når man henviser til spesialisthelsetjenesten skal pasienten ikke vurderes av spesialist. Derfor må «...som hovedregel..» må fjernes fra teksten.

Npf savner også at det anføres muligheten for at en pasient, etter en primær vurdering av spesialist i psykiatri og/eller psykologi, kan henvises tilbake til fastlege med forslag til hvordan pasienten kan følges opp videre.

*Høringsutkastet skriver også under punkt 1.4 «Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege/-psykolog. Kontaktlege/-psykolog skal håndtere henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinsk/psykologfaglig karakter»*

**Kommentar:** Dette er formuleringer som igjen illustrerer at man de facto ikke tar alvorlig somatisk sykdom, skade eller lidelse alvorlig, men bagatelliserer dette. Skal DPS eller annen psykiatrisk institusjon følge opp alvorlig somatisk sykdom, skade eller lidelse må det utføres av lege (psykiater). Det er kun denne som har de nødvendige kunnskaper for å vurdere om pasientens behov for somatiske tjenester er ivaretatt på en forsvarlig måte. Dessuten skjer det ikke sjelden at den somatiske spesialisttjeneste kun fokuserer på sitt spesialområde («det er ikke mitt bord»). Det krever at den som følger pasienten opp må kunne se alle somatiske sykdommer, skader eller lidelse i et helhetsperspektiv og på det grunnlag følge opp pasienten. Det er derfor kun oppnevning av en psykiater ved DPSet / institusjonen som innebærer forsvarlig helsetjeneste. En psykolog kan ikke dette.

## 2. Behandling og oppfølging – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)

### 2.1 INNLEDENDE SAMTALER

*Her anføres det at «Dersom pasienten fyller kriteriene for flere samtidige lidelser/tilstander, enten psykiske, somatiske eller rusrelaterte lidelser, vil dette kunne ha innvirkning på pasientenes behandling og prognose og skal tas hensyn til i planlegging av behandling».*

**Kommentar:**

Utsagnet er korrekt, men i forslaget mangler krav om at den som gjennomfører den første innledende samtalen skal ha høyest faglig kompetanse. Man bruker bare ordet «behandler». Dette er faglig uforsvarlig. Den første samtalen er ofte helt vesentlig for hvordan det videre forløpet blir som også den kursiverte teksten illustrerer. Derfor må den som gjennomfører første samtale ha omfattende faglig kompetanse. Det må være et absolutt krav at første samtale gjennomføres av en spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi. Avhengig av hva man finner kan man evt. senere i behandlingsforløpet allokere en pasient til en behandler som har spesielle kvalifikasjoner i et fagområde uten å ha bred kompetanse innen psykiatri tilsvarende det som en spesialist har. Vi foreslår derfor følgende formulering:

***Psykiater eller psykolog i samarbeid med psykiater, må vurdere om pasienten fyller kriteriene for flere samtidige lidelser/tilstander, enten psykiske, somatiske eller rusrelaterte lidelser, da dette vil kunne ha innvirkning på pasientenes behandling og prognose og skal tas hensyn til i planlegging av behandling***

Npf savner et lite avsnitt om hvordan man håndterer det faktum at fra tid til annen stemmer ikke «kjemien» mellom behandler og pasient. Det bør eksplisitt anføres at **pasienten må ha rett til å kunne be om å bytte behandler** en gang hvis kjemien ikke stemmer.

**2.2 PLANLEGGING AV BEHANDLINGEN**

Npf savner omtale om at samarbeid med allment praktiserende leger uten at det legges opp til videre behandling ved DPS kan være en meget effektiv behandlingsmåte. Det vil si at psykiater og/eller psykolog fra DPS har løpende kontakt med fastlegen og veileder denne i behandling av pasienten. Det er publisert flere forskningsprosjekter som viser at dette kan være en effektiv behandling for pasientene og samtidig ressurs sparende for spesialisthelsetjenesten (Croicu C, et al. *Approach to the patient with multiple somatic symptoms. Med Clin North Am. 2014;98: 1079-95*; Dham P, et al. *Collaborative Care for Psychiatric Disorders in Older Adults: A Systematic Review. Can J Psychiatry. 2017; 62:761-771*; Grote NK, et al. *A randomized trial of collaborative care for perinatal depression in socioeconomically disadvantaged women: The impact of comorbid posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2016; 77:1527-1537*). Heri inngår også oppfølging per telefon (Engel CC, et al. *centrally assisted collaborative telecare for posttraumatic stress disorder and depression among military personnel attending primary care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016; 176:948-56*) og bruk av smartphone-teknologi for å følge opp pasientene (Bauer AM et al. *Acceptability of mental health augmentation of Collaborative Care: A mixed methods pilot study. Gen Hosp Psychiatry. 2017; 51:22-29*).

