



Oslo, 2020.04.01  
Saksnr 20/10428

## Psykologforeningens innspill til prioritering av helsehjelp under covid-19 pandemien

Psykologforeningen viser til Helsedirektoratets notater om prioritering i helse- og omsorgstjenestene (19.03.20 og 25.03.20) og *Ivaretagelse av personer med rus- og psykiske lidelser i kommunen under koronavirus* samt høring på Legeforeningens råd (mottatt 31.03.20).

Psykologforeningen berømmer Helsedirektoratet for å velge psykisk helse og rus som ett av fem prioriterte fagområder.

Psykologer og psykologspesialister vil som ledere og behandlingsansvarlige være sentrale i beslutninger og prioriteringer knyttet til pasienter og brukere med psykiske og ruslidelser. Psykologer er en ressurs som bør utnyttes godt i denne situasjonen siden det ikke er en gruppe som omdisponeres for å styrke kapasiteten i somatiske avdelinger.

I høringsbrevet fra Helsedirektoratet kommer det frem at formålet med de fagmedisinske prioriteringsrådene Legeforeningen har utarbeidet er at leger og behandlingsteam i helsetjenesten skal ha konkrete faglige råd tilgjengelige ved ressursknapphet. Videre at formålet med høringen er å forankre prioriteringsrådene fra Legeforeningen, slik at de kan utgis som Helsedirektoratets normerende produkter under covid-19 epidemien.

**I psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og relevante kommunale tjenester er psykologene, sykepleiere og personell med sosialfaglig bakgrunn de største faggruppene. Det er derfor svært uheldig at grunnlaget for prioriteringsrådene er laget av Legeforeningen som utgjør en liten andel av dem som jobber i tjenestene til de gjeldende målgruppene. Vi ber om at Psykologforeningen og andre relevante fagforeninger tas med i det videre arbeidet med råd og veiledning til tjenester for mennesker med rus- og psykiske lidelser.**

### Situasjonen for mennesker med rus- og psykiske lidelser

Mange mennesker med psykiske- og ruslidelser møter et svekket tjenestetilbud. Helseforetakene begrenser tilbudet for å øke kapasitet i somatiske avdelinger. Smittevern hensyn og personell i karantene påvirker også kapasiteten. Det kommunale tilbudet var mange steder presset allerede før koronautbruddet.

Psykologforeningen er bekymret for hvordan kommunene skal håndtere sine vanlige brukergrupper i tillegg til pasienter som ellers ville fått hjelp i spesialisthelsetjenesten. Dette er en spesiell bekymring dersom situasjonen varer over tid. Samtidig er det sannsynlig at krisen i seg selv kan føre til økte behov, særlig hos sårbare barn, unge og familier og mennesker med alvorlige psykiske og ruslidelser.

Vi har forståelse for at ikke alle innspillene nedenfor vil være relevante ved f.eks. rød beredskap. Da beredskapsfasene vil kunne variere mellom regioner og situasjonen kan bli langvarig velger vi likevel å ta et bredere perspektiv.

### Kommentarer til kriterier for prioritering

- For at prioriteringskriteriene skal benyttes i praksis er det behov for eksempler som viser hvordan de tre skal vektet og virke sammen. Vi viser til 'Åpen og rettferdig' (NOU 2014:12) som peker på behovet for en slik konkretisering. For eksempel kan det ved visse tilstander ved alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelser være intuitivt at alvorlighet vektet mer enn nytte. Personell som skal prioritere trenger eksempler og tydelige råd.
- Det er behov for å tydeliggjøre hva som menes med å ivareta liv og helse (ref. 'Planlagte polikliniske konsultasjoner minimaliseres/begrenses til et "nødvendig nivå", det vil si tiltak som er nødvendig for å ivareta liv og helse') i notatet av 19.03.20 og/eller hvordan man skal forstå 'nødvendige og forsvarlige' tjenester jfr notat av 25.03.20. for pasienter med rus- og psykiske lidelser.
- Det kan, avhengig av faser i pandemien og den enkelte pasients situasjon, være behov for å trekke frem at alvorlighetskriteriet også bør fange opp at mangel på forebyggende tiltak kan gi stort fremtidig helsetap.
- Når det gjelder alvorlighet må flere faktorer enn diagnose vurderes, f.eks. funksjonsnivå og kritiske psykososiale variabler som omsorgsbetingelser, om man bor trygt, får betalt husleia nå, har nok penger til mat/strøm osv.
- Når prioriteringskriteriene konkretiseres kan tema som samvalg og brukermedvirkning også tas inn.
- Nye kontekstuelle faktorer kan påvirke prioritering uten at det er tilsiktet. Som eksempel nevner vi anbefalingen om at det som hovedregel bør benyttes telefonkonsultasjon eller videomøter (ref. notat av 25.03.20). Oppfølging pr video og telefon gir mulighet til å opprettholde kontakt/behandling med mange og det er svært gledelig at tjenestene nå gjør kvantesprang og tar i bruk slike metoder. Samtidig er det viktig å presisere at en del individer i de mest sårbare pasientgruppene ikke vil kunne nås pr telefon og video men trenge hjelp gjennom ansikt- til-ansikt oppfølging. Det kan være behov for å understøtte at slike grupper skal prioriteres selv om de er vanskelige å nå med metoder som er anbefalte under krisen.

