

Kan implementering av forsterket individualisert plan for somatisk oppfølging ved utskrivelse fra akuttpsykiatrisk avdeling bedre somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse?

Prosjektoppgave i kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK)

Høsten 2023



Av Heidi Guldvog Hartvedt, Tove Henningsson, Synne Sørheim, Ingvild Misund, Mia Malmedal Røkke, Vaneja Mohanadasan, Rasmus Auråen og Zygimantas Zaboras

Veileder: Anja Fog Heen
Det medisinske fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

Sammendrag

Introduksjon: Forskning viser at pasienter med alvorlig psykisk lidelse har dårligere somatisk helse og kortere forventet levetid. Det finnes anbefalinger på hvordan man skal ivareta den somatiske helsen til denne pasientgruppen, men vi har avdekket at disse ikke alltid følges.

Kunnskapsgrunnlag: I vårt prosjekt har vi tatt utgangspunkt i anbefalinger fra Helsedirektoratet om somatisk helse ved psykiske lidelser. De anbefaler at somatisk helse kartlegges bredt. Behandlere i psykiatrien skal henvise pasienter til somatikken dersom nødvendig. De bør også sørge for en oppfølgingsplan med tydelig ansvarsfordeling.

Tiltak og kvalitetsindikatorer: Vi vil gjennomføre endringsprosjektet med hjelp av flere tiltak. Vi foreslår økt samarbeid mellom indremedisiner og psykiater på avdelingen, tiltak for å identifisere hvilke pasienter som er i behov for ekstra somatisk oppfølging, samt en forsterket individualisert plan for somatisk oppfølging. Kvalitetsindikatoren vi har valgt er en oppfølgingsplan som noteres i epikrisen.

Ledelse og organisering: Prosjektet vil organiseres og gjennomføres ved hjelp av PDSA-modellen. Innenfor modellen inngår forberedelser, planlegging, utførelse, evaluering og oppfølging. Det dannes en prosjektgruppe innad i mikrosystemet som vil ha ansvar for tiltaket. Vi har også belyst hva slags motstand man kan møte på i mikrosystemet i prosjektperioden.

Konklusjon: På bakgrunn av vårt prosjekt anbefaler vi implementering av kvalitetsforbedringsprosjektet på akuttpsykiatrisk avdeling ved OUS Ullevål. Vi tror at dersom rutinen blir implementert her, vil det kunne inspirere andre sykehusavdelinger i landet til også å lage en forsterket somatisk plan for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, styrke samhandling, samt føre til økt integrering av helse- og omsorgstjenester i somatikk og psykiatri.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| Sammendrag | 2 |
| Innholdsfortegnelse | 4 |
| Introduksjon | 4 |
| <i>Problemstilling</i> | 5 |
| Kunnskapsgrunnlaget | 6 |
| <i>Helsedirektoratets anbefalinger</i> | 7 |
| <i>Kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget</i> | 7 |
| <i>Internasjonale retningslinjer</i> | 8 |
| Dagens praksis, tiltak og indikator | 10 |
| <i>Vårt mikrosystem</i> | 10 |
| <i>Dagens praksis</i> | 10 |
| <i>Praktiske tiltak og endring i prosedyrer som skal gjennomføres for å oppnå den ønskede kvalitetsforbedringen</i> | 13 |
| <i>Kvalitetsindikatorer</i> | 14 |
| <i>Mål med prosjektet</i> | 15 |
| Prosess, ledelse og organisering | 16 |
| <i>Struktur</i> | 16 |
| <i>Del 1. Forberedelse</i> | 16 |
| <i>Del 2. Planlegging</i> | 17 |
| <i>Del 3. Utførelse</i> | 17 |
| <i>Del 4. Evaluering</i> | 18 |
| <i>Del 5. Oppfølging</i> | 18 |
| <i>Forventet motstand</i> | 19 |
| Diskusjon | 20 |
| Konklusjon | 22 |
| Referanser | 23 |
| Vedlegg | 29 |