*«Behandlingen skal bygge på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt kunnskapsbasert praksis og tilpasses pasientens samlede tilstand og behov».*

**Kommentar:**

Npf gjør oppmerksom på at flere av de nasjonale faglige retningslinjene ikke er oppdaterte. Det er faglig uriktig å skrive «skal» når man ikke samtidig med pakkeforløp

har innført et system for løpende faglig oppdatering av retningslinjer. En formulering som er mer i takt med virkeligheten er derfor:

**«Behandlingen bør så langt det er mulig bygge på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, samt kunnskapsbasert praksis og tilpasses pasientens samlede tilstand og behov».**

## Legemiddelbehandling

*«Dersom pasienten bruker legemidler, bør behandler gjøre en systematisk gjennomgang, for å sikre hensiktsmessig bruk av legemidler og for å unngå uheldige bivirkninger/pasientskader»*

### Kommentar:

Det må være en selvfølge innen et helsevesen i 2018 at det gjøres vurdering av legemiddelbruk, alle typer, av kvalifisert psykiater. Her må man også huske på at mange legemidler for somatiske sykdommer kan utløse psykiatriske symptomer og tilstander som kan forveksles med en «tradisjonell» psykisk lidelse. I slike tilfeller må psykiateren i samarbeid med den somatiske spesialisten finne frem til alternative legemidler. Her kan det derfor ikke stå behandler. Det kan heller ikke stå «bør», men skal.

Formuleringen må derfor lyde som følger:

**«Dersom pasienten bruker legemidler, skal psykiater gjøre en systematisk gjennomgang, for å sikre hensiktsmessig bruk av legemidler og for å unngå uheldige bivirkninger/pasientskader»**

*«Eventuell behandling med legemidler må ikke starte før pasienten er gitt informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. Lege/psykiater skal informere pasienten om i hvor stor grad legemiddelet kan gi bivirkninger og hvilke bivirkninger som eventuelt kan oppstå. Pasientens tidligere erfaringer med bruk av legemidler må kartlegges og tas hensyn til ved valg av legemidler. Ved hvert evalueringstidspunkt bør det vurderes om det er behov for en gjennomgang av legemidler»*

### Kommentar:

Teksten i kursiv omtaler et viktig punkt. I siste setning bør det imidlertid ikke stå «bør det vurderes..», men «skal det vurderes...». I dag skjer det at noen pasienter fortsetter med medikasjon som de ikke trenger eller som gis i uterapeutiske doser uten at det fanges opp i en løpende vurdering. Men det er også pasienter som ville ha gevinst av tillegg av legemidler som ikke får dette. Dette understreker at skal kravene som er anført kunne oppfylles, forutsetter det at psykiateren ved institusjonen har snakket med pasienten. I dag er det mange steder mangel på psykiatere. Det medfører at pasienter aldri møter en fagperson med kunnskap om legemidler til tross for at de bruker slike eller eventuelt kunne ha nytte av slike. I stedet blir psykiateren pålagt å vurdere eventuelle tiltak ut fra

journal utarbeidet av eller muntlig tilbakemelding fra ikke-medisinsk kyndige personer. Det er en praksis som er uforsvarlig. Teksten må derfor endres som følger (endringer understreket):

***Eventuell behandling med legemidler må ikke starte før psykiater personlig har vurdert pasienten og gitt informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene.***

Teksten «Ved hvert evalueringspunkt bør det vurderes om det er behov for en gjennomgang av legemidler» må reformuleres til:

***«Ved hvert evalueringspunkt skal psykiater på grunnlag av personlig samtale og observasjon av pasienten vurdere om det er behov for en gjennomgang av legemidler»***

## 2.4 EVALUERINGS-PUNKTER

*«Ved hvert evalueringspunkt bør pasienten, behandler, eventuelt pårørende og andre relevante samarbeidspartnere, i fellesskap vurdere»:*

### **Kommentar:**

Mange steder gjennomføres slike evalueringer i dag uten medisinsk fagkyndig person tilstede. Det til tross for at legemiddelvurderinger (indikasjon, kontraindikasjon, behandlingsgjennomføring inkl. dosering og bivirkningsregistreringer) er relevant for alle pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser. Slik formuleringen står nå er det ikke krav om psykiatrisk kompetanse, kun «eventuelt ... og andre relevante samarbeidspartnere». Da flertallet av behandlere ved DPS ikke har medisinsk kompetanse, kan det ikke stå eventuelt så lenge det alltid skal inngå vurdering også av medikasjon. En bedre formulering er derfor:

***«Ved hvert evalueringspunkt bør pasienten, behandler, eventuelt pårørende og andre relevante samarbeidspartnere (hvis behandler ikke er psykiater, må evalueringen alltid inkludere psykiater blant samarbeidspartnerne), i fellesskap vurdere...»***

## Somatisk helse

Mer enn halvparten av pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten har samtidig legemlige sykdommer. Utkastet er på dette området for vagt formulert. Det er ikke tilstrekkelig at en kommunelege eller fastlege har ansvaret for somatiske forhold. Disse kan nok håndtere velavgrensede legemlige sykdommer, men når man arbeider med pasienter som både har legemlige og psykiske lidelser, oppstår det helt nye problemstillinger som krever en integrert tilnærming og forståelse. Dette fagområdet, kalt konsultasjon-liaison psykiatri (engelsk: consultation-liaison psychiatry, C-L psychiatry), er f.eks. i USA en egen spesialitet. Det er også egne fagbøker for dette fagområdet (Fogel BS, Greenberg DB, eds. *Psychiatric care of the medical patient. 3rd edition Oxford: Oxford University Press, 2015*) og egne kapitler om dette også i den norske læreboken skrevet for spesialister (Malt UF, Bürker BS, Malt EA. *Konsultasjon-liaison psykiatri. Kapittel 25 i Malt et al. Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal akademiske 2018, 765-825 og tabellene anført under punkt 1.2* ).