Psykologforeningen bidrar gjerne i videre drøftinger vedr etiske utfordringer ved avslutning/ending av behandling som skal drøftes i fagmiljøene (jfr. s 4 i notatet av 25.03.20).

## Kommentarer til prioriteringer i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For våre pasientgrupper er de mest kritiske vurderingene knyttet til barn og unge med alvorlig problematikk og utilfredsstillende omsorgssituasjoner, mennesker med alvorlige rus- og psykiske lidelser, bruk av tvang, suicidalitet og voldsrisiko.

### **Vedrørende alvorlighetskriteriet, dvs. alvorlige konsekvenser for pasienten og/eller andre**

For noen pasientgrupper vil fravær av eller brudd i behandling kunne ha alvorlige konsekvenser og være uheldig med tanke på å redusere/forhindres:

- Vold (obs barn som pårørende)
- Suicidal krise
- Realitetsbrist, akutt forvirring, sterk uro og agitasjon
- (Svært) alvorlig depresjon
- Alvorlig spiseforstyrrelser (f.eks. behandlingstrengende undervekt)
- Betydelig risiko for tvungent psykisk helsevern
- Betydelig risiko for neglekt av livstruende somatiske tilstander
- Betydelig risiko for tilbakefall til skadelig bruk av rusmidler, intoksikasjon og eventuelt overdose

### **Tiltak som er nødvendige for å ivareta liv og helse**

- Ø-hjelp plikten på akuttavdelingene forutsettes å gjelde videre, men hva med frivillige opphold på akutt? Vil slike tilbud nedprioriteres?
- For gruppen med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse og lavt funksjonsnivå hvor poliklinisk behandling utgår, bør disse erstattes av en (oppdatert) kriseplan.
- For gruppen med alvorlig psykisk lidelse og/eller ruslidelse og lavt funksjonsnivå hvor planlagte innleggelser avlyses bør disse erstattes av en (oppdatert) kriseplan.

Pasienter med alvorlige ruslidelser er både mer utsatt for smitte og har dårligere prognose ved eventuell smitte. Det bør vurderes hvordan denne gruppen kan ivaretas, både i spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester. Gjennom å lette tilgangen til substitusjonsmedikamenter og løsne på henteordninger kan flere kan holdes borte fra de åpne miljøene. Dette kan både begrense smitte og hindre forverring i en situasjon med et begrenset tjenestetilbud.

## Samhandling og felles tjenester/ambulant arbeid

- Det bør komme klart frem hvem som har ansvar for å etablere ambulante tiltak (FACT/ACT). Det kan ellers være risiko for at det nedprioriteres.
- Når kommunene skal yte hjelp til flere vil det være stort behov for samhandling med og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det hadde vært nyttig med en presisering av hvordan dette skal prioriteres opp mot mer direkte pasientarbeid.

## Kommunale tjenester til mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer

### **Lavterskeltilbud i kommunen**

Kommunale lavterskeltilbud må opprettholdes i den grad det er mulig. Slike team bør prioritere sårbare grupper, men jobbe forebyggende hvis det er kapasitet til det.

- Det bør spesifiseres hva slags lavterskeltilbud som skal prioriteres. Tiltak innenfor rusomsorg (sårstell, rene sprøyter osv.) og psykisk helse (f.eks. RPH og annen lett tilgjengelig psykisk helsehjelp som nå er tilgjengelig på tlf. videokonsultasjon m.m.) er ulike. Gode lavterskeltilbud i kommunen vil kunne ta unna for behov som demmes opp når elektiv behandling i spesialisthelsetjenesten settes på vent.
- Oppfølging pr telefon og video er nyttig for mange og utstyr for å gjøre slikt arbeid mulig og trygt bør prioriteres. Samtidig bør det finnes andre muligheter for sårbare grupper som ikke har tilgang på eller kompetanse til å bruke slikt utstyr. De kommunale lavterskeltilbudene bør vurdere ulike løsninger.
- Tilgjengelige lavterskeltilbud vil være en viktig kontaktflate med de mest utsatte brukerne for å kunne bli oppmerksom på forverring. Og dermed viktig for reelt kunne ivareta alvorlighetskriteriet.

### **Tilbud til barn, unge og sårbare familier**

Tilbudene til barn, unge og familier kan med fordel sees i sammenheng, dvs på tvers av sektorer. Har Helsedirektoratet i sin kommunikasjon med Bufdir (barnevern og familievern) og Utdanningsdirektoratet (PPT) adressert dette? Det har betydning for de prioriteringene kommunene kan gjøre for å ivareta disse gruppene.

### **Generelt om sårbare grupper**

Kommunene vil under koronakrisen kunne få flere oppgaver knyttet til økte behov hos sårbare grupper. Dette gjelder mennesker med alvorlig rus- og psykiske lidelser, men også er personer med demens og deres nære samt mennesker med utviklingshemming. Pårørende kan få ekstra oppgaver nå, og et er positivt at pårørende er tatt med i notatet. Det bør vurderes om det er behov for oppfølging av dem som mister nære pga covid-19.

Mvh Åste Herheim

Fagsjef i Psykologforeningen