

Høringsuttalelse fra Norsk psykiatrisk forening (Npf) vedr høringsutkastet

## **Pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (HØRINGSUTKAST) Høringsutkast**

Generelle kommentarer:

- 1) **Ved å bruke betegnelsen «behandler» fremfor å angi spesifikt hvilken type fagperson som kan utføre en oppgave, gir pakkeforløpsbeskrivelsen inntrykk av at alle typer fagpersoner har samme kompetanse.** Det er ikke riktig. Fagpersoner som psykiatere, klinisk psykologer, spesialsykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter og fysioterapeuter, bare for å nevne noen, har ulike kvalifikasjoner og kan ikke – og skal derfor ikke – erstatte hverandre i utredning og / eller behandling av psykiske lidelser. De supplerer hverandre.
- 2) Det er absolutt **nødvendig å presisere hvilke typer av psykoser man mener inngår i betegnelsen «psykoseutvikling og psykoselidelser».** «Psykoseutvikling og psykoselidelser» inkluderer en rekke former for psykoser ut over F20 (schizofreni) og F22 (Paranoide psykoser). Heri inngår organisk betingende psykoser (ICD-10 F06), men også bl.a. utvikling av psykose ved ulike former for demens (ICD-10 F00 – F03); utvikling av forvirringstilstander inklusive alkoholabstinens (ICD-10 F05 delirium) samt psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (ICD-10 F1X-, med underkoder F1X.03 (delirium); .04 (persepsjonsforstyrrelser og F1X.5 Psykotiske lidelser med ulike former for psykotiske symptomer. I tillegg inkluderer betegnelsen psykoseutvikling og psykoselidelser også F23 (Akutte og forbigående psykoser), indusert psykose (ICD-10 F24); schizoaffektiv psykose (ICD-10 F25); mani med psykotiske symptomer (ICD-10 F30.2); Bipolar lidelse, aktuell episode manisk med psykotiske symptomer (ICD-10 F31.2); Bipolar affektiv lidelse, aktuell episode alvorlig depresjon med psykotiske symptomer (ICD-10 F31.5) samt depressive episode eller gjentatte depressive episoder med psykotiske symptomer (ICD-10 F32.3, respektive F33. 3). I tillegg kommer nevroutviklingsforstyrrelser, f.eks. Asperger syndrom, hvor det kan forekomme episoder med psykotiske symptomer.  
**Utredningen (og selvfølgelig behandling) vil variere noe etter hvilken form for psykose det kan handle om.** F.eks. vil en akutt polymorf psykose etter en kort periode med influensa kreve tillegg av prøver som ikke inngår i prøver man vil ta ved mistanke om en snikende utvikling av schizofreni. En manisk psykose vil på sin side kreve delvis tillegg av prøver som ikke er nødvendige å ta ved mistanke om schizofreni eller paranoide psykoser. Hvis pasienten bruker antipsykotika ved innleggelse vil de prøver som bør tas avhenge delvis av type antipsykotika.
- 3) Det er betydelig **overlapp mellom dette høringsutkastet og høringsutkastet «Behandling i psykisk helsevern, voksne – pakkeforløp».** Kommentarene til disse må derfor ses i sammenheng.

### **1.2 Kartlegging før henvisning**

**Kommentar:** Her anføres det at det bør gjennomføres en kartlegging som inkluderer punktene nedenfor (opplistet i høringsutkastet) før de sender henvisning til pakkeforløp. Det vil i de fleste tilfeller være allment praktiserende leger, som står for henvisningen. Det som anføres i høringsforslaget om informasjon som skal foreligge ved en henvisning er ikke alltid mulig. Dels er det ofte ikke mulig med de ressurser og de oppgaver som i dag er pålagt allment praktiserende leger å gjennomføre. Dessuten kan henvisningen komme fra legevakt og andre som ikke har tid – eller av og til kompetanse – til å vurdere tilstandene godt nok.

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

**Kommentar:** 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. Nå er det i og for seg ikke galt at det står bør fremfor skal. Problemet er at mange i spesialisthelsetjenesten for det psykiske helsevern oppfatter det slik at hvis en pasient henvises fra en lege innebærer det at somatiske årsaker er utelukket.

Det er også meningsløst å antyde at blodprøver ikke nødvendigvis er relevant ved mulig psykoseutvikling og psykoser. Blodprøver er alltid relevant ved denne type problemstillinger. Npf foreslår derfor en **alternativ formulering** hvor blodprøveuttalelsen er fjernet:

**«Mulige somatiske årsaker til tilstanden bør være vurdert av henviser, men det forventes at spesialisthelsetjenesten likevel gjør en selvstendig vurdering av slike forhold».**

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 seg som psykisk lidelse.

