

Helsedirektoratet  
Postboks 7000 St. Olavs plass

0130 OSLO



Oslo, 14. mai 2008  
Vår ref: 502/3900/08 AC/hs

### **Høringsuttalelse - nasjonale veiledere for prioritering i psykisk helsevern for barn og unge og psykisk helsevern for voksne**

Det vises til høringsbrev datert 11.04.08 med henvisning til høringsdokumenter på direktoratets nettsider. Norsk Psykologforening er høringsinstans i denne saken.

#### Generelt

Psykologforeningen anser at disse veiledere kan ha positiv betydning for kvalitetsutvikling og riktigere vurdering av prioriteringsbehov. Slike veiledere kan også bidra til utvikling av et mer enhetlig tjenestetilbud til befolkningen, i tråd med nasjonale helsepolitiske mål.

Psykologforeningen er imidlertid bekymret for dagens situasjon med manglende behandlingstilbud til personer med psykiske problemer i de kommunale tjenestene. Psykiske lidelser er en stor folkehelseutfordring og det er kun en liten andel av de som har behov for behandling for psykiske problemer og lidelser som vil/skal oppfylle kriteriene for prioritering i spesialisthelsetjenesten.

Derfor ser vi det som viktig at helsemyndighetene i det videre arbeidet med riktigere prioritering i psykisk helsevern, også holder et sterkt fokus på nødvendigheten av å utvikle det kommunale tilbudet på dette området. Det er viktig for å forebygge utvikling av alvorlige lidelser. Riktigere prioritering i psykisk helsevern forutsetter at det også utvikles gode tilbud med lav terskel i kommunene, slik at befolkningen sikres nødvendig psykisk helsehjelp.

Psykologforeningen er kritisk til at det gis så kort høringsfrist i en så viktig sak. Dette betyr at behandlingen av saken ikke har kunnet bli så grundig som ønskelig, og vi beklager at det ikke var mulig for oss å overholde høringsfristen den 9.mai 2008.

#### **Merknader til veileder for prioritering i psykisk helsevern for barn og unge.**

Merknadene nummereres og bevares mest mulig i tråd med spørsmålene og malen for besvarelse.

- 1) Lesbarhet/brukervennlighet i den generelle veilederen er tilfredsstillende, men det bør systematisk sikres at også henviser, som regel fagpersoner i 1. linje sammen med fastlege, får en tilsvarende liste over hva som kreves i en henvisning. Det må sikres at ikke henvisningen returneres pga mangler og at det derfor tar enda lengre tid å få vurdert barnets behandlingsbehov.
- 2) Innledende tekst/veiledertabellen:
  - Avsnittet om bakgrunn og begreper.  
Psykologforeningen støtter veilederens vurdering av at man ikke skal kunne

kategoriseres med behov for nødvendig helsehjelp, uten at det også fastsettes en frist for behandling.

- Avsnittet ”Grunnlag for vurdering av rett og frist”. I andre setning foreslås endringer (uthevet), slik at den lyder:

”Henvisningen bør gi en utførlig beskrivelse av pasientens tilstand, **livssituasjon**, utvikling, familie og annet nettverk, tidligere hjelpeinnsatser, henviserens egen vurdering, og en **tydelig beskrivelse av problemstilling/ hjelpebehov.**”

Den første endringen begrunnes med at barnets livssituasjon ofte er like viktig for prioritering som tilstandsbildet. Den andre endringen skyldes at henvisere fra 1.linjen ikke har som oppgave å definere konkret hva spesialisthelsetjenesten bør gjøre, slik formuleringen om ”et tydelig oppdrag” kan forstås.

3) Beslutningsstøtte- veiledertabellen:

- Pkt. 3. Når flere tilstandsgrupper passer, bør den med kortest forsvarlig ventetid legges til grunn.

