

22/2615 - Svar fra Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet på Høring - «Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern» - via regjeringen.no

Vårt saksnummer: 22/2615

Sak: Høring - «Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern»

Levert: 11/06/2023 15:26:23

Svartype:

Gruppering av høringsinstanser: Annen offentlig etat

Avsender: Oslo Universitetssykehus, Klinikk psykisk helse og avhengighet

Kontaktperson: Cecilie Hartberg

Kontakt e-post: chartb@ous-hf.no

Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA) ved Oslo Universitetssykehus (OUS) takker for muligheten til å gi innspill til rapporten som er utarbeidet. Rapporten bidrar, etter vårt syn til å sette fokus på hvordan organiseringen og innholdet i psykisk helsevern kan forenkles og forbedres. Ekspertutvalget har nedlagt et stort og viktig arbeid i denne rapporten som løfter ulik tenkning og gir en del forslag til forbedringer og forenklinger av organisering og innhold.

I det følgende kommenterer vi generelt på rapportens innhold og deretter gir noe spesifikke tilbakemeldinger og innspill på punktene 2 og 3.

Ekspertutvalget skriver at de har tolket tematisk organisering bredt og har, slik vi forstår det, forholdt seg primært til allmennpsykiatrisk tilbud på DPS nivå. Beskrivelsen av behovet for videreutvikling av kommunalt psykisk helsetilbud er innlemmet i anbefalingene. Det er viktig å se en forenkling av tilbudet om psykisk helsevern i sammenheng med det kommunale tilbudet, men vi velger å avstå fra å kommentere disse i vårt høringssvar. Den brede tilnærmingen gjør det vanskelig å se for seg målgruppen for anbefalingene og i hvilken grad de skal forplikte foretakene. Selv om kriteriene for valg av områder for tematisk organisering er beskrevet er det fremdeles noe uklart hvorfor tilstander som er så hyppig forekommende som affektive/depressive tilstander skal organisering i egne team. Disse tilstandene tilhører det man bør forvente at generalistene kan utrede og behandle på en god måte. Modellen som er valgt synes basert på tidligere aktivitet og eksisterende tilbud, mer enn nytenkning og framskriving. Videre burde man ta mer hensyn til organisering av team etter behandlingsmetode. En del terapiformer, som dialektisk atferdsterapi, eksponeringsterapi og mentaliseringsbasert terapi krever videreutdanning og spesialisert kompetanse og behandlere med denne kunnskapen bør teamorganiseres for å sikre en kritisk masse av kompetanse og gode resultater av behandlingen.

Ekspertutvalget mener at den faglige styringen i psykisk helsevern er fragmentert og lite strategisk forankret i lederlinjen i helseforetakene og i sentral helseforvaltning. Vi

støtter tydeliggjøring av faglig styring, men savner den direkte forbindelsen mellom tiltakene her og tematisk organisering som er hovedtema for rapporten. I KPHA har vi utlyst og tildelt interne innovasjonsmidler årlig etter søknad siden 2019. Vi ser at tiltaket har stimulert til faglig utvikling i de kliniske enhetene og i noen tilfeller til videre innovasjons- og forskningsprosjekter. «Fritt behandlingssted» kan virke hemmende for utvikling av gode tilbud i pressområder. Dersom et DPS forsøker å heve kvaliteten på et behandlingstilbud til pasientene i sitt område, vil dette tilbudet kunne settes under press dersom det fører til økt henvisningsmengde fra pasienter som egentlig sokner til andre DPS. Dette dilemmaet bør drøftes åpent med det formål å lage et system med sterkere insentiver mot å styrke behandlingstilbudet i DPSene.

Det er også viktig at man har fokus på fagutvikling hos generalistene og at man har fokus på fellesfaktorer som relasjon, empati, engasjement, enighet om målsetning med mer, som har vist seg å være av stor betydning for behandlingseffekt. Dette kan for eksempel ivaretas gjennom kollegaveiledning, psykoterapiutdanninger med mer.

Om område 2: inntak og utredning i psykisk helsevern

DPS'ene ved KPHA er positive til økt faglig tenkning og organisering, men har noen kritiske bemerkninger til utvalgets problemforståelse og løsningsforslag knyttet til inntak og fordeling av pasienter inn i spesialisthelsetjenesten.