## 1.4 Dialog med pasient og pårørende

**Kommentar:** Her anføres det at skal gis «*informasjon om brukerorganisasjoner som kan gi veiledning, støtte og informasjon*». Det henvises til «*helsenorge.no*». Fra denne siden er det imidlertid ikke lett å finne frem til brukerorganisasjoner. En mulighet er å være mer spesifikk, f.eks. at pårørende og brukere kan finne informasjon om brukerorganisasjoner her:

<https://helsenorge.no/parorende/tilbud-for-parorende-innen-psykisk-helse-og-rus>

På den annen side er henvisning til spesifikke brukerorganisasjoner ikke helt enkelt. Skal man henviser mer spesifikt er det kanskje derfor mest fornuftig å henviser til lidelsesspesifikke pasientorganisasjoner der disse finnes, f.eks. Bipolarforeningen Norge. Vanskeligheten er selvfølgelig at det ikke finnes én pasientforening for andre typer lidelser hvor psykososer forekommer, f.eks. schizofreni. Derimot finnes det pasientforeninger for enkelte organiske sykdommer som kan manifestere seg som psykose samt pasient og pårørendeforeninger innen rusfeltet.

## 1.5 Startpakke. Forløpskoordinering.

**Kommentar:** Det anføres at rett til helsehjelp skal gjøres i tråd med prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne. 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.

**Kommentar:** Det står ikke noe om at pasienten skal møte en spesialist, kun at det bør være hovedregel. Dermed innfører man muligheten for at en pasient ikke har krav på å møte en spesialist. Det er et annet prinsipp 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 bør det eksplisitt anføres at pasienten i alle fall ved første vurdering skal vurderes av en spesialist i psykiatri eller klinisk psykologi. Det er fra Npfs side også foreslått i våre kommentarer til pakkeforløpet «Behandling i psykisk helsevern, voksne».

**Kommentar:** Npf savner 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.

**Kommentar:** Det anføres at forløpskoordinator skal samhandle med behandler og eventuelt kontaktlege / psykolog. Det må anføres at forløpskoordinator alltid skal samhandle med spesialist i klinisk psykologi eller psykiatri, og alltid med psykiater ved DPS / institusjonen hvis pasienten har somatisk sykdom eller bruker legemidler, uansett type.

**Kommentar:** I høringsutkastet står det punkt 1.4 «*Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse .....* Sykdom, skade eller lidelse kan i denne konteksten forstås som legemlige sykdommer, skader eller lidelser (f.eks. smerte). Da blir setningen om at det kan oppnevnes en psykolog feil. Hvis DPS eller annen psykiatrisk institusjon skal 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 på det grunnlag følge opp pasienten. Det er derfor kun oppnevning av en psykiater ved DPS / institusjonen som innebærer forsvarlig helsetjeneste. En psykolog kan ikke dette.

Her minnes det også om at pasienter med psykoselidelser har omtrent dobbelt så stor risiko for å dø av hjertekarlidelser som normalpopulasjonen. Bakgrunnen for dette synes i tillegg til livsstil (f.eks. røking, rusmiddelmissbruk, sedativt leveste) å være overlappende patofysiologi mellom alvorlige psykiske lidelser og risikofaktorer for hjertekarlidelser, både hva gjelder genetik (overlappende gener assosiert med økt risiko for hjertekarlidelser og schizofreni), inflammasjon og infeksjon. Denne sammenhenger er der hos pasienter som aldri har blitt gitt antipsykotika. (Til tross for risiko for metabolske bivirkninger av antipsykotika, så har ikke bruken av antipsykotika alene klart vist økt risiko for sykdom eller død av hjertekarsykdom ved schizofreni). Derfor må alle pasienter som lider av psykose følges somatisk tett opp, uavhengig av om de behandles med antipsykotika eller ikke (se f.eks. Ringen, PA, et al. *Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease - a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions. Front Psychiatry 2014; 5, 137 (e-version)*).

Hvis man med ...*lidelse*...også mener å inkludere andre *psykiske* lidelser vil selvfølgelig en klinisk psykolog kunne være en god løsning. Men våre kommentarer illustrerer at formuleringene kan misforstås og derfor bør rettes. For å få frem forskjellen mellom medisinske og psykologiske problemstillinger, foreslår Npf følgende formulering (endringen understreket):

**Kommentar:** 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*». Formuleringen «har rett

til» kan forstås slik at det er en mulighet som må imøtekommes hvis pasienten ber om det. Formuleringen bør derfor rettes til ... *skal få oppnevnt*. Forslag til ny tekst:

«Pasienter som har alvorlig legemlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, skal få oppnevnt psykiaterkontakt ved DPSet / institusjonen. Psykiateren skal, gjerne i samarbeid med sykepleier, håndtere henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av medisinsk karakter. Hvis det er tale om problemstillinger av psykologfaglig karakter skal klinisk psykolog (eller psykiater) oppnevnes. Denne skal håndtere henvendelser og kontakt med annet helsepersonell om saker av psykologfaglig karakter»

## 2.2 Kartlegging og utredning ved mistanke om psykoseutvikling og ved psykose

Det anføres at utredning for alle pasienter bl.a. bør inneholde somatisk status og undersøkelser, inkludert somatisk sykdom i familien; legemiddelbruk, virkning og bivirkninger samt at det skal gjøres differensialdiagnostikk. Det er helt riktig, men det får konsekvenser som ikke er ivare tatt godt nok i høringsutkastet når man kommer til avsnittet om **somatisk vurdering**.