Introduksjon

Den overordnede målsettingen med dette prosjektet er å legge til rette for at pasienter med alvorlig psykisk lidelse følges opp for sin somatiske helse. Denne pasientgruppen dør i gjennomsnitt 20 år tidligere enn resten av befolkningen (1). 60 % av dødsårsakene kan forklares av somatiske sykdommer som kan forebygges (1). Helsedirektoratet har en samling av anbefalinger (2) for hvordan man skal ivareta den somatiske helsen til pasienter med psykiske lidelser. På tross av anbefalingene har vi gjennom egne erfaringer fra klinikken, samt samtaler med fagpersoner i psykiatrien, avdekket at anbefalingene ikke alltid følges (3).

Det kan være mange grunner til manglende oppfølging og underbehandling av somatisk helse. En mulig forklaring kan tilskrives forhold ved pasientens psykiske lidelse, eksempelvis at hen motsetter seg å utredes somatisk. En annen årsak kan være manglende kompetanse blant helsepersonell om hvordan man fanger opp og behandler de somatiske problemene i denne pasientgruppen (1, 4, 5). I tillegg er det naturlig å tenke seg at mangel på ressurser og kapasitet også er en del av forklaringen. Skal man nærme seg en løsning på problemet, må man legge til rette for at:

1. Pasienter med behov for somatisk behandling blir fanget opp.
2. Det blir lagt en plan for hvordan problemstillingene skal følges opp.
3. De somatiske problemstillingene blir fulgt opp.

Dette vil kreve god samhandling mellom ulike fagområder og et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse defineres som pasienter med diagnosegruppene schizofreni, bipolar lidelse, depressive psykoser eller depresjoner som ikke responderer på behandling (6). Begrepet omfatter også andre tilstander som angst, personlighets- og spiseforstyrrelser, der det foreligger et stort funksjonstap (6). Vi har valgt å fokusere på denne pasientgruppen fordi det er en sårbar gruppe som kan ha utfordringer med tanke på livsstil, genetiske risikofaktorer for somatiske og psykiatriske lidelser, bivirkninger av psykofarmaka, opplever fordommer og stigma samt manglende ressurser til å følge opp egen helse. Ovennevnte faktorer fører til at det blir utfordrende å hjelpe disse pasientene (1, 4, 5).

Vi har valgt akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus som vårt mikrosystem. Bakgrunnen for dette er at akuttpsykiatrisk avdeling ofte er første kontakt med spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. I tillegg er avdelingen høyeste behandlingsnivå for denne pasientgruppen. Det er derfor naturlig å anta at behandlerne har økt innflytelse til å starte opp et samarbeid med andre spesialister og større mulighet til å legge føringer for videre oppfølging i primærhelsetjenesten etter utskrivelse.

Problemstilling

Akuttpsykiatrisk avdeling har implementert Hjertefrisk-algoritmen, som har til hensikt å kartlegge kardiometabolske risikofaktorer (7). I tillegg har de lav terskel for å kontakte andre spesialister hvis det skulle være indikasjon for det (8). Ved utskrivelse er det per i dag ingen rutine implementert for somatisk undersøkelse eller individualisert plan for oppfølging av somatisk helse på sikt. Vi ønsker derfor å undersøke om implementering av forsterket individualisert plan for somatisk oppfølging ved utskrivelse fra akuttpsykiatrisk avdeling kan bedre somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

Med en konkret plan som blir opprettet på akuttenheten, og fulgt opp videre av primær- og spesialisthelsetjenesten, ønsker vi å se om somatisk helse kan bedres for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Dette krever god samhandling mellom somatikken og psykiatrien, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Somatikk og psykiatri har tradisjonelt vært svært adskilte instanser, men de behandler mange av de samme pasientene. Etablering av tettere samarbeid vil på sikt være gunstig, selv om dette kan være utfordrende i startfasen, blant annet i forhold til samlokalisering og mangel på ressurser (9).

