

Helsedirektoratet

Ref. TB 2022-06

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP)

Kjernerud 08.05.2024

Innspill til nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP) takker for muligheten til å bidra med høringsinnspill.

Vår tilbakemelding tar utgangspunkt i de nasjonale pasientforløpene for Psykiske lidelser - voksne og Rusbehandling (TSB). Fagområdet barn og unge er utenfor vår primære målgruppe og berøres ikke. Vi gir en samlet tilbakemelding under pasientforløpet Psykiske lidelser – voksne og markerer spesielt i teksten der tilbakemeldingen gjelder det nasjonale pasient-forløpet for rusbehandling (TSB).

Innledningsvis vil vi gi anerkjennelse for at erfaringene fra *Evaluering av Pakkeforløp psykisk helse og rus* (SINTEF) brukes aktivt for å bedre tilpasse pasientforløpene til de gruppene de skal ivareta. Forløpsbeskrivelser med konkrete sjekkpunkter er bra for å bedre kvalitet, synliggjøre et tilbud og ivareta pasientrettigheter. Samtidig ligger det en fare i at strukturen kan bli en hindring for å sikre gode og individuelt tilpassede forløp for den enkelte. Mennesker med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP-lidelser) er en sårbar gruppe som i perioder kan trenge tid og tilpasninger for å komme inn i gode behandlingsforløp. Slik sett er det bra at forløpstider er blitt mer differensiert og bedre tilpasset den enkelte pasient. I en travel arbeidshverdag er det også bra at teksten i forløpene er forkortet og forenklet, det gjør forløpene mer tilgjengelig for ansatte i tjenesten som skal følge dem opp. Konkretisering av bruker-/ pårørendemedvirkning og tydeliggjøring av lederansvaret er også bra.

Pasientforløpene, slik de nå foreligger, fungerer som en huskeliste eller sjekklister over viktig innhold i et behandlingsforløp, fra utredning/kartlegging via behandling og til utskrivelse og videre oppfølging. Et spørsmål som kan reises er hvor forpliktende pasientforløpene egentlig er for tjenestene? Noe av svaret ligger i kodepraksis. Grad av detaljeringsnivå kan alltid diskuteres, men vi tenker forløpene, slik de foreligger, er tilstrekkelig generelle til at de gir et handlingsrom. Samtidig minner de om viktige områder for å sikre en helhetlig og integrert

tilnærming. Vi mener dette er et nødvendig utgangspunkt for å ivareta mennesker med ROP-lidelser.

Når det er sagt har vi fortsatt en bekymring knyttet til basisutredning i henholdsvis tre (pasientforløp rusbehandling/TSB) og seks uker (pasientforløp psykiske lidelser voksne), og til utvidet utredning i seks nye uker (begge). For en del mennesker med ROP-lidelser kan det være for kort tid til at helsepersonell får etablert en allianse og skapt en bærende relasjon, som gjør at det skapes gode nok rammer for videre behandling og oppfølging. Det er derfor viktig at slike tidsfrister brukes som et utgangspunkt, men at de tilpasses og ikke blir et argument eller en begrunnelse for å avslutte for tidlig, med det resultat at mennesker med ROP-lidelser får dårligere utredning, behandling og oppfølging.

En viktig endring som kom med pasientforløpene var innføring av en forløpskoordinator. Hensikten var å bedre kommunikasjonen mellom brukere, pårørende og tjenesten. Vårt inntrykk er at denne funksjonen innenfor rus og psykiske helsetjenester fungerer annerledes enn innenfor somatiske helsetjenester. En årsak kan være at forløpskoordinator innenfor rus og psykiske helsetjenester ofte er plassert høyere i et behandlingshierarki og dermed har et langt større kontrollspenn. Dette kan være bra for å sikre en god «flyt» i tjenesten, men vi er usikre på om ordningen for pasienter og pårørende oppleves å være nære nok hverdagen til at den oppleves nyttig – særlig når målet er bedre informasjon og kommunikasjon mellom enkeltmennesker. Det er derfor viktig at behandlingsansvarlig, og andre som arbeider rundt enkeltpasienter, har en stor oppmerksomhet på kontinuitet, tilstedeværelse og å fylle behovet for både generell og mer spisset informasjon.

Mennesker med ROP-lidelser knyttes i dag til ulike pasientforløp avhengig av aktuell problemstilling. I fagfeltet ROP er det en generell problemstilling at mennesker med slike utfordringer lett kan «falle mellom stoler» og bli kasterballe mellom ulike forløp og systemer. Siden etablering av et eget pasientforløp for ROP er stilt i bero er det viktig å ha en spesiell oppmerksomhet på dette slik at en unngår at pasienter med ROP-lidelser vandrer mellom forløp der de er best tjent med å høre til et sted. Så får en heller supplere med kompetanse fra tilstøtende forløp. Dette vil også være veldig aktuelt i forhold til avgrensningen mot de tilstandsspesifikke forløpene og ikke minst mot somatiske helsetjenester.