**Kommentar:** Det står at «Behandler (Npfs understrekning) i spesialisttjenesten bør kontakte fastlegen for supplerende helseopplysninger / somatisk status når det foreligger henvisning fra andre enn pasientens fastlege (Npfs understrekning)». Formuleringen er ikke faglig forsvarlig. En behandler kan være en psykolog eller annen person uten medisinsk kompetanse. Innhenting av supplerende medisinsk informasjon fra fastlege må enten skje ved sykepleier eller ved psykiater.

Men det må understrekes enda en gang at man kan ikke uten videre stole på at en fastlege har vurdert betydningen av mulige somatiske årsaker og/eller slike forholds betydning for den aktuelle problemstillingen. Ofte tror mange ansatte ved DPS/institusjoner at når fastlege har vurdert somatikk, er somatikken ivare tatt. Det er nok en illusjon. Fastleger vil kunne ivareta det alminnelige, men ofte ikke mer sammensatte somatiske problemstillinger som krever konsultasjon-liaison psykiatrisk spesialistkompetanse. Det samme gjelder legemiddelbruk, virkning og bivirkninger samt nevrobiologisk differensialdiagnostikk. Det er kun psykiatere som vil ha kompetanse til å gjennomføre denne type vurderinger. Det må derfor i høringsutkastet understrekes at all medisinsk informasjon må vurderes på selvstendig grunnlag av DPS/institusjonens psykiatere. Se våre kommentarer under punkt 1.2

### Utredning av kognitiv funksjon

Høringsutkastet skriver at det anbefales å «gjennomføre en omfattende vurdering der man gjennom samtaler, observasjoner og undersøkelser (testing) kartlegger ulike ferdigheter og hjernefunksjoner (nevropsykologisk kartlegging) tidlig i

*behandlingsforløpet*». Npf er helt enig i at dette er det optimale, men det vil være steder hvor man ikke har tilstrekkelig tilgang til nevropsykologisk testing. Npf vil derfor foreslå at man anfører at Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA; <http://www.mocatest.org/>) kan være et alternativ der hvor det ikke er tilgang på nevropsykolog. (Finney GR et al, *Assessment of mental status. Neurol Clin. 2016; 34:1-16*; Ismail Z, et al. *Brief cognitive screening instruments: an update. Int J Geriatr Psychiatry. 2010; 25:111-20.*; Wong GKC, et al. *Comparison of Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental State Examination in evaluating cognitive domain deficit following aneurysmal subarachnoid haemorrhage. PLoS ONE 2013; 8:e59946*). MoCa er lett tilgjengelig i norsk versjon via Norsk elektronisk legehåndbok (NEL): (<http://nevro.legehandboka.no/imagevault/publishedmedia/brl95boyzis65z3btly3/10796-2-moca-test-norwegian-final.pdf>). Men i forbindelse med rehabilitering bør det utføres en fullstendig nevropsykologisk undersøkelse, men da med bruk av tester som er relevante for rehabilitering.

For øvrig bør det anføres at en nevropsykologisk undersøkelse ikke vil være hensiktsmessig å gjennomføre før pasienten har relativt lite psykotiske symptomer hvilket som regel vil innebære uker.

### **Kartlegging og vurdering av legemiddelbruk**

**Kommentar:** Her bør det eksplisitt angies at dette er en psykiaters ansvar. Det er mange steder hvor slike forhold, spesielt bakgrunnsprøver, overlates til fastlege. Det finnes mange undergrupper av psykofarmaka som har ulik effekt på sentralnervesystemet (farmakodynamiske effekter), som interagerer ulike med andre legemidler (farmakokinetiske effekter) og som kan gi ulike type bivirkninger som også krever individuell behandling (Stahl SM. *Essential psychopharmacology. 4th Edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2013*; Malt UF et al. *Kapittel 30 i Lærebok I psykiatri. Oslo: Gyldendal akademiske 2018*). Erfaringsmessig har ikke allment praktiserende leger den detaljkunnskap som kreves for å ivareta dette punktet.

**Kommentar:** Det står ikke noe om hvilke metoder som skal brukes for å registrere bivirkninger. Ideelt sett burde det være en omfattende intervjubasert skala av typen UKU-graderingsskala for bivirkninger av legemidler. Men denne tar lang tid å bruke. Et alternativ som derfor bør nevnes i dette pakkeforløpet er en skala som pasienten kan fylle ut selv (spørreskjema: Lindström E, et al. *Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). Nord J Psychiatry. 2001;55: Suppl 44:5-69.*). Fordelen er også at UKU-SERS-Pat kan kartlegge om pasienter har flere bivirkninger enn det psykiatere, psykologer eller andre fagpersoner mener foreligger.

**Kommentar:** Det anføres at ved bruk av antipsykotika skal HbA1C, lipider, hvite blodlegemer med differensialtelling og EKG skal gjennomføres «hvis det ikke er utført nylig». «Nylig» bør defineres. Npf foreslår nylig defineres som i løpet av den siste måneden hvis det er tale om snikende utvikling av symptomer og at blodprøver alltid skal tas ved første kontakt med spesialisthelsetjenesten hvis det dreier seg om mistanke om eller allerede debuterende akutt psykose.