Kunnskapsgrunnlaget

Klinisk praksis burde være kunnskapsbasert hvor man praktiserer etter oppdatert forskningsbasert kunnskap. Informasjon må innhentes systematisk og man må være kildekritisk. Samtidig må klinisk erfaring og pasientens preferanser tas hensyn til (10). Vi gjennomførte et litteratursøk for å sikre at kvalitetsforbedringsprosjektet er basert på den best tilgjengelige kunnskapen.

Vi formulerte et PICO-spørsmål for å gjøre problemstillingen tydelig og litteratursøket enklere. I et PICO-spørsmål får man med alle elementene et spørsmål bør inneholde (11). Vi ønsket å undersøke om implementering av individualisert forsterket plan for somatisk oppfølging ved utskrivelse fra akuttpsykiatrisk avdeling kan bedre somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Problemstillingen gav følgende PICO-spørsmål:

P = Population = Personer som skrives ut fra akuttavdeling med alvorlig psykisk lidelse

I = Intervention = Forsterket plan for oppfølging av somatisk helse

C = Comparison = Pasienter uten forsterket plan for oppfølging av somatisk helse

O = Outcome = Bedring av somatisk helse

Vi søkte etter litteratur i ”Pyramidesøket” fra Helsebiblioteket (12). Pyramidesøket baserer seg på kunnskapspyramiden (figur 1). De øverste treffene tilsvarer øverste del av kunnskapspyramiden (13, 14). Vi gjennomførte et søk 29.09.23 som gav 204 treff. Se vedlegg 1 for fullstendig søk.

Pyramidesøket gav ingen relevante treff. Vi søkte derfor videre på Helsedirektoratet og WHO sine nettsider. Vi gjennomførte også et usystematisk Google-søk. Vi fant relevante anbefalinger hos både Helsedirektoratet og WHO, og en oppsummerende internasjonal rapport. Vi har valgt å fokusere på anbefalingene fra Helsedirektoratet som er tilpasset det norske helsesystemet.



Figur 1: Kunnskapspyramiden (15)

Helsedirektoratets anbefalinger

Helsedirektoratet er faglig rådgiver og kompetanseorgan for helsevesenet. De bruker kunnskapsbasert praksis når de utvikler retningslinjer (16,17). Vi vurderer Helsedirektoratet som en troverdig kilde. De har samlet anbefalinger for oppfølging av somatisk helse i psykiatrien i “Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer” (18). Dette er en samling anbefalinger, ikke en retningslinje, men anbefalingene er basert på øvrige retningslinjer som de har tilpasset pasienter i psykiatrien.

Det er spesialisthelsetjenesten som har ansvaret når pasienten følges opp der, både poliklinisk og ved døgninnleggelse. Dersom de ikke har kompetanse til å følge opp den somatiske helsen, skal de enten konferere med eller henvise pasienten til rett instans, inkludert fastlege. Behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten skal avklare hvem som har ansvar for den somatiske helsen, når tiltak burde settes i gang, og lage en forsvarlig plan på tvers av spesialiteter og behandlingsnivå (2).

Videre beskriver Helsedirektoratets anbefalinger hvilke aspekter ved den somatiske helsen man burde ha spesielt fokus på. Siden vi er mest interessert i anbefalinger om hvordan man skal organisere oppfølgingen, blir de videre anbefalingene kun presentert i korte trekk.

