Hvordan utrede alvorlig psykisk lidelse og behandle pasienter vi ikke liker?

Randi Rosenqvist

OUS, Kompetansesenter for sikkerhetspsykiatri, fengselspsykiatri og rettspsykiatri

Ila fengsel og forvaringsanstalt

«Stundom helbrede, ofte lindre og alltid trøste»

- Eller: stundom hjelpe, ofte avvise og alltid være lojal til helseforetaket og minister?

- Prioriteringsveileder er bra, men det er vi som gjør de kliniske vurderingene.

Prioriteringsveileder

- § 2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd, når:
- Pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 andre ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.
- Med forventet nytte av helsehjelpen menes at kunnskapsbasert praksis tilsier at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.

- § 2a Prioritering av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten skal prioritere pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten ut fra alvorlighets- og hastegrad. I prioriteringen av pasienter skal det legges vekt på prognosetap med hensyn til livslengde og livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- Ved vurdering av om pasienten skal få rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning, behandling eller andre tiltak verken i det foretaket hvor henvisningen vurderes eller for øvrig i spesialisthelsetjenesten. Se forøvrig unntaket som er omtalt i kapittel i 4.2.

- 5.3 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
- Alle henviste pasienter skal vurderes i samsvar med prioriteringsforskriften. Prioriteringsforskriften krever at to vilkår må være oppfylt for at det skal gis rett til nødvendig helsehjelp: a) Vilkåret om forventet nytte av helsehjelpen og b) Vilkåret om et rimelig forhold mellom kostnader og effekt (kostnadseffektivitet).

Hva er «effekt» i psykiatrien?

- Pasienten får mindre besvær?
  - Pasienten får færre symptomer, bedre mestringsevne, mer autonomi
  - Pasienten kommer i en situasjon der han evner å ta imot hjelp

- Pårørende får mindre besvær
  - Pårørende kan avlastes i omsorgsarbeide

- Samfunnet har nytte av behandlingen
  - Pasienten utgjør ikke lenger fare eller plage for omgivedsene

Det er helt utslagsgivende for prioriteringen hvorledes pasientens behandlingsbehov blir vurdert

- Vurderer vi ut fra våre egne ressurser?
  - Blir man mer lojal dersom man sier at pasienten ikke har behov for helsehjelp på spesialistnivå enn dersom man sier at det han har behov for, finnes ikke i vårt distrikt?
- Vurderer vi ut fra vår egen empati?
  - Etter min mening, mange pasienter fremstår som ganske umulige og vemmelige, men når man klarer å etablere en relasjon, så endrer de seg.
- Er det ikke slik at psykiatrien bør hjelpe personer som ikke klarer relasjoner til andre (og seg selv) med profesjonelle relasjoner?

Hvorfor har ikke spesialisthelsetjenesten lenger ansvar for omsorg/langvarig miljøterapi?

- Det er det kommunen som har.

- Men hva er forskjellen på omsorg og omfattende miljøterapi?
- Og når tverrfaglig spesialisert helsehjelp kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten helsehjelp eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av helsehjelp.
- Er det ikke noen psykiatriske pasienter som trenger dette, og som faktisk profitterer på dette?

Blir pasienter vi ikke liker definert ut av psykisk helsevern?

- Fordi de er vanskelige å ha med å gjøre?
- Fordi pasienten primært oppfattes som kriminell og/eller rusmisbruker
- Fordi den kliniske diagnostikk er vanskelelig?
- Fordi de forstyrrer postmiljøet?

- Fordi behandlingen vil legge beslag på alt for mange ressurser?

- Fordi det er underkommunisert hva et strukturert sykehusmiljø kan oppnå for en slik pasientgruppe?
- Fordi det i utgangspunktet er umulig å få til et «frivillig» behandlingsopplegg?

Hva vil det si å være «aller sykest»?

- Døden nær?
- Totalt hjerneskadet?
- Subjektivt svært plaget, suicidal eller sterkt lidende?

- Full av liv, men **uten** mestringsevne?
- Er det bare de personer som har en tilstand som kan (medikamentelt) behandles, som er alvorlig sinnslidende?

Aktive, aggressive, paranoide, unge dysfunsjonelle personer, ofte med rus

- Er de syke eller friske??
- (NB: Jeg mener IKKE at alle kriminelle er *syke*!)

- Uansett: kommunene, fengsler og til dels spesialisthelsetjenesten må forholde seg til dem.
- Og samfunnet må leve med dem.
- De er lite populære, de er dyre i drift og de utgjør en sikkerhetsrisiko

- Kunne vi som samfunn håndtert dette bedre?

Sannsynlig alvorlig sinnslidelse. § 3-2
Hva er det man skal utrede i løpet av 10 dager?

- Hvorvidt pasienten er **«alvorlig sinnslidende»** og oppfyller minst et tilleggskriterium (pluss alt det andre….)

- Alvorlig sinnslidelse er et rettslig begrep som omfatter psykosene og andre lidelser som gir tilsvarende funksjonssvikt.
- Det er altså ikke nødvending med en psykosediagnose etter ti dager, men påvisning av en alvorlig funksjonssvikt på psykisk grunnlag.

- Alvorlig sinnslidelse er en tolkning av adferd og andre symptomer.

