

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400424

Dato: 16-04-2024

Høring - Nasjonale pasientforløp rus

Den Norske Legeforening takker for muligheten til å svare på høring om nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus. Høringen besvares i den elektroniske løsningen med vedlegg. Svar på konkrete spørsmål tilknyttet endringene følger etter generelle innspill.

Generelle innspill

Den norske Legeforening stiller seg generelt positiv til at det gjøres en revisjon av forløpene nå. Det er for oss noe usikkert hvorvidt pasientforløpene har fungert etter hensikten så langt, men Legeforeningen har hele tiden vært positiv til nasjonale standarder for utredning og enhetlige forløpstider, som et forsøk på å utjevne variasjon.

Det er viktig å poengtere at Legeforeningen representerer leger både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Pasientforløpet vil se noe forskjellig ut mtp. hvor man arbeider, og deler av forløpet som fungerer godt for noen vil kunne være mer utfordrende for andre. Pasientene er derimot de samme. Legeforeningen ønsker derfor å påpeke at forenkling og forbedring av samhandling mellom tjenestene bør være et hovedmål ved denne revisjonen. Herunder bør det tydeliggjøres hvem som til enhver tid har ansvar for pasienten, slik at et forløp som ikke startes eller avsluttes kommuniseres både til rette instans og ovenfor pasienten, slik at denne er trygg på sin tilhørighet og hvor helseoppfølgingen skal skje.

Det er positivt at antall tiltakspunkter i forløpene har blitt kortet ned betydelig. Likevel har forløpene fortsatt svært mange punkter, og det kan være en sårbarhet at man fokuserer mer på å oppfylle alle disse punktene enn å ta tak i det som er viktigst for pasienten. Dette er også en av konklusjonene fra Sintefs evaluering av pakkeforløpene. Tiltakspunktene er ikke i seg selv problematiske, men samlet sett skaper det inntrykk av manglende tillitt til behandlere. Den grunnutdanning og spesialistutdanning de har vært igjennom burde gjøre så omfattende retningslinjer overflødige.

De nye pasientforløpene oppfattes mer lettleste enn de tidligere pakkeforløpene, hvilket er positivt. Det oppleves også som nyttig at det henvises til veiledere og retningslinjer ett sted. Bruker- og pårørendemedvirkning er ivaretatt.

Kodene som nå brukes er tilstrekkelige, og den reduksjonen som er gjort her fremstår fornuftig. Bruk av koder i forløp må begrunnes godt eller bruken må forenkles for at det skal være nyttig. Dette er dog arbeid som må forventes utført ved hjelp av EPJ-utviklere og klinikkledelse.

Innspill til enkelte punkter

Lange, normerende dokumenter er særlig krevende for allmennlegene, fordi det er så mange ulike retningslinjer man skal forholde seg til. Dette kan være til hinder for implementering av

samhandlingsmomentene i forløpene. Forløpene vil ikke kunne bli tilstrekkelig gode dersom det ikke er ressurser til implementering. Herunder ligger også at det bør tydeliggjøres ansvarsdeling mellom fastlege og leger i spesialisthelsetjenesten, som kan bidra til forenklete henvisningsrutiner.

En annen helt sentralt mangel ved de tidligere pakkeforløpene, som heller ikke adresseres i de nasjonale pasientforløpene, er kommunens ansvar særlig for pasienter med samtidig rus og psykisk lidelse. Tydelig plassering av dette ansvaret er viktig, og Legeforeningen hadde forventet at det i enda større grad var klargjort siden direktoratet skriver at formålet med endringene er å beholde det som bidrar til god faglig praksis, struktur i forløpene, mer likeverdige tjenester og brukervedvirkning.

Det er beskrevet i forløpene knyttet til utredning at *"Fastlege avklarer som hovedregel somatisk status."* og *"Ha lav terskel for å kontakte fastlege for supplerende helseopplysninger eller videre somatisk undersøkelse eller ivaretagelse."* Legeforeningen vil understreke at institusjoner innen psykisk helse og rusbehandling må ha samme krav og forventning som øvrig helsetjeneste om at behandleren som stiller indikasjon for en blodprøve, bildeundersøkelse eller vurdering hos annen spesialist, selv må lage rekvisisjon og følge opp svar eller viderehenvise til aktuell instans. Det er derimot naturlig at behandler kan be pasienter med relevante, somatiske symptomer underveis i et pasientforløp om å bestille time hos fastlege for å vurdere dette underveis i et pasientforløp. At ansvaret for kartlegging, prøvetaking og somatiske undersøkelser med hensikt å vurdere indikasjon eller kontraindikasjoner for psykofarmaka eller andre behandlingstiltak ligger hos fastlegene, er hverken formålstjenlig eller naturlig. Dette er en oppgave for psykiater. Dersom det avdekkes behov for ytterligere undersøkelser, for eksempel kardiologisk vurdering, for å avklare kontraindikasjoner mot medikamenter, må psykiater selv forventes å henvise til slik vurdering. Brudd på samhandling tilknyttet denne og lignende prosesser, er dessverre svært vanlig, og det bør presiseres i pasientforløpene at dette bryter med prinsippet om mer samhandling, og er uønsket.