Helsedirektoratet fokuserer på hjerte- og karsykdom, bruk av rusmidler, ernæring, fysisk aktivitet, søvn og tannhelse. De anbefaler bruk av Hjertefrisk-algoritmen for kartlegging av kardiometabolske risikofaktorer (7). Hjertefrisk er allerede implementert i OUS sin metodebok for psykiatrien (19). Røykevaner bør kartlegges. Pasienter bør tilbys strukturert hjelp til å slutte. Utredning for KOLS hos røykere over 40 år med symptomer på luftveisobstruksjon burde vurderes (20). Ernæringsstatus bør kartlegges, og kostholdsveiledning tilbys. Årsaker til ernæringsproblemer bør behandles. Fysisk aktivitet bør være en del av behandlingen. Begrensende faktorer burde tilrettelegges for, eller behandles. Søvnvansker burde kartlegges og utredes. Legemidler til behandling av søvnvansker burde begrenses (21). Rusvaner burde kartlegges. Ved problematisk bruk anbefales omfattende somatisk kartlegging av eventuelle følgetilstander (22,23). Til slutt anbefaler de kartlegging av tannstatus og at pasienten får hjelp til å oppsøke tannlege (24).

Kritisk vurdering av kunnskapsgrunlaget

Anbefalingene som er presentert er basert på en rekke retningslinjer fra Helsedirektoratet som de har tilpasset psykiatrien. Å skulle vurdere kunnskapsgrunlaget til alle retningslinjene

anbefalingene er basert på, anser vi at faller utenfor rammen av prosjektet. Vi har derfor vurdert kunnskapsgrunnlaget til en av retningslinjene, “Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser” (25), som en «stikkprøve». Vi har fokusert på kapittel 7.2.7 «Somatiske helseproblemer».

Retningslinjen anbefaler at pasienter med psykoselidelse følges opp somatisk med kontroll minst én gang i året. Hvilke aspekter av den somatiske helsen man skal fokusere på samsvarer med anbefalingene i «Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» (18). Det som ikke beskrives er hvem som har ansvaret for at den somatiske helsen følges opp. Vårt kvalitetsforbedringsprosjekt om ansvarsfordeling og fokus på at det lages en plan for oppfølging er derfor nyttig for at anbefalingene faktisk følges.

Kunnskapsgrunnlaget til anbefalingene i retningslinjen er gradert i seks evidensnivå hvor 1a er det høyeste, deretter 1b, 2a, 2b, 3 og 4. Anbefalingene er i tillegg vurdert i sin helhet hvor økonomiske, etiske og politiske forhold er vurdert. Gradering av anbefalingene er delt inn i fire kategorier A til D hvor A er det høyeste nivået (25). Anbefalingen om jevnlig vurdering av den somatiske helsetilstanden hos pasienter med psykoselidelser er vurdert til evidensnivå 1b og anbefalingen som helhet har fått graderingen A. Oppfølging av den somatiske helsen i denne pasientgruppen konkluderer vi med er en sterk anbefaling som støtter viktigheten av vårt kvalitetsforbedringsprosjekt.

Vi benyttet en sjekklister fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere retningslinjen (26). Sjekklisten ligger som vedlegg 2. Blant styrker fant vi at formålet er klart definert, arbeidsgruppen inkluderte alle relevante fagfelt og brukernes interesser er tatt hensyn til. Kunnskapsgrunnlaget er utarbeidet på en systematisk måte. Anbefalingene er lett å tolke sammen med evidensnivå og gradering. Blant svakheter fant vi at det mangler en detaljert beskrivelse av hvordan artikler til kunnskapsgrunnlaget ble valgt ut. I tillegg mangler beskrivelse for hvordan retningslinjen skal oppdateres. Vi vurderer at styrkene klart oppveier svakhetene. Basert på dette konkluderer vi med at retningslinjen er til å stole på, og velger å konkludere med at vi kan stole på de øvrige retningslinjene anbefalingene «Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» (18) er basert på.

Internasjonale retningslinjer

WHO's retningslinje “Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders” (27) er rettet mot alle som yter helsetjenester til pasientgruppen uavhengig av

behandlingsnivå. De anbefaler at somatiske intervensjoner burde tilpasses den aktuelle pasientpopulasjonen som ofte ikke har ressurser til å følge opp somatisk helse selv.

Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) har i rapporten «Somatic health care in a psychiatric setting» (28) oppsummert hva utvalgte retningslinjer sier om oppfølging av somatikk i psykiatrien (29). De anbefaler en multidisiplinær tilnærming. Det skal lages en tydelig plan som beskriver hvem som har ansvar for hva, og tidspunktene intervensjoner skal iverksettes. Man må sørge for god informasjonsflyt mellom de involverte (28).

Ut fra anbefalingene fra WHO og KCE tolker vi at de som yter helsehjelpen må lage en tilpasset plan for disse pasientene som fungerer på tvers av behandlingsnivå og spesialiteter. Dette samsvarer med det vi ønsker å fremme med vårt kvalitetsforbedringsprosjekt.

Dagens praksis, tiltak og indikator

Vårt mikrosystem

Akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål, OUS, er en av landets største akuttpsykiatriske enheter. Avdelingen dekker seks av Oslos femten bydeler med en total befolkning på 280 000 innbyggere over 18 år. Hvert år innlegges omtrent 1000 pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. I gjennomsnitt er liggetiden per pasient 20 dager. Avdelingen består av en mottakspost, en post for affektiv lidelse samt tre psykoseposter (30). Hver post har to overleger, to LIS-leger, psykologspesialist, ergoterapeut, sosionom og sykepleiere (8).

Dagens praksis

Vi fikk hjelp å kartlegge dagens praksis gjennom intervjuer med Ingrid Dieseth og Darko Dudic som begge er overleger ved avdelingen (3, 8).

I dag gjør man ved innkomst til akuttpsykiatrisk mottakspost en somatisk undersøkelse som inkluderer somatisk status, EKG, blodprøvetaking samt bildediagnostikk på indikasjon hos alle pasienter. Ifølge avdelingen fungerer dagens rutiner for somatisk undersøkelse ved innkomst bra. Det har vært økt fokus og stor forbedring på dette området de siste årene.

Legene på akuttpsykiatrisk avdeling har et samarbeid med medisinsk avdeling der de kan kontakte indremedisiner for tilsyn av en pasient som er innlagt i avdelingen på indikasjon. Man følger også pasienter til aktuell avdeling for undersøkelse. Ved somatisk sykdom som ikke kan vente har man lav terskel for å konferere aktuell spesialist.

Avdelingen benytter seg av Hjertefrisk-algoritmen der faktorer som livsstil, bakgrunn og sykehistorie, vekt, livvidde, blodtrykk og blodprøver skal monitoreres. Psykiater skal ha hovedansvar for oppfølgingen i tett samarbeid med øvrige behandlere (19). Siden en gjennomsnittlig innleggelse i avdelingen er 20 dager, er det begrenset hvor mye avdelingen kan følge opp hver pasients somatiske helse, herunder risiko for bivirkninger etter oppstart av andregenerasjons antipsykotika. Det fremkommer også av intervjuene at Hjertefrisk-algoritmen brukes i varierende grad. Ved utskrivelse er det per i dag ingen rutine implementert for somatisk undersøkelse eller individualisert plan for oppfølging av somatisk helse på sikt. Det blir derfor opp til avdelingen pasienten blir utskrevet til hvordan den somatiske oppfølgingen vil foregå. Derav er det variabelt hvem som får god oppfølging etter