**Kommentar:** Underoverskriften er kartlegging og vurdering av legemiddelbruk, men hovedoverskriften for punkt 2 er «Kartlegging og utredning ved mistanke om psykoseutvikling og ved psykose». De prøver som er anført er relevante hos pasienter som behandles med antipsykotika. Men ved psykoser kan det også være aktuelt å antiepileptika og antidepressiva (depressive psykoser) foruten litium (bipolare psykoser). Det er ikke angitt, men bør gjøres siden det handler om psykoserbehandling.

**Kommentar:** Npf savner også at det i høringsutkastet ikke står noe om hvilke blodprøver som skal tas som ledd i utredningen ved psykoser / mistanke om psykoser. Det vil være ulike blodprøver som kan være aktuelle i utredning avhengig av type psykose (se generell kommentar innledningsvis). For å illustrere dette har vi under angitt eksempler på hvilke blodprøver som kan være aktuelt i en utredningsfase ved mistanke om psykoseutvikling / akutt psykose og ved bruk av legemidler ved psykoser (listen er ikke komplett):

- Hgb (hemoglobin; lave verdier øker symptomers alvorlighetsgrad; høye verdier mtp eventuell doping med sekundær psykose)
- Hct (hematokrit: andel av blodvolumet som utgjøres av volumet av røde blodlegemer; se Hgb)
- MCV (gjennomsnittlig volum av røde blodlegemer = erytrocytter; bla. alkohol)
- Hvite blodlegemer (med differensialtelling; bivirkning av antipsykotika)
- Trombocytter (blodplater; påvirkes av noen psykofarmaka)
- Kalium (elektrolytt; bivirkning av legemidler: øker risiko for hjerterytmeforstyrrelser)
- Natrium (elektrolytt; eks. forvirringstilstander)
- Kalsium (elektrolytt; eks. psykotiske depresjoner)
- Fosfat (vurderes sammen med kalsium)
- Magnesium (elektrolytt; maniske psykoser etc)
- Gamma-GT (leverfunksjon; alkoholpsykoser; bivirkninger av legemidler)
- ALAT (leverfunksjon; bivirkning av legemidler)
- PEth (fosfatidyletanol, alkoholmisbrukmarkør; evt. CDT)
- Cortisol (stresshormon; suicidalfare)
- Prolaktin (hormon, hemmes av dopamin, antipsykotikabivirkning)
- Anti-diuretisk hormon (regulerer vannutskillelse; vannintoksikasjon ved psykoser)
- TSH (hormon som stimulerer skjoldbruskkjertelen; bl.a. psykoser)
- fritt T4 (skjoldbruskkjertelhormon; bl.a. psykoser)
- anti-TPO (thyreoideaperoksydaseantistoff; autoimmunt betinget psykose) Antinukleære antistoffer (autoimmunt betingede psykoser)
- Lipider (triglycerider, HDL og LDL kolesterol, kolesterol: bivirkninger av psykofarmaka)
- CRP (C-reaktivt protein; markør for psykoser assosiert med betennelse i kroppen)
- Albumin (fritt eggehvitestoff i blodet; dehydrering ved psykoser; leverskader etc)
- Urinsyre (sluttprodukt ved nedbrytingen av forbindelser i celler).
- Ammoniak (proteinomsetning; leversvikt med psykose; bivirkning av visse antiepileptika)
- CK (Kreatinfosfat, ved mistanke om malignt nevroleptikasyndrom)
- Kreatinin (nyrefunksjon; betydning for dosering av psykofarmaka bl.a.)
- eGFR (glomerulusfunksjon; nyrens filtrasjonsevne; spesielt aktuelt ved litiumbehandling)
- Vitamin B1 (tiamin; alkoholrelaterte psykoser)
- Vitamin B12 (forverrelse av depressive psykoser, alkoholrelaterte psykoser)
- Vitamin D (risiko for demens; forverre symptomers alvorlighetsgrad ved f.eks. schizofreni)
- Folat i serum (bivirkninger av visse antiepileptika)
- Hcy (homocystein; vurdering av funksjonelt for lavt folat)
- MMA (methylmalonsyre; tolkning av Hcy og B12 verdier)

- Sink (bivirkning av flere psykofarmaka; psykoseproblematikk)
- Cytokromundersøkelser (CYP 2C9; 2C19; 2D6; omsetning av legemidler: farmakokinetikk)
- Virus (eks. Bornavirus og visse psykoser)
- Serumkonsentrasjonsbestemmelser av psykofarmaka
- Rusmiddelkonsentrasjoner i urin og blod
- Genetiske undersøkelser (eks. 16p11.2 delesjon og autisme / schizofreni)

Listen illustrerer problemene man vil møte hvis man skal anføre blodprøver av relevans for utredning av psykoser / mistanke om psykoser og vurdering av bl.a. bivirkninger av legemidler. Det er flere løsninger som er mulige:

- a) Man kan begrense seg til å angi blodprøver som bør tas før man iverksetter behandling med antipsykotika (høringsutkastet), men da må det presiseres at andre legemidler som brukes i behandlingen av psykoser ikke er omtalt. Men i all den stund overskriften for denne delen av høringen er «Kartlegging og vurdering av legemiddelbruk» og høringsutkastet handler om psykoser /mistanke om psykoser er et slikt valg ikke logisk.
- b) Man kan begrense seg til å angi blodprøver som bør tas før man iverksetter behandling med legemidler som brukes i behandling av psykoser generelt. Det vil bl.a. innebære at man også må ha med antiepileptika, litium og antidepressiva (brukes ved ikke-bipolare psykotiske depresjoner og som supplement ved visse former for schizofrene og bipolare lidelser).
- c) Man kan la være å angi noen bestemte blodprøver, men bare henviser til lærebøker mtp hvilke som er aktuelle ved hvilke problemstillinger.
- d) Man kan liste opp en rekke blodprøver som kan være aktuelle ved utredning av psykoser / mistanke om psykoser og mtp bruk av psykofarmaka som er aktuelle ved psykoser.
- e) Man kan liste opp ulike typer psykoser, f.eks. schizofreni, bipolar lidelse type 1 og angi hvilke blodprøver som da er aktuelle hvis det er mistanke om slike psykoser eller slike psykoser forekommer..

**Kommentar:** Når det angis at vurdering av respons og eventuelle bivirkninger etter den første evalueringen dernest kan skje etter 4 uker og senere hver 12 uke er dette ikke tilstrekkelig. Ved en akutt psykose bør effekt av legemidler av typen antipsykotika helst vurderes ukentlig de første fire ukene. Dernest hver måned. Det er først når pasienten er stabilisert at man kan utsette vurderingene til hver tredje måned.

**Kommentar:** Selv om det under symptomutredning hos voksne er anført at man skal ta et EEG og et MR av hodet (hjernen) er de andre undersøkelser som er anført der alle av ikke-biologisk art, vil vi foreslå at det tilføyes en egen overskrift som heter

**«Kartlegging av fysiologiske funksjoner og hjernens struktur»**

Under dette punktet bør EKG stå sammen med EEG og MR av hjernen. Dessuten skal man måle

- Høyde



- Vekt
- Blodtrykk
- Puls (angi også om regelmessig)
- BMI, eller best livvidde, bør også anføres

Merker at det på sidene <https://helsenorge.no/psykisk-helse> i kolonnen til høyre står oppført at man kan kontakte Norsk forening for kognitiv terapi. Npf gjør oppmerksom på at det ikke foreligger forskning som demonstrerer at kognitiv terapi (CBT) er bedre enn andre psykoterapiformer. (*Baardseth TP, et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. Clin Psychol Rev. 2013; 33:395-405. Baskin TW, et al. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:973-9*). Hvilken type psykoterapi som er mest hensiktsmessig for den enkelte pasient må derfor vurderes individuelt. Standard henvisning til kun én behandling bygger er ikke kunnskapsbasert

### Symptomutredning, barn og unge

**Kommentar:** Npf stusser over at man kun har angitt KIDDIE-SADS-PL, men f.eks. ikke MINI-Kid, MINI-Kid-Parent eller KID-SCID. Det virker ikke logisk i forhold til at man for voksne anfører intervjuer som dekker mer enn affektive lidelser og schizofreni.

**Kommentar:** Det bør stå at MR og EEG bør tas i løpet av første uken etter inntak. Dette for å utelukke alvorlige hjernesykdommer eller skader som kan debutere akutt. Hvis disse ikke behandles umiddelbart, kan det medføre varige hjerneskerader.

Hvis det er symptomendring skal MR og EEG tas i løpet av to uker hvis det ikke ble tatt ved innkomst som anført over.

### Symptomutredning voksne

**Kommentar:** Det står at man innen en uke skal bruke «Strukturert diagnostisk intervju». Det kan forstås slik at man mener at intervjuet skal administreres fullstendig strukturert. Dvs lese opp spørsmål og kun kreve ja eller nei svar. Dette er en administrasjonsmåte som kanskje er egnet i epidemiologiske studier, men den er ikke akseptabel i en klinisk setting. Der må denne type intervjuer administreres semi-strukturert. Det vil si at man stiller spørsmålene som intervjuene angir, men modifierer spørremåten hvis pasienten ikke forstår ordlyden. På samme måte er man åpne for at pasienter kan ha problemer med å svare ja eller nei. Derfor vil man ofte via tilleggsspørsmål måtte avklare hvilken skår som er den mest valide. At de «strukturerte» intervjuene må administreres «semi-strukturert» må angis.

**Kommentar:** Her anføres kun PANSS som spesifikt mål for symptomer. Men PANSS vil ikke være tilfredsstillende ved spørsmål om affektive psykoser. Da må man ved depressive psykoser enten bruke Hamiltons graderingsskala for depresjon (HAM-D)

eller Inventory of Depressive Syndromes (IDS). (For ordens skyld: MADRS kan ikke brukes ved psykotiske depresjoner da denne graderingsskalaen ikke dekker psykotiske symptomer). Heller ikke Calgary Depression Scale for Schizophrenia er aktuell. Den ligner på MADRS og har nesten ingen ledd (items) som omhandler psykose.

Ved maniske psykoser må man bruke Young's Mania Rating Scale (YMRS). Det er utilstrekkelig kun å anføre YMRS under overskriften «innen fire uker». Det er faktisk en alvorlig faglig feil å utsette vurdering av mani i fire uker når det er tale om en akutt manisk psykose.