Rapporten viser til at henvisninger ikke vurderes likt av ulike spesialister. Det konkluderes utfra dette at langt flere bør vurderes ved oppmøte. Vår erfaring er at ulik vurdering i svært stor grad skyldes mangelfull informasjon fra henviser i primærhelsetjenesten. I praksis betyr dette at mange henvisninger inneholde svært lite informasjon som gjør vurderingene svært krevende å gjøre uten oppmøte. Å sette et krav til kvalitet og klare kriterier for henvisninger fra primærhelsetjenesten vil være mer rasjonelt enn å bruke knappe spesialistressurser på å sortere ved oppmøte.

Rapporten foreslår å spare ressurser ved effektive oppmøtevurderinger ved inntak. I realiteten krever slike vurderinger mye ressurser i tid og kompetanse. Ofte er behovene sammensatte, og en grundig vurdering av pasientens rettigheter og behov skal også dokumenteres etter gitte krav. Vår erfaring er at vurderingssamtale av erfarne medarbeidere med påfølgende dokumentasjonsarbeid tar 3-4 arbeidstimer totalt. Vi mener rapporten i større grad kunne problematisert juss og byråkrati rundt inntak der vi ser et klart behov for tydeliggjøring og forenkling.

Rapporten beskriver en løsning der mye av sorteringen skal skje i spesialisthelsetjenesten. Vi mener en tydeligere avgrensning av tilstander som trenger vurdering av spesialisthelsetjenesten vil redusere henvisningsmengden, og pasienter med mindre alvorlige tilstander bør gis rett til oppfølging i kommunen.

En risiko ved å forenkle diagnostisk vurdering er at man ikke møter befolkningens behov for diagnose som forklaring på psykiske helseutfordringer. For knapp diagnostikk vil sannsynligvis føre til rehenvvisninger med spørsmål om avklaring av andre tilstander man ikke har utredet i første omgang. I praksis vil de fleste starte opp behandling parallelt med behandling f.eks. iverksette tiltak i pasientens omgivelser, begynne med antidepressiva eller antipsykotika, gi psykoedukasjon, hjelpe pasienten med å mestre symptomer etc.

Når det gjelder forslaget om å etablere egne inntaks- og avklaringsteam som skal vurdere henvisninger er det noen forutsetninger som må være tilstede for at det skal

fungere:

- Kommunehelsetjenesten må forplikte seg til å gi tilbud til lettere og moderate psykiske lidelser.
- Man må sørge for gode arbeidsbetingelser for spesialister i disse teamene. Vi tror det er svært få spesialister som vil ønske å ha denne typen arbeid over tid. Vi er bekymret for at man ved DPS med lav spesialistdekning, vil måtte bruke det meste av spesialistressursene til inntaksarbeid og mindre spesialistkompetanse blir brukt til behandling av komplekse psykiske lidelser.

Vi er skeptiske til modellen der man skal basere vurdering av henvisninger mer på samtale med pasienter enn på skriftlige henvisninger med følgende begrunnelse:

- Dette vil kreve mer tid/ ressurser enn det man gjør ved vurdering av henvisninger p.t. og ressurser vil da gå fra behandling til kartlegging tidlig i et forløp som vil ha motsatt effekt enn det som er ønsket
- Vi mener det vil være urealistisk å kunne gjennomføre kartleggingssamtaler av alle pasienter som henvises på 20 minutter. En forutsetning er at krav til «første samtale» i Nasjonale pasientforløp reduseres betydelig. Det vil likevel være nødvendig med skriftlig dokumentasjon av samtalen og det vil sannsynligvis medføre at flere pasienter vil klage på den journalføringen som er gjort i en kort samtale og som videre betyr mer tid til saksbehandling både i spesialisthelsetjenesten og hos Statsforvalteren.

Om område 3: prinsipper for tematisk organisering av behandlingstilbudet

Vi er enig i tenkningen om å beholde generalistkompetanse samtidig som det er viktig at noen har spesialkompetanse når det gjelder utredning, behandling og oppfølging av enkelte pasientgrupper. Vi støtter derfor tenkningen rundt etablering av matriseteam for pasienter som trenger spesifikk behandlingstilnærming, men hvor det er viktig å også opprettholde generalistkompetanse. Rapporten kunne også drøftet problemstillinger knyttet til spesialistløp ved en strengere tematisk organisering, og om omleggingen kan befordre endringer i krav i spesialistløpene for psykologer og leger.