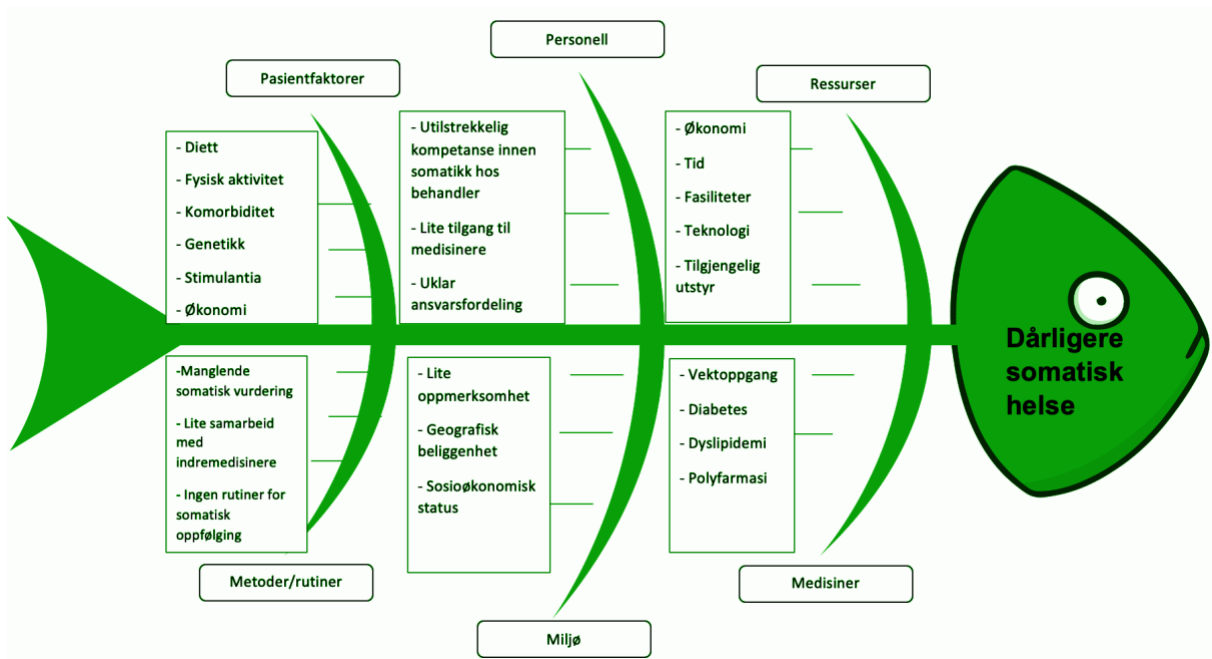
individuell risiko for somatisk sykdom, og risiko for kjente bivirkninger av medisiner som ofte startes opp ved innleggelsen på akuttpsykiatrisk avdeling.

De aller fleste pasienter som har vært innlagt med alvorlig psykisk lidelse, skrives ut til en annen instans innenfor spesialisthelsetjenesten. Uansett er samarbeid med primærhelsetjenesten av stor betydning for den somatiske oppfølgingen av pasienten, selv om behandlende psykiater også bør ha fokus på dette.