En psykiatrisk utredning er tar vel ikke så mye kortere tid nå?

Men tilgjengelig tid er nå 10 dager i motsetning til 3 uker før

- Man må snakke med pasienten.
- Man må utrede pasienten somatisk
- Nevropsykologi? Nevroradiologi?
- Man må observere hvorledes pasienten fungerer i et avdelingsmiljø
- Man må innhente relevant informasjon om pasientens bakgrunn
- Man bør snakke med pårørende

- Nå vil man kanskje gjøre flere tester/undersøkelser og det kan vel også ta litt tid.
- Man må også sørge for at pasienten er avruset, noe som ikke var så vanlig for 40 år siden.

Men dersom man mener at man på ti dager må utrede hvorvidt pasienten har en *psykosesykdom*

- Så vil man få problemer:
- **1.** Hva er rester av rusmisbruk, hva et en eventuell psykose? I ICD-10 angir man at rusutløst psykose oftest går tilbake raskt, men dersom symptomene står etter ca fire uker etter avrusing, må man vurdere mulig diagnose fra schizofrenispekteret.
- Vil man skrive ut pasienten før man har stillet er sikker diagnose?
- Vil man tilby fortsatt frivillig innleggelse for å få stillet en riktig diagnose?
- I tilfellet, har pasienten samtykkekompetanse og vil han samtykke?

Ved sterk mistanke om «alvorlig sinnslidelse»

- Vil man i noen saker kunne ha behov for omfattende utredninger får man kan stille en fullstendig diagnose. Dersom adferden er avvikende nok likevel fatte § 3-3 vedtak.

- Men der hvor adferden ikke er meget avvikende, synes det som om helsemyndighetene mener at det er god behandling med mange korte opphold uten sikker diagnose. Dette tror jeg gir dårlig oppfølging av mange schizofrene.

Men pasienten kan overføres til § 3-3 som alvorlig sinnslidende pga funksjonssvikten

- Så lenge man har fastslått den realitetsbristende funksjonsnedsettelsen (manglende situasjonsforståelse, manglende samtykkekompetanse osv), og at dette grunnes i psykisk lidelse, inklusiv rus, er det ikke nødvendig å ha stillet en differensiert diagnose men pasienten vil kunne overføres til § 3-3?

- Da kan man bruke mer enn ti dager på å finne ut om dette er en psykosesykdom eller om det er en annen grunn til funksjonsbristen?

- **Da har man jo nok tid på utredning.**
- Man kan eventuelt bed KK om to ganger ti dager hvis man ikke er sikker.

Jeg vil gjerne at psykiatrien

- Sørger for at den diagnostiske prosess er grundig etter ICD-10
- Akuttinnleggelser skal ikke kun ta stilling til om begrepet «alvorlig sinnslidelse» er oppfylt, men hva som feiler pasienten.
- Dersom pasientens funksjonssvikt tilsier at han fremstår som «alvorlig sinnslidende» over tid, så si det, selv om det ikke foreligger en kostnadeffektivt behandlingsmetode. Dette må politiseres!

Ved psykoselidelse:
Er vi for opphengt i positive symptomer?

- Hvor er det blitt av de hebefrene schizofrene og de med simpel schizofreni?

- Har vi tid til å analysere neologisme, usammenhengende tale, apati, avbrutt tale avflatede eller usammenhengende følelsesmessige responser, sosial isolasjon, nedsatte sosiale evner, funksjonsknekk, interesseløshet, formålsløshet, merkelige kroppsføring, angst og fortvilelse osv.

- Hva anser vi som «normalt»? (tenåringer og narkomane kan ha mange av disse symptomene)

- Hva gjør man når pasienten fremtrer svært paranoid, avvisende og er lite villig til å snakke med personalet og fortelle hvordan han har det? Når mistenker man dissimulering?

- Hva gjør man når pasienten ikke snakker i det hele tatt?

- Når det ikke fremkommer tydelige positive symptomer, må man observere og tolke eventuelle negative symptomene og sette dette sammen med informasjon om adferd før innleggelse.
- Det er ikke helt uvanlig/utenkelig at en pasient kan dissimulere gjennom en tidagers periode, det kommer nok også an på hvordan postmiljøet er.

Jeg mener meget sterkt:

- Pasienter som kommer inn i en meget urolig fase må utredes, ikke utskrives, når de er blitt noe roligere, i alle fall dersom de ikke er utredet omfattende tidligere. Kan man ha F 19.5 mange ganger uten vurdering av F 20 eller F 06?
- Trusler og annen aggresjon skal ikke oppfattes som at pasienten er umulig, før alvorlig sinnslidelse er grundig vurdert
- Pasienter må få ro i institusjon, med daglige samtaler med kvalifisert terapeut/diagnostiker og helst initialt medisineres kun ved absolutt behov. Da kan man lese mye i pasientens adferd. Og kanskje begynne å se på ham med interesse og empati

- Helsemyndighetenes stress for autonomi er til hinder for at mange personer med svært dårlig funksjonsevne får adekvat hjelp.

- Adekvat hjelp koster penger.

- Er frivillighet i det psykiske helsevern en fordekt måte å spare penger på ved å slippe å behandle/gi langvarig omsorg til de med meget dårlig mestringsevne?