Egne team/enheter for:

Psykoselidelse, bipolar lidelse og spiseforstyrrelse: Vi støtter egne team/enheter for psykoselidelser, bipolar lidelse, inkludert tidlig intervensjon fordi det er lidelser med tidlig debut og stor grad av funksjonsnedsettelse samtidig som det finnes god og nyttig behandling. Vi er enige i at man bør ha egne enheter for behandling av spiseforstyrrelser inkludert pasienter med overspisingslidelse eller andre atypiske spiseforstyrrelser som gir stor funksjonssvikt. Dette bør også være i tett samarbeid med forebyggende tiltak i kommunen.

Depressiv lidelse: Vi støtter ikke egne behandlingstilbud til pasienter med depresjoner da det er svært stor overlapp mellom depresjon og alle andre psykiske lidelser og det vil være fare for at man raskt beveger seg ut av en behandlingsenhet som er spesialisert på depresjonsbehandling, til å ha behov for traumebehandling eller behandling for personlighetsproblematikk. Om man skal inkludere depresjoner i et behandlingstilbud for pasienter med affektive lidelse, må det være begrenset til alvorlige, behandlingsresistente tilstander.

ADHD: Vi er skeptiske til at man skal organisere ADHD som en egen pasientgruppe. Vi er positive til at denne gruppen også skal ha tilbud om oppfølging i førstelinjetjenesten for å få hjelp til å mestre hverdagsliv inkl. skolegang og arbeid.

Om man skal organisere behandlingstilbudet for pasienter med ADHD i en egen gruppe, bør det være i en gruppe for kognitive/nevroutviklingsforstyrrelser. Det er stor overlapp mellom ADHD og autismespekterlidelser og sistnevnte er også en gruppe som er i behov av spesialisert utredning og behandling. Gjennom flere år har vi også mottatt en økning i henvisninger med spørsmål om utredning av autismespekterlidelse og denne gruppen har et stort og udekket behandlingsbehov.

Personlighetsforstyrrelser (PF):

Vi mener at pasienter med personlighetsforstyrrelser som hovedårsak til funksjonsnedsettelse også vil være i behov av spesialiserte behandlingstilbud i egne team på grunn av behov for spesialisert behandling og mulighet for å gi virksom behandling i gruppe. Tallgrunnlaget for forekomst som er brukt i rapporten baserer seg på det som faktisk settes av hoveddiagnoser i dagens praksis. Denne er geografisk svært forskjellig her til lands. For å vurdere *den reelle forekomsten* av PF, bør en legge til grunn epidemiologiske og kliniske studier der forekomsten av lidelsen faktisk er undersøkt. PF er hyppig; i befolkningen, 10 -13,4 % (1-3), i polikliniske populasjoner 40-51% (4-6), og vesentlig høyere i akuttavdelinger. Ekspertutvalget kan ha lagt dagens mangelfulle og svært varierende praksis til grunn for vurdering av forekomst. Spesialiserte psykoterapeutiske behandlingstilbud er det mest virksomme ved alvorlig PF. Evidensgrunnlaget er størst når det gjelder Emosjonelt ustabil PF. Følgende spesialiserte metoder for behandling av PF er etablert i Norge: *Dialektisk atferdsterapi (DBT)*, *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*, *STEPPS/STAIRWAYS*, *Skjematerapi (SFT)*. Det er tilgang til kunnskapsbasert behandling for mennesker med PF mange steder i Norge. Det er også godt etablerte muligheter for utdanning og veiledning av helsepersonell innenfor de ulike metodene. Forsinket diagnostikk og behandling kan ha store omkostninger for pasientene og samfunnet.