Hvis man virkelig ønsker å ta den somatiske delen av psykiske lidelser alvorlig må man derfor kreve at det ved hver institusjon / DPS må være det nødvendige antall spesialister i psykiatri som kan håndtere C-L psykiatriske problemstillinger. Det må stå i dokumentet. Hvis det ikke settes opp krav om dette, vil i virkeligheten de forholdene som omtales under «somatisk helse» ikke kunne bli tatt hånd om på en faglig forsvarlig måte.

## **Bruk av standardiserte verktøy for å måle effekt av behandling/symptom-/funksjonsmål**

*«Det bør gjøres målinger ved oppstart og ved avslutning av behandling. Det kan være relevant å måle symptomnivå, funksjonsnivå og livskvalitet».*

### **Kommentar:**

Utelukkende å bygge på behandlers synsing som kriterium for hvordan en pasient har det hører fortiden til. Det må være et absolutt krav om at det både ved oppstart og ved avslutning av en behandling også gjøres elementære etterprøvbare vurderinger i form av spørreskjemaer og graderingsskalaer. At man ikke vil anføre spesifikke verktøy for å måle symptomer, funksjonsnivå og livskvalitet er derimot greit nok. Men det vil neppe skade å gi eksempler. Vi foreslår følgende formulering:

**«Det skal gjøres målinger ved oppstart og ved avslutning av behandling. Heri inngår måling av symptomnivå (f.eks. SCL-90 og intervjubasert graderingsskala for hovedsymptomene pasienten har slitt med, eksempelvis MADRS ved depresjon eller PANSS ved psykose), funksjonsnivå (f.eks. WHO Disability Assessment Schedule [WHODAS-2.0]) og livskvalitet (sykdomsspesifikke eller generiske instrumenter)»**

## **2.5 Håndtering ved avbrudd i behandlingen**

I høringsutkastet anføres det at «dersom behandlingen avbrytes, må (Npfs understrekning) henviser/kontaktperson i kommunen bli varslet...».

### **Kommentar:**

Dette må modifiseres. Det er pasienter som ikke ønsker at man skal kontakte henviser / kontaktperson i kommunen. Hvis pasienten er samtykkekompetent betyr dette at spesialisthelsetjenesten er pliktig til å respektere pasientens ønske. Derfor bør formuleringen være «Dersom behandlingen avbrytes, skal henviser/kontaktperson i kommunen bli varslet med mindre pasienten er samtykkekompetent og motsier seg dette».

## **3.2 Avsluttende samtale**

Her anføres det at ansvarlig behandler som gjennomgå oppdatert legemiddelliste. Gjennomgå vil innebære å forklare hva som har vært indikasjonen, hvilken oppfølging som må gjennomføres for å kontrollere effekt og eventuelle bivirkninger og anslagsvis hvor lenge pasienten anbefales å bruke legemidlene. Det er denne type informasjon

pasientene som regel ber om. Den samme informasjon må selvfølgelig også formidles til primærhelsetjenesten. En «behandler» som ikke er psykiater vil ikke ha kompetanse til å gjennomføre en slik gjennomgang. Derfor må det eksplisitt anføres at en psykiater må være involvert i denne delen av samtalen. – For øvrig bør det tilføyes at hvis «behandler» ikke har vært spesialist vil en del pasienter ta opp hvorfor de ikke også er vurdert av spesialist. Hvordan en behandler som ikke er spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi skal besvare denne type spørsmål må avklares før den avsluttende samtale finner sted.

#### **4. Forløpstider og registrering av koder – behandling i psykisk helsevern, voksne (pakkeforløp)**

**Kommentar:** Her gjør vi oppmerksom på at tidsangivelsene under overskriften «Evaluering av behandlingen» også er omtalt på side 11 under overskriften «Forløpstider». Det gir inntrykk av svak tekstintegrering når et offentlig dokument gjentar ordrett same avsnitt om igjen. Vi foreslår at det på side 13 bare henvises til side 11 hva gjelder forløpstider.

Under overskriften «Evalueringpunkter» angies at det «*kan måles symptomnivå og/eller funksjonsnivå ved oppstart og avslutning av behandling*». Idag må det være uakseptabelt at en behandling kun skal baseres på skjønn. Det er da stor sjanse for at behandler overdriver effekten av egen behandling og – hvis pasienten bruker legemidler – undervurderer grad av bivirkninger. Derfor skal det stå «skal» og ikke «kan». For øvrig vises det til vår kommentar under punkt 2.4.