4) Beslutningsstøtte- veiledertabellen; Forslag til endringer i veiledertabellen:

- Vi stiller oss kritiske til kolonnen ”Aktuell helsehjelp.” Denne omtalen er ikke forankret i innledende tekst som har hovedfokus på prioritering og rettighet. Anbefalinger om aktuell helsehjelp kan bli for konkret og begrensende i forhold til de muligheter og kunnskapsbaserte metoder som til enhver tid utvikles. Slike anbefalinger kan i enkelte tilfeller medvirke til dårligere kvalitet i behandlingstilbudet til den enkelte. Dette gjelder særlig fordi det er en risiko for at prioriteringsveilederen, i mangel av andre autoritative dokumenter, blir normgivende for hva som er riktig behandling for ulike tilstandsgrupper. Behandlingsveiledning/ retningslinjer for behandling av ulike tilstander er ikke definert som formål for denne veilederen og krever et langt mer omfattende og dyptgående arbeid med dette som formål. Dokumentet bør holde seg til sin målsetting om å gi retningslinjer for prioritering
- Alvorlig bekymring for barn under 6 år: 12 uker er for lang ventetid for behandling for barn fra 3-6 år. Maksimal frist bør reduseres til 8 uker.
- Mistanke om depresjon: Det bør nevnes spesifikt at betydelig suicidalfare krever Ø-hjelp-vurdering.
- Forstyrrelse av aktivitet og oppmerksomhet: 26 uker frist virker urimelig lenge, når tilstanden anses som sannsynligvis alvorlig. Bør endres til 12 uker. Barn med slike vansker får ofte store sekundære problemer hvis en lar dem vente så lenge. 26 uker ventetid virker også urimelig sammenlignet med ventetider innenfor somatiske spesialiteter.
- Mistanke om psykose: I tråd med nyere forskningsresultater for tidlig intervensjon ved psykose foreslås det at vurderingen av kostnadseffektivitet endres. ”Under tvil” strykes fra graderingen, slik at det står ”*det ansees at helsehjelpen er kostnadseffektiv.*” I omtalen av aktuell helsehjelp mangler samtalebehandling. Dette er et eksempel på at kolonnen ”aktuell helsehjelp” er problematisk, og raskt kan bli for snever (jf merknad i første kulepunkt).
- Spiseforstyrrelser: 8 uker ventetid er for lenge hvis tilstanden er under utvikling. Erfaringsvis er terskelen i dag for høy for å henviser og klinisk erfaring tilsier at tidlig hjelp er god hjelp, før mønstrene blir for fastlåst. Det foreslås 4 uker frist.
- Tourettes syndrom: Dette er unger som lett utvikler tilleggsproblemer pga dårlig sosial tilpasning, og 26 uker er urimelig lenge. Forslag: 12 uker frist.
- Tvangstanker/handlinger: 12 uker kan være lenge å vente for dem med alvorlige funksjonshemmende symptomer, som f.eks kan medføre stort skolefravær og sosial isolasjon. Anbefaler 4-6 uker.

- 5) Det vises til spesifikk omtale av *frister* under punkt 4.
- 6) Pasientgruppen/kliniske bilder/ tilstander synes dekkende.
- 7) Generelt er tabellene greie og oversiktlige og kan gi bedre kvalitet i vurderingsarbeidet. Vi ønsker å understreke at samhandlingen mellom tjenestenivåene må presiseres også i dette arbeidet. Eksempelvis bør spesialisthelsetjenesten systematisk informere og veilede 1. linjen om krav til innholdet i henvisningene og betydningen av dette, for at pasienten skal slippe unødig venting på riktig behandling.

### **Merknader til veileder for prioritering i psykisk helsevern for voksne.**

Merknadene nummereres og bevares mest mulig i tråd med spørsmålene og malen for besvarelse

- 1) Den generelle veilederen er klargjørende, leservennlig og har et godt omfang. Den representerer en klar utvikling mot en tydeligere veileder for prioritering i klinisk virksomhet. Veilederen gir en god beskrivelse av grunnlag for prioritert helsehjelp, og retningslinjer for beslutningsprosessen som skal nyttes i prioriteringsarbeid.
- 2) Den innledende teksten til veiledertabellen har noen trykkfeil/ord som har falt ut. Dette forutsettes korrigeret.
  - Lesbarheten på veiledertabellen er god. Bruken av tilleggskriterier som grunnlag for vurdering av alvorlighetsgrad øker brukervennligheten og muliggjør riktigere prioritering. Eksempelvis vil grad av funksjonsfall være nyttig i det kliniske arbeidet. Psykologforeningen støtter rasjonale om at symptomtrykk, heller enn utløsende årsak, må være grunnlag for behandling i spesialisthelsetjenesten ved traumatiske livshendelser.
  - Den innledende teksten bør beskrive pasientens forhold til arbeidslivet/trygdestatus som et mulig individuelt forhold som skal vektlegges ved vurdering av rettighetsspørsmålet.
- 3) Stort sett skiller tabellene godt mellom de pasienter som bør få rett til helsehjelp og de som ikke har rett.