**Kommentar:** Det anbefales at man innen en uke skal bruke Global Assessment og Functioning Scale (GAF). Det er en underlig anbefaling når man vet at denne ikke lenger anbefales brukt på grunn av svært lav reliabilitet. Av den grunn har også DSM-5 fjernet skalaen (den var opprinnelig utarbeidet for DSM-systemet). Hvis det er ønskelig at man skal bruke en globalvurdering av psykose vurdert ved erfaren kliniker, må man eventuelt bruke Clinical Global Impression (CGI). Men denne krever også opptrening for å brukes.

**Kommentar:** Ved mistanke om begynnende psykose innen det schizofrene spektrum og ved nevrodegenerative lidelser er endret selvopplevelse ofte et tidlig symptom som gir viktig informasjon. Npf savner at man ikke i det minste foreslår at spesialisthelsetjenesten bruker et instrument for å fange opp denne type opplevelser, for eksempel det norske EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) (Haug E, et al. *The Association between Anomalous Self-experiences, Self-esteem and Depressive Symptoms in First Episode Schizophrenia. Front Hum Neurosci. 2016 Nov 7;10:557. eCollection 2016*).

**Kommentar:** Under eventuelt «andre verktøy» står det ved siden av CDSS og YMRS, også anført Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-IV). Det er underlig at man foreslår at man kan bruke tilleggsintervjuer for å vurdere angst, mens man ikke anfører muligheten for tilleggsintervjuer hvis andre aspekter er fremtredende ved siden av psykosen, f.eks. tvangssymptomer (f.eks. YBOCS), sosial angst (f.eks. Liebowitz); anorexi; demens osv.

**Kommentar:** Npf savner at høringsutkastet ikke omtaler en standardisert metode for å observere symptomer og non-verbal adferd. Denne type informasjon er spesielt viktig mtp differensialdiagnoser ved psykoseproblematikk og ved vurdering av mulige bivirkninger av psykofarmaka. Vi foreslår følgende tekst:

*Ved mistanke om psykose eller utvikling av psykose, bør det inngå en systematisk vurdering av ikke-verbal (non-verbal) atferd ved hjelp av observasjonsdelen av Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS-obs).*

**Kommentar:** Det anføres under symptomutredning, voksne at man ved første psykoseepisode bør ta Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Npf stiller seg spørrende til denne anbefalingen. MMPI er for det første en meget lang skala: 567 spørsmål hvor psykotiske symptomer bare utgjør en liten del av spørsmålene (25). Lengden gjør at pasienter trenger mye tid på å fylle den ut.

Validiteten av spørreskjemaer fylt ut av pasienter med psykoser er diskutabel. Når det tar så lang tid å fylle ut skjemaet vil dessuten mange pasienter avbryte eller nekte å fylle ut så mye. Når man i tillegg tar i betraktning at gevinsten man får ved at pasienten fyller ut MMPI ved psykoser er svært begrenset samtidig som det er andre graderingsskalaer og spørreskjemaer som er mye mer nyttige i vurdering av akutte psykoser / mistanke om psykoser, f.eks. EASE og kortere skjemaer for å fange opp pårørendes holdninger til pasienten og pasientens opplevelse av pårørendes holdninger (Expressed emotion forskningen), virker anbefalingen om å bruke MMPI ikke faglig riktig. Npf mener også at det ikke er riktig å anbefale en test som er rent kommersiell og som innebærer at det offentlige skal bruke penger på dette. Det finnes tross alt en rekke graderingsskalaer og spørreskjemaer som ikke er kommersialisert. Til orientering er omkostningene ved å bruke MMPI (<http://www.hogrefe.no/Klinisk-psykologi/Personlighetstester/MMPI-2/>):

**MMPI-2 komplett** inneholder: Software for skåring; norsk manual, norsk spørrehefte; norsk svarblankett, 10stk\* (\* = Forbruksmaterieell)  
Norsk versjon

838-010 MMPI-2 Komplet	4 500:-
838-001 MMPI-2 Norsk manual, 2004	800:-
838-002 MMPI-2 Spørrehefte, stk	95:-
838-003 MMPI-2 Svarark, 10 stk*	250:-

### Skåringsprogram

MMPI-2 dataversjonen har både administrerings- og skåringsfunksjon, noe som innebærer at brukeren kan velge mellom å administrere testen direkte på skjermen eller å mate inn data fra en papir-og-penn-administrert test. Nye administreringer "fylles på" i programmet via et fjernoppdateringssystem. Observer at manuell poengberegning ikke er mulig i MMPI-2. Systemkrav: 98/ME/2000/NT/XP/Vista/7. Enbrukerlisens.

838-000 MMPI-2 Databasert skåringsprogram (enbrukerlisens).	3 700:-
838-004 MMPI-2 10-49 Administreringer, stk*	80:-
838-006 MMPI-2 50- Administreringer, stk*	75:-
838-007 MMPI-2 10-49 Skåringer, stk*	65:-
838-009 MMPI-2 50- Skåringer, stk*	60:-
838-100 MMPI-2, Ominstallasjon dataversjon 10 administreringer og 10 skåringer	2 200:-

**Kommentar:** Samarbeid med pårørende er helt vesentlig for optimal behandling av psykoser. Heri inngår også psykoedukative metoder. Det er omtalt senere (side 16), men ikke her. Npf stiller seg derfor spørrende til hvorfor pårørendeperspektivet er utelatt når man omtaler kartleggingsverktøy ved psykoseproblematikk.

