



## Pakkeforløp for psykisk helse og rus

# Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste i hovedstadsområdet

## Anbefalingene skal særlig sikre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner

### Forkortelser:

*EPJ: Elektronisk pasientjournal*

*FL: Fastlege(r)*

*SH: Spesialisthelsetjenesten i Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus for*

- *Psykisk helsevern voksne,*
- *Psykisk helsevern for barn og unge*
- *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

### Innhold:

1. Hva anbefalingene gjelder
2. Overordnet for alle pakkeforløpene
  - 2.1 Generelt
  - 2.2 Somatisk helse og levevaner
  - 2.3 Psykofarmaka
3. Anbefalinger knyttet til samhandlingspunktene i pakkeforløpene
4. Vedlegg
  - a. Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i hovedstadsområdet
  - b. Veiledning for henvisninger til pakkeforløp, basert på «Den gode henvisning»

## 1. Hva anbefalingene gjelder

Anbefalingene gjelder samarbeid mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste i hovedstadsområdet i følgende pakkeforløp:

- Utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne
  - Utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge
  - Utredning og behandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Anbefalingene skal også legges til grunn for samarbeidet i de tilstandsspesifikke pakkeforløpene for psykisk helse og rus

## 2. Overordnet for alle pakkeforløpene

### 2.1 Generelt

- Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus fra Møteplass Oslo legges til grunn for samarbeidet.
- Samarbeidet må sikre at livsløpsperspektivet blir ivaretatt. Helsetjenesten må ha fokus på å «gjøre det viktigste først», men **samtidig** sikre at pasienten får oppfølging av «det som må vente».
- FL bør være medisinsk koordinator i kommunens arbeid med henvisning til og videre medisinsk oppfølging etter pakkeforløp, med mindre annen lege har ansvaret (*jfr. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 19*).
- Der hvor annen instans enn FL har henvisningsrett, skal det tilstrebes kontakt med fastlege før henvisning, dersom ikke annen legetjeneste har sikret den medisinske vurderingen.

### 2.2 Somatisk helse og levevaner

- FL skal benytte anerkjente allmennt medisinske metoder i sitt arbeid med somatisk helse og levevaner, og kan supplere disse med Helsedirektoratets veileder (HDir IS 2642) for pakkeforløpene.
- Spesialisthelsetjenesten legger Helsedirektoratets veileder til grunn for sitt arbeid med somatisk helse og levevaner.
- Samarbeidet baseres på en felles forståelse for at somatisk helse og levevaner kan ha ulike uttrykk og betydning i pakkeforløpene, eksempler:
  - Somatisk sykdom/tilstand som utløser en psykisk lidelse eller bidrar til at en psykisk lidelse eller psykiske symptomer oppstår
  - Annen sykdom som det er viktig for behandleren å kjenne til (f.eks. stoffskiftelidelser, diabetes, nyre- eller hjertesvikt, KOLS, systemsykdommer, kreft)
  - Øvrige somatiske tilstander som skal følges opp, (f.eks. hypertensjon, hyperlipidemi, moderat/alvorlig overvekt).
  - Ny somatisk sykdom som oppstår i behandlingsforløpet
  - Forverring av kjent somatisk sykdom
  - Somatiske bivirkninger av legemidler
  - Somatisk sykdom som er utløst av rusmiddelbruk
  - Risikofaktorer knyttet til levevaner (f.eks. Røyking, rusmiddelbruk, kosthold, fysisk aktivitet).
  - Søvnhygiene
  - Tannhelse
- Ivaretagelse av somatisk helse og levevaner skal skje med best mulig «timing», tilpasset pasientens situasjon, motivasjon og samtykke, og fortrinnsvis hos den aktøren som best kan utføre oppgaven.
- Ved poliklinisk behandling
  - FL har som hovedregel ansvar for å følge opp somatisk helse for hjemmeboende pasienter.
  - SH har ansvar for at somatiske forhold som avdekkes av SH eller utløses av behandling initiert av SH, blir fulgt opp, enten hos FL eller på poliklinikken.
- Ved døgnbehandling
  - SH har ansvar for å følge opp somatisk helse.
  - Det må i samråd med pasienten gjøres en konkret vurdering av hvilke tiltak som bør gjennomføres mens pasienten er innlagt.
  - SH må ved avslutning sørge for en forsvarlig og mest mulig forpliktende plan for videreføring av tiltak på tvers av fagområder og behandlingsnivå.

## 2.3 Psykofarmaka

- FL har ansvar for å følge opp bruk av psykofarmaka for hjemmeboende pasienter som ikke får behandling i spesialisthelsetjenesten, med mindre annen lege i kommunen følger opp.
- SH har ansvar for å følge opp bruk av psykofarmaka når pasienten er i behandling i SH, i henhold til retningslinjene i pakkeforløpene. Bruk av psykofarmaka må tilpasses pasientens øvrige legemiddelbehandling. Oppfølging kan skje i et avtalt samarbeid mellom SH og FL.
- Alle pasienter som mottar psykofarmaka bør ha et årlig tilbud om revurdering av behandlingen, uavhengig av behandlingsnivå. Der hvor FL har behandlingsansvaret, må SH være lett tilgjengelig for rådgivning, særlig ved bruk av antipsykotiske og stemningsstabiliserende legemidler.