Når det gjelder diagnosen ADHD ser det ut til at det alltid vurderes å utløse rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av symptombelastning. Psykologforeningen mener at også ADHD bør underlegges vurdering av graden av symptom og funksjonsfall, før fristen for iverksetting av behandling fastsettes (se også pkt 5).

- 4) De individuelle forholdene som er beskrevet er svært relevante for vurdering av rettighet og frist.

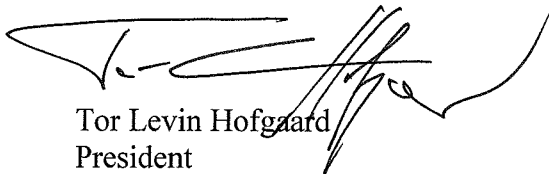
Psykologforeningen stiller imidlertid store spørsmål til kolonnen ”Aktuell helsehjelp.” Det vises til pkt 4, kulepunkt 1 underomtalen av barn og unge veilederen. Det er stor sannsynlighet for at en slik liste over aktuelle tiltak i utgangspunktet er snever og at den utdateres raskt. Et eksempel er at veilederen når det gjelder psykoterapi, så godt som utelukkende nevnt kognitiv terapi. Dette er begrensende og det må stilles spørsmål ved om det finnes kunnskapsgrunnlag for en så ensidig anbefaling.

Vår konklusjon også her er at behandlingsveiledning/ retningslinjer for behandling av ulike tilstander ikke er definert som formål for denne veilederen og krever et langt mer omfattende og dyptgående arbeid med dette som formål. Dokumentet bør holde seg til sin målsetting om å gi retningslinjer for prioritering.

- 5) Merknader til fristene i forhold til diagnosekategori;
  - Alvorlig depresjon med psykotiske symptomer bør prioriteres raskere enn 2-4 uker. Det er for lenge å vente på nødvendig helsehjelp i form av utredning og behandling i disse tilfellene. En evt ventetid forutsetter at pasienten har døgkontinuerlig tilsyn i hjemmesituasjonen.
  - ADHD bør vurderes på samme måte som ved andre diagnoser, ved at graden av symptom og funksjonsfall er avgjørende for fristen for iverksetting av behandling. Det synes vanskelig å forsvare at denne gruppen skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten uavhengig av symptomdybde.
  - Ved samtidig psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse vil det igjen være nyttig å se på symptomtrykk, for eksempel vil samtidig psykose gi annen vurdering enn samtidig angsttilstand.
- 6) Beskrivelsene av tilstandene er relevante og greie å forholde seg til og de vil dekke anslagsvis > 75 – 80 % av henvisningene. Det savnes imidlertid en beskrivelse av traumereaksjoner – ikke bare i den innledende teksten. Se ellers foreslåtte endringer under pkt 5.
- 7) Med reservasjonene ovenfor, fremstår veilederen som et nyttig hjelpemiddel ved vurdering og konkludering om frist og rettighet.

Avslutningsvis vil Norsk Psykologforening igjen understreke at vi tror utviklingen av disse prioriteringsveilederne for psykisk helsevern er en del av det utviklingsarbeidet som kan bidra til bedre spesialisthelsetjenester til befolkningen på dette området. Vi forutsetter imidlertid at anbefalingene om aktuell helsehjelp tas ut av prioriteringsveilederen, da dette i stedet kan medføre forringet kvalitet.

Med vennlig hilsen  
Norsk Psykologforening



Tor Levin Hofgaard  
President