**Kommentar:** Npf savner en presisering av at alle typer «verktøy» krever at den som bruker dem har omfattende klinisk erfaring og svært gode kunnskaper om psykiatri. I dag er det dessverre slik at ved mange DPSer eller institusjoner for øvrig, lar fagpersoner uten spesialistkompetanse i psykiatri eller klinisk psykologi administrere

denne type «verktøy». Da de ikke har de nødvendige faglige dybde- og breddekunnskaper blir validiteten av intervjuene og graderingene svak.

**Kommentar:** Ved akutte psykoser skal EEG og MR tas i løpet av en uke med samme begrunnelse som anført for barn.

## 2.3 Vurdering og beslutning om videre oppfølging

**Kommentar:** Under dette punktet savnes omtale av samtykkekompetanse. Vurdering av samtykkekompetanse må inngå i enhver vurdering av hvilke tiltak og behandlinger som er nødvendige ved behandling av psykoser og denne vurderingen skal journalføres.

## 2.4 Kartlegging og utredning ved tilbakevendende psykoseepisode(r)

**Kommentar:** Her står det at kartlegging og utredning følger de samme anbefalinger som ved første psykoseepisode. Men som påpekt av Npf er det svært mange mangler og uklarheter ved den «kartleggingen og utredningen» ved første psykoseepisode som er omtalt. Npf mener at tekstformuleringen er OK såfremt man har korrigert høringsteksten langs de linjer som vi foreslår. Her kommer ikke minst også vurdering av biologiske forhold så vel som psykofarmakologi inn. Det må også eksplisitt under dette punktet anføres at man må spørre om pasienten på egen hånd har seponert eller trappet ned dosering av eventuell medisin. (For øvrig bør det ved tilbakefall alltid måles serumkonsentrasjon av et legemiddel foreskrevet for behandling av lidelsen).

# 3. BEHANDLING OG OPPFØLGING – PSYKOSE (PAKKEFORLØP)

## 3.1. Planlegging av behandling

**Kommentar:** Npf er enig i at behandler skal vurdere rett til individuell plan, behov for kriseplan og etablering av ansvarsgruppe. Vi mener imidlertid at det også må tilføyes at det må gjøres en samtykkekompetansevurdering også ved en ny psykotisk episode. I en slik vurdering er det nødvendig at spesialist i klinisk psykologi og psykiatri deltar da behandler ikke alltid er fagpersoner med så omfattende spesialistkompetanse.

**Kommentar:** Vi savner også at det ved planlegging av behandling anføres at også hos voksne må man huske at pårørende kan ha behov for støtte og hjelp for å følge opp sitt psykisk syke familiemedlem.

### Behandlingsplan

**Kommentar:** Her omtales «feedback-verktøy». Dette begrepet er ikke vanlig innen psykiatri og må forklares nærmere eller aller helst erstattes med mer forståelige begreper eller betegnelser.

### 3.2 Behandling ved mistanke om psykoseutvikling

**Kommentar:** Her anføres endret selvopplevelse hvilket er bra. Men desto viktigere er det å anføre bruk av EASE eller tilsvarende metoder som anført foran.

### 3.3 Behandling ved første psykoseepisode

**Kommentar:** Det er riktig at behandlingsalternativene som er mest i tråd med det som er viktig for pasienten skal veie tungt i avgjørelse om behandling. Det oppstår imidlertid noen ganger problemer hvis pasientens motivasjon om «hva som er viktig for meg» bunner i psykotiske vrangforestillinger som f.eks. kan forekomme ved visse maniske eller paranoide psykoser. Det er derfor spørsmål om ikke også samtykkekompetanse burde omtales her.

#### Somatisk helse og levevaner

**Kommentar:** Npf savner her eksplisitt omtale av at dette ikke bare kan overlates til fastleger eller andre slik man kan få inntrykk av når man leser høringen på dette punkt. Sykepleiere er helt nødvendige for å følge opp slike forhold og vurderingene må alltid skje i samarbeid med medisinsk sakkyndig innen DPS/institusjon, dvs psykiater. Se for øvrig vår omtale av dette foran i denne høringsuttalelsen.

#### Legemiddelbehandling

**Kommentar:** Det er veldig bra at det eksplisitt står at man skal bruke lavest mulig effektiv dose og at man ikke bør bruke flere antipsykotika samtidig. Men i omtale av prinsipper for antipsykotisk behandling står det ved det femte punktmerket at «*ved manglende effekt må behandling med antipsykotiske legemidler trappes ned og avsluttes*». Dette kan forstås slik at alle antipsykotika har samme effekt og at ingen effekt ved et antipsykotika innebærer at alternativer ikke vil ha effekt. Det er som kjent ikke riktig. For å unngå misforståelser vil vi foreslå at setningen endres til «hvis et antipsykotikum ikke har manglende eller utilstrekkelig effekt må man vurdere om pasienten best kan behandles uten antipsykotika, eller om det er naturlig å skifte til et annet antipsykotikum med forskjellig farmakodynamisk profil eller ved noe, men ikke optimal effekt, å kombinere antipsykotika med andre legemidler for å forsterke effekten (f.eks. antiepileptika, litium).