Utviklingshemming og psykisk lidelse: For pasientgruppen med utviklingshemming og psykisk lidelse er det nødvendig å ta stilling til om pasientgruppens karakteristika kan ivaretas i det generelle på en slik måte at de får rask tilgang til riktig behandling. Forskningen så langt peker på en rekke forutsetninger som i liten grad ivaretas i dagens organisering av det generelle geografisk organiserte tilbudet. Gruppen har behov for spesialiserte fagteam med dobbelkompetanse, anbefalinger blant annet i den engelske veilederen NICE guidelines viser at kompetanse på kombinasjonen utviklingshemming og psykisk lidelse er avgjørende for pasientenes behandlingsutfall (Nice, 2016). Videre er dette en pasientgruppe hvor kvalitet i utredning og effekt av behandling ofte innebærer lengre tid, bruk av komparenter og hyppig samarbeid med pårørende, andre spesialisthelsetjenester og kommunale instanser/tjenesteytere; integrerte tjenester tilsvarende som nevnt for pasienter med psykoselidelse. Tjenesteforskning viser at pasienter med utviklingshemming faller mellom flere stoler og at grad av utviklingshemming påvirker tilgang til psykisk helse og avhengighet. Gruppen har ofte komplekse tilstander som må ivaretas innen somatikk og rus, tilsvarende nevnt for pasienter med psykoselidelser. Når det gjelder inntak og vurdering må Helsedirektoratet vurdere å tydeliggjøre i prioriteringsveilederen at pasienter med utviklingshemming uavhengig av grad har tilgang til psykisk helsehjelp i psykisk helsevern. Slik det er nå er det en uklarhet for henvisende instanser om pasientene skal henvises til habiliteringstjenesten eller hvilken enhet i psykisk helsevern som er den rette. Ved inntak må vurderende instans ha kompetanse på feltet for å gi rett hjelp til rett tid. Det bør vurderes å åpne for å organisere teamene på tvers av livsløp ved små pasientgrupper, og en aldersinndeling som dekker tradisjonelle skift fra barn til voksentjenester der hvor

overganger representerer store utfordringer.

Sansetap og psykisk helse: Vi opplever i spes. helsetjenesten og i nasjonal behandlingstjeneste for sansetap og psykisk helse, oftere og oftere at kommunal psyk. helsetjeneste avviser å ta imot kronisk syke for langvarig, stabiliserende behandling, støttesamtaler. Begrunnelsen er at kommunen jobber 'endringsbasert'. Vi ønsker en styrking av det kommunale tilbudet velkommen. Samtidig må det være tydelig hva kommunale tjenester skal tilby og hva spesialisthelsetjeneste skal tilby. Det kan ikke være slik at pasienter med langvarig behov for kontakt ikke tas imot i kommunale tilbud. En parallell til kreftomsorgen: pasienter med kronisk tilstand får fortsatt et tilbud fra kommunale tjenester. Sånn må det sikres at det fungerer for pasienter med kronisk psykisk lidelse også. Korte avklaringssamtaler egner seg i mindre grad for personer med synshemming, hørselshemming eller både syns- og hørselshemming. Erfaringen tilsier at betydningen av et sansetap ikke vurderes individuelt, og at det ikke blir forstått som en viktig sårbarhetsfaktor med stor betydning for psykisk helse. Mange blir avvist i psykisk helsevern. Henvissings- og avklaringsteam må ha kompetanse som ivaretar de behovene pasienter med sansetap har for tilrettelegging, tekniske hjelpemidler, bruk av tolk, bruk av tilpassede utredningsverktøy. Årsaken til sansetap kan ha betydning for komorbiditet som inntaks- og avklaringsteam må vite noe om.

«*Mixed care*»: Når det gjelder forslaget om behandling etter en «mixed care» modell støtter vi at det vil være en hensiktsmessig tilnærming. En forutsetning for at det skal fungere er at kommunehelsetjenesten er deltakende i hele pasientforløpet.

Brakerstyrt poliklinikk: Vi er positive til at enkelte pasienter, kan ha nytte av en avtale om å kunne benytte seg av brukerstyrt poliklinikk i en avgrenset tidsperiode og med en klar beskrivelse av hva en slik poliklinikk kan brukes til. Det er en forutsetning at det settes av tilstrekkelig ressurser til å drive en slik poliklinikk på en forsvarlig måte.

Alle svar må gjennom en manuell godkjenning før de blir synlige på regjeringen.no.