Det oppleves som en svakhet i oppfølgingen av psykiske lidelser/ruslidelser at samhandling med fastlege underveis i forløpet ofte begrenser seg til somatiske eller medikamentelle problemstillinger. Forløpene kan ofte strekke seg over lengre tid, og fastlegen vil i mange tilfeller følge pasienten eller familien opp parallelt med forløpene. Det bør implementeres gode rutiner for epikriser eller notater til fastlege underveis i forløpet, slik det gjøres i somatikken. Epikrisene bør være kortfattede oppsummeringer av status og videre plan, ikke kopi av all skriftlig dokumentasjon. Legevaktsleger som står for innleggelse av en god del pasienter til akuttpsykiatriske avdelinger bør også inkluderes som faste epikrisemottagere.

Voksne pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse har ofte betydelig somatisk uhelse, og kan i mange tilfeller ha særlige utfordringer med å benytte seg av fastlegens hjelp og koordinerende tjenester. Årsakene til dette er sammensatte, men økonomiske forhold, systemforståelse, relasjoner og tilgjengelighet kan alle spille inn. Legeforeningen berømmer derfor at forløpene inkluderer tiltakspunkter for avklaring og ivaretagelse av somatisk helse. Et eget, men dessverre lite kjent, forløp kalt «Livsstil og somatisk sykdom» ble etablert sammen med de andre pakkeforløpene. Legeforeningen hadde forventet at dette ble aktualisert i forslag til nasjonale pasientforløp.

Legeforeningen ønsker å understreke at særlig egenandeler kan være et hinder for å søke eller følge opp somatisk helsehjelp for denne gruppen. Her kan det være nødvendig at behandler i psykiatrisk- eller rusavdeling får et særlig ansvar for å undersøke og forsøke iverksette tiltak knyttet til økonomisk hjelp med egenandeler. En form for "sosialt frikort" kunne vært hensiktsmessig.

Egenandelsproblematikken som hinder gjelder i aller største grad også for ungdom mellom 16 og 20 år, som kanskje også vil unngå å søke hjelp for psykiske lidelser/ruslidelser hos fastlege og dermed aldri får muligheten til å bli henvist videre. Fritak for egenandel bør utvides til å gjelde alle under 20 år, og man bør vurdere å gi egenandelsfritak også til unge voksne ved problemstillinger knyttet til psykisk helse eller rus.

Det nevnes i innledningen at en av de sentrale endringene som er gjort i nasjonale pasientforløp, er økt differensiering i bruk av lege- eller psykologspesialist ut fra pasientens behov og tilstand. Det er vanskelig å gjenfinne denne endringen i pasientforløpet for rusbehandling.

Begrepet "aktivitet" er brukt gjennomgående uten at det er definert og satt inn i en sammenheng. Det kan bidra til forvirring i og med at det brukes om aktivitet både før, under og etter oppstart av pasientforløp, samt at uttrykket også brukes i forbindelse med registrering.

Dersom avrusning forsvinner som registreringspunkt, blir avsnittet "Avslutt avrusning når pasienten er klinisk avrust" under punkt 5 ("Behandling og oppfølging") uten meningsinnhold. Man må vurdere å endre dette.

Det er enighet om at tiden som trengs for å utrede en pasient varierer, og Legeforeningen støtter at man går over fra å monitorere andel innenfor anbefalte forløpstider til å vise gjennomsnittlig tid for utredning. Imidlertid undrer vi oss over at man vil fjerne differensieringen mellom døgn og poliklinikk. Et gjennomsnitt av utredningstid samlet for poliklinikk og døgn kan ende opp med å oppleves lite nyttig for tjenestene og direkte misvisende for pasienter/pårørende.

Dersom man går over til å kun registrere de skisserte seks målepunktene m/utfallsunderpunkter, bes det om at kodetekst for behandlingsplan endres fra den uspesifikke "Utført aktivitet" til noe som er mer beskrivende for innholdet, på lik linje med "Klinisk beslutning" og "Evalueringspunkt". I tillegg vil det være hensiktsmessig å ha en utfallskode under "Evalueringspunkt", dersom det er ment å skulle være en aktivitetsindikator som fortsatt skal rapporteres.

Under punkt 3 (Henvisning til spesialisthelsetjenesten- Kartlegging i forbindelse med henvisning) er teksten som følger: «Informer om og drøft henvisningens bakgrunn, innhold og hva som skjer når henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten. Konferer med fastlege i forkant av henvisning dersom du som henviser ikke er fastlege». Her ønsker vi å påpeke at det finnes situasjoner der det ikke er mulighet for dialog med fastlege, evt. ikke finnes noen fastlege. Dette gjelder de som kun har tilknytning til et fastlegekontor, personer med D-nummer, migranter. I slike tilfeller må det være rom for henvisninger fra legevaktstjenester, bedriftshelsetjeneste el.l

Legeforeningen håper at det legges opp til gode evalueringer av pasientforløpene, for å sikre at man gjør fornuftige endringer der det trengs.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen

Fagdirektør

Fredrik Skarderud,
spesialrådgiver/lege

Dokumentet er godkjent elektronisk