#### Musikterapi, sosial ferdighetstrening, kognitiv trening, miljøterapi, skole og utdanning, arbeid

**Kommentar:** Her omtales seks områder som listet over, men det er underlig at ikke fysisk trening og bevegelse omtales. Moderat fysisk trening / aktivitet har en effekt på psykotiske symptomer og livskvalitet, (*Mittal VA, et al. Exercise Treatments for Psychosis: A Review. Curr Treat Options Psychiatry. 2017; 4:152-166; Veerman SRT, et al. Treatment for Negative Symptoms in Schizophrenia: A Comprehensive Review Drugs. 2017; 77:1423-1459*), muligens først og fremst hos menn (*Stubbs B, et al. Physical Activity Levels and Psychosis: A Mediation Analysis of Factors Influencing Physical Activity Target Achievement Among 204 186 People Across 46 Low- and Middle-Income Countries. Schizophr Bull. 2017; 43:536-545*). Men det bør vel i den forbindelse omtales at spørreskjemaer om fysisk aktivitet gitt til pasienter med psykoser innenfor det schizofrene spektrum i liten grad gjenspeiler faktisk aktivitet (*Firth J, et al. the validity and value of self-reported physical activity and accelerometry in people with schizophrenia: a population-scale study of the UK Biobank. Schizophr Bull. 2017 Oct 24. doi: 10.1093/schbul/sbx149. [Epub ahead of print]*). Personalet må derfor basere seg på muntlig informasjon så vel som egne observasjoner samt informasjon fra pårørende og

### 3.5 Evalueringspunkter

**Kommentar:** Her brukes igjen betegnelsen «behandler» selv om det bl.a. er tale om somatisk helse og legemiddelgjennomgang. Det er dessverre nødvendig å minne om at det fortsatt i Norge forekommer at denne type evalueringer foretas av fagpersoner uten medisinske kompetanse på spesialistnivå. Derfor må man ikke skrive «eventuelt relevante samarbeidspartnere», men eksplisitt anføre at somatisk helse og legemiddelgjennomgang må skje i samarbeid psykiater.

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

**Kommentar:** Her anføres kun SIPS for barn og unge og PANSS for voksne. Som anført foran er dette ikke akseptabelt hvis høringsutkastet handler om psykoser slik overskriften her. SIPS og PANSS som eneste graderingsskalaer er kun relevant hvis det handler om schizofreni og relaterte psykoser.

**Kommentar:** Npf savner at man anfører såkalt «registrering av målsymptomer» (Target symptom rating -TSR). Dette er en enkel og pasientnær metode som egner seg meget godt i oppfølging. Pasienten skårer ved start av behandling tre områder (eller flere ) av symptomer / plager som pasienten særlig vil ha bedret på en visuell analog skala fra 0-10. Det er også versjoner hvor det er avmerket at en skår på 0 er fraværende; 1-3 tilsvarer lett grad; 4-6 tilsvarer moderat grad og 7-9 tilsvarer alvorlig grad og 10 er ekstremt uttalt. Ved senere kontroller gjentas metoden som dermed vil gi en rask og grei oversikt over endringer i det som for pasienten er nøkkelsymptomer. – Det finnes også tilsvarende skalaer som har flere ledd utarbeidet for barn og ungdom (*Barber CC, et al. The Target Symptom Rating: a brief clinical measure of acute psychiatric symptoms in children and adolescents. J Clin Child Adolesc Psychol. 2002;*

31:181-92). TRS-skalaer kan også gis til pårørende / foreldre / partnere som slik kan vurdere fremgang.

### 3.9 Håndtering ved avbrudd i behandlingen

I høringsutkastet anføres det at «*dersom behandlingen avbrytes, må* (Npfs understrekning) *henviser/kontaktperson i kommunen bli varslet...*». Det er samme formulering som er brukt i høringsutkastet «Behandling i psykisk helsevern, voksne – pakkeforløp». Kommentaren vi hadde til dette punktet der, gjelder derfor også psykosepakkeforløpet:

**Kommentar:** 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*».

## 4. AVSLUTNING OG VIDERE OPPFØLGING – PSYKOSE (PAKKEFORLØP)

**Kommentar:** Her anføres det at ansvarlig behandler (Npfs understrekning) skal gjennomgå oppdatert legemiddelliste samt avtale med fastlege om oppfølging av somatisk helse. Det står at eventuelt (Nps understrekning) kan andre som har vært med i utredningen og behandlingen trekkes med. Slik kan det ikke stå. Gjennomgåelse av legemiddelliste 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. Også oppfølging av eventuell somatisk sykdom krever legekompentanse. Sykepleiere kan også bidra med mye, inkludert ernæring og mosjon. Det kan derfor ikke stå «behandler» generelt, men eksplisitt anføres at en psykiater og ideelt sett også en sykepleier må være involvert i denne delen av samtalen.