

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213
OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400424

Dato: 16-04-2024

Høring - Nasjonale pasientforløp psykisk helse for voksne

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 uønsket variasjon.

Det er viktig å poengtere at Legeforeningen representerer leger både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Pasientforløpet vil se noe forskjellig ut med tanke på hvor man arbeider, og deler av forløpet som fungerer godt for noen vil kunne være mer utfordrende for andre. Pasientene er derimot de samme gjennom hele forløpet og derfor bør forenkling og forbedring av samhandling mellom tjenestene 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 letteste 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

En del pasienter forteller at det oppleves lenge å bruke de seks første ukene av kontakt med psykisk helsevern til utredning og kartlegging, og man kan sette spørsmålstegn ved nytten av det i de tilfeller der fastlegen allerede har begrunnet sin diagnostikk godt. Bruk av medisinsk ekspertkompetanse tidlig i forløp for å bidra til helhetlig medisinsk vurdering og individuell tilpasning av behandlingsforløp vil kunne hindre en unødvendig lang utredningsfase for disse pasientene.

Det blir beskrevet under utredning at man skal vurdere om tilstandene kan skyldes rusmidler, legemiddelbruk eller somatiske sykdommer. Slik vurdering vil vanligvis kreve at lege er involvert i utredningsfasen av forløpene.

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 god implementering av samhandlingsmomentene i forløpene. Forløpene vil da aldri 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 forenklede 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 brukermedvirkning.

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.

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 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 fast som 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.

I tillegg ønsker vi å påpeke 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.

Under punktet "Kartlegging i forbindelse med henvisning" og setningen "Fastlege vurderer mulige somatiske årsaker til tilstanden" hadde det vært fint med en klikkbar pop-up meny eller lignende; med eksempler på tilstander og avklaringer som er ønsket i forbindelse med henvisning. Dette er et eksempel på at det som kan være åpenbar forenkling og effektivisering for noen (her spesialisthelsetjenesten), ikke er like åpenbar for samarbeidende parter (her primærhelsetjenesten).

Sett fra spesialisthelsetjenesten er det fortsatt utfordringer tilknyttet gjennomføring, også etter endringene. Særlig fremstår utredningsfasen som mindre bærekraftig. Det er en viss fare for at den sementerer et forløp som bidrar til lange og lite pasientvennlige utredninger, som kan gå på bekostning av behandlingen. Det er forslag om en basisutredning som gjennomføres som hovedregel innen 6 uker (42 kalenderdager) etter første fremmøte, og en basis- og utvidet utredning som gjennomføres innen 12 uker (84 kalenderdager). Det er ingen evidens for at så omfattende utredning har effekt på hvordan det går med pasientene. Det er heller grunn til å tro at mange vil oppleve seg godt utredet, men uten at behandling er iverksatt. Legeforeningen mener dette er sløsing med ressurser og ikke kostnadseffektiv behandling. I høst fikk regjeringen en rapport som heter «Forenkle og forbedre» hvor arbeidsgruppen foreslår et mye enklere forløp fra henvisning til vurdering, med vekt på at initial vurdering bør være så kort som mulig. Videre/utvidet utredning iverksettes dersom man ikke kommer i mål med effektive tiltak.

Når pasientforløpet kommer til punktet for behandling, bør det foreslås behandlingsplan og koordinering. Det er fint at det legges inn evalueringspunkter, men det er ofte slik at særlig de dårligste pasientene trenger mer kontinuerlig oppfølging. Det betyr at avsluttende samtaler må handle mer om hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten samarbeider i det videre forløpet enn om akkurat det enkeltstående forløpet pasienten har avsluttet.

Det står at mulige alternativer til legemiddelbruk skal drøftes med pasient før oppstart, og at fordeler og ulemper drøftes før ny legemiddelbehandling. Det skal også tas hensyn til pasientens tidligere erfaringer med bruk av legemidler. Hvorfor skal dette gjelde bare for legemiddelbehandling? Er det noen grunn til å skille ut legemidler fra annen behandling der det også er viktig å drøfte fordeler og ulemper.



Tvungent psykisk helsevern er ikke spesifikt beskrevet i de nasjonale pasientforløpene, og Legeforeningen stiller spørsmål om dette ikke burde vært tema.

Til slutt håper Legeforeningen det legges opp til evaluering av de nasjonale pasientforløpene for å sikre fornuftige endringer der erfaringer viser at det trengs.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Johan Georg Røstad Torgersen
Fagdirektør

Fredrik Skarderud
spesialrådgiver/lege

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)