## 3. Anbefalinger knyttet til samhandlingspunktene i pakkeforløpene

*Nummerering følger nummerering av kapitlene i pakkeforløpene og relateres til disse*

### 1. Henvisning og start

#### 1.2 Kartlegging og henvisning

- Det tilstrebes å oppfylle pakkeforløpenes anbefalinger om kartlegging og tverrfaglig samarbeid før henvisning sendes.
- Omfang av forarbeid før henvisning sendes må tilpasses den aktuelle kliniske situasjonen, medvirkning og samtykke fra pasienten, lidelsens alvorlighetsgrad og hvorvidt det haster å komme i gang med psykisk helsehjelp. Det er viktig at pasienter som trenger rask psykisk helsehjelp, får dette uten unødig tidstap.
- Henvisningen bør baseres på «Den gode henvisning» som ligger i fastlegens EPJ, med bruk av vedlagt «TIPS ved elektronisk henvisning».
- Dersom kartlegging videreføres etter at henvisning er sendt, kan resultatene ettersendes i form av dialogmelding (kommer i 2020) eller brev.

#### 1.4 Start pakkeforløp

- Henvisning merkes med det aktuelle pakkeforløp og sendes elektronisk til korrekt henvisningsadresse. Oppgi et telefonnummer som SH kan bruke ved behov for rask kontakt.
- *Ved behov for innhenting av supplerende informasjon fra FL*  
Handlingsalternativ
  - Telefonisk kontakt og svar pr telefon, gjennom dialogmelding eller i brev.
  - Elektronisk sendt notat eller dialogmelding, og svar i form av dialogmelding eller brev.
- *Ved avslag*  
Begrunnelse for avslag samt relevant veiledning gis i avslagsbrev.

#### 1.5 Fastlegens samarbeid med forløpskoordinatorerne i SH og kommune

- FL er *medisinsk* koordinator for hjemmeboende pasienter, med mindre annen lege har ansvaret (*jfr. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, § 19*).
- FL må få informasjon om hvem *forløpskoordinatorerne* er, samarbeide med disse og delta i felles beslutninger rundt pasientene.

## 2. Kartlegging og utredning

### 2.2 Basisutredning - Differensialdiagnostisk vurdering

- Der hvor FL ikke er primær henviser, skal FL kunne kontaktes for supplerende helseopplysninger.  
Handlingsalternativ
  - Gi råd/bistå pasienten til å få time hos fastlegen (Anbefales).
  - Telefonisk kontakt med fastlegekontoret som besvares pr telefon, dialogmelding eller i brev.
  - Elektronisk sendt notat/brev med anmodning om helseopplysninger, som besvares gjennom dialogmelding eller brev.

### 2.3 Vurdering og beslutning om videre forløp etter basis utredning

- Det anbefales at FL får kopi av rapport etter basisutredningen (tilsvarende den som gis til pasienten) sendt elektronisk.
- Hvis det ikke er behov for videre oppfølging og pakkeforløpet avsluttes
  - Behov for oppfølging hos fastlege avklares med pasient/pårørende, og pasienten får hjelp til timebestilling dersom dette er nødvendig.
  - Epikrisen inneholder informasjon om valgt løsning.

## 3. Behandling og oppfølging

### 3.1 Planlegging av behandling - Somatisk helse.

- Ved poliklinisk behandling har behandlingsansvarlig i SH ansvar for avklaring av hvem som skal følge opp pasienten somatisk.  
Handlingsalternativ
  - Avklaring pr telefon med FL.
  - Avklaring gjennom elektronisk sendt brev, som besvares med dialogmelding eller brev.
- Oppfølging bør, så lang som mulig, foregå hos FL. Pasienter som trenger hjelp til å bestille time, eller følge til frammøte, bør få det.

### 3.2 Samhandling i forløpet

- I tillegg til at SH skal gi tilbakemeldinger til FL underveis i forløp, bør FL kunne informere SH når dette er relevant.  
Handlingsalternativ
  - FL sender dialogmelding eller brev pr post, i tillegg til at pasienten får relevante kopier med seg.

## 4. Avslutning og videre oppfølging

### 4.2 Avsluttende samtale

- Med mindre forhold taler imot det, bør pasienten tilbys hjelp til å bestille time hos FL for videre oppfølging.
- Epikrisen inneholder råd om oppfølging, herunder av somatisk helse og levevaner samt videre bruk (og eventuell nedtrapping) av psykofarmaka. Epikrisen må inneholde oppdatert legemiddelliste.