Selv om det ligger utenfor denne høringen vil vi legge til at vi mener mennesker med ROP-lidelser trenger et eget «ROP pasientforløp» fordi det bedre vil møte deres komplekse og sammensatte utfordringer, og dermed bedre ivareta deres situasjon. Her vil vi nevne at Helsedirektoratet har liggende et utkast som kunne aktiveres.

Med tanke på kodepraksis er det viktig at kodingen tjener en hensikt, og ikke blir en hindring for en god faglig praksis. I dette ligger det at faglig ansatte må minimere bruk av tid på koding og heller bruke tiden i en aktiv behandlingskontakt. I tillegg at kodene ikke bidrar til en oppstyking og dreining av tilbudet som ikke er til det beste for brukerne. Slik sett virker reduksjonen i antall koder som nå er gjort å være bra.

Før vi kommenterer kort på de to pasientforløpene vil vi peke på at det en rekke steder i pasientforløpene refereres til NKROP og rop.no. NKROP er inne i sitt siste driftsår og vil fra 1. januar 2025 videreføres i et nytt senter sammen med Nasjonal kompetansetjeneste TSB og Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP). Senteret vil få et nytt navn. Nytt navn, nytt mandat og ny organisering er per i dag ikke avklart. I forbindelse med dette er det også uklart hva som skjer med NKROPs nettside og domenet rop.no. En eventuell

endring her vil få betydning for om lenker i pasientforløpene fortsatt er aktiv eller ikke.

Spesielt med hensyn til Nasjonalt pasientforløp for psykiske lidelser - voksne:

- Under Kartlegging i forbindelse med henvisning:
 - 1: Aktuell situasjon: «mulige utløsende årsaker til problemene...». Kan lede til en tenkning rundt årsak/virkning som det ikke er dekning for. Bedre å bruke «Belastende livshendelser og aktuell situasjon».
 - 2: Psykiske og somatiske lidelser og vansker: tidligere og nåværende sykdommer av betydning. Stryk «av betydning». Hva som er av betydning kan variere i et forløp og bør vurderes underveis og ikke avgrenses innledningsvis.
 - 3: ROP-screen er tatt ut som anbefaling under punktet. Vi lurer på hvorfor, særlig fordi vi mener verktøyet er relevant og nyttig, og fortsatt anbefales brukt under pasientforløp rusbehandling (TSB). Etter vårt skjønn forsvarer ROP-screen fortsatt å bli brukt i pasientforløpet for psykiske lidelser - voksne.
- Utredning i spesialisthelsetjenesten – Første samtale: Savner psykisk status og somatisk status. Med tanke på den manglende somatiske oppfølgingen som er avdekket rundt ROP med etterfølgende problemer bør somatisk status tas med her.
- Under punktet selvmordsrisiko og voldsrisiko: I tillegg til å peke på at vurderingen skal gjøres av kvalifisert personale, bør en legge til at vurderingen gjerne kan støttes av strukturerte kartleggingsverktøy? Den kliniske vurderingen er viktigst, og verktøy skal aldri brukes alene. Likevel kan slike verktøy tjene som en god støtte i vurderingen.

Spesielt med hensyn til Nasjonalt pasientforløp rusbehandling (TSB)

- Under behandling, Aktivitet: Gi anledning til å bytte behandler der pasienten vurderer at behandlingsalliansen ikke er hensiktsmessig. Vi er enige at dette kan være både riktig og viktig. Samtidig vil en i en behandling kunne komme i situasjoner hvor det er viktig å holde kontinuitet selv om pasienten der og da ønsker noe annet. Burde denne setningen vært litt mer nyansert?

Avslutningsvis vil vi bemerke viktigheten av at pasienter og brukere møter en tverrfaglig helsetjeneste tilpasset deres behov. Det er en utfordring å ha tilstrekkelig lege- og psykologspesialister tilgjengelig i tjenestene. Når en i de reviderte Nasjonale pasientforløpene oppsummerer med at en skal ha «*økt differensiering i bruk av lege- eller psykologspesialist ut fra pasientens behov og tilstand*» er det viktig at begrunnelsen er nettopp det, og ikke at valget gjøres ut fra en knapphet på ressursen i tjenestene. Selvfølgelig må en tilpasse driften etter tilgjengelige ressurser, men da er det viktig at det parallelt opprettholdes en standard på hva som faglig sett er en god behandling.