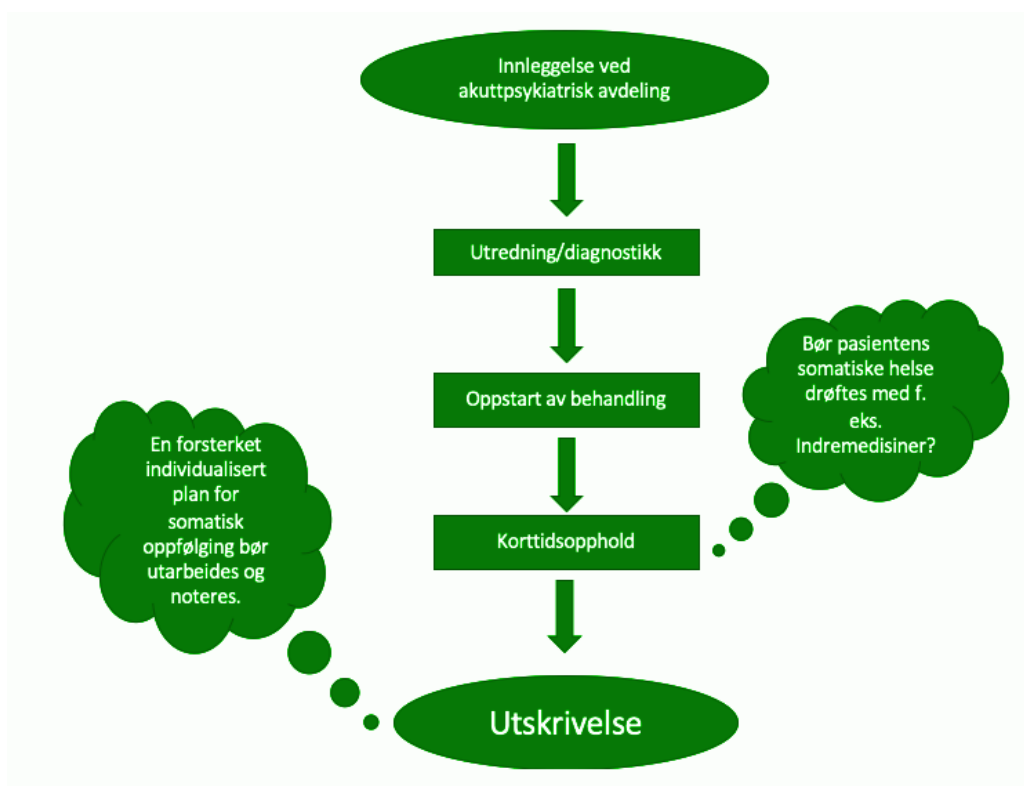
Rutinen for utskrivelse er i dag at pasienten henvises til Distriktpsykiatrisk senter, DPS, enten til DPS døgnenhet eller til poliklinisk behandling. Et tilbud organisert gjennom DPS er FACT/ACT-team (Flexible Assertive Community Treatment). Dette er tverrfaglige team som jobber for å gi sammenhengende og helhetlige tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjenesten til mennesker som ikke makter å oppsøke tjenesteapparatet, eller som ikke selv ser behov for det. Per i dag inngår ingen organisert oppfølging av somatisk helse i FACT, men teamet kan foreta en enkel somatisk sjekk og følge opp medisiner. For somatisk utredning er det viktig at de samarbeider med pasientens fastlege (31).

Før utskrivelse er det i dag vanlig at man innkaller til samhandlingsmøte der representanter for bydel/kommune og andre relevante samarbeidspartnere rundt pasienten deltar. Det er sjelden oppfølging av somatisk helse et tema, forteller legene ved avdelingen.

Basert på egne refleksjoner i gruppen og samtaler med Akuttpsykiatrisk avdeling ved Ullevål har vi laget et fiskebeinsdiagram for å kartlegge mulige sammenhenger mellom årsaker og virkning:



For å få en bedre helhetsforståelse og for å visualisere arbeidsprosessene ved innleggelse på Akuttpsykiatrisk mottak, har vi laget et flytskjema for et tenkt pasientforløp:



Praktiske tiltak og endring i prosedyrer som skal gjennomføres for å oppnå den ønskede kvalitetsforbedringen

Vi ser for oss at praktiske tiltak gjøres i to trinn:

Trinn 1: Identifisere hvem som har økt behov

En del av endringen fra dagens rutine er et krav om at behandlende lege må ta stilling til om pasienten har behov for forsterket plan for somatisk oppfølging. For eksempel kan pasienten ha kroniske somatiske sykdommer som hen ikke klarer å følge opp på grunn av den psykiske lidelsen. Ved behov er det viktig at psykiateren konfererer med andre spesialister eller henviser pasienten til relevant avdeling. Sammen med relevant spesialist, sykepleiere og annet personell som jobber tett på pasienten kan man oppdage og avgjøre om pasienten har behov for økt oppfølging, og legge en plan for hvordan dette skal iverksettes.

Et mer organisert tverrfaglig samarbeid mellom for eksempel spesialist i indremedisin og psykiater tror vi vil være ressursbesparende samtidig som det vil kunne gi bedre somatisk utredning og behandling til pasientgruppen. Man kunne for eksempel ansette en indremedisiner som går visitt sammen med psykiater en/noen dager per uke. Dette vil gjøre somatisk oppfølging på psykiatrisk avdeling mer strukturert og obligatorisk. Et lignende tverrfaglig samarbeid som har vist seg å være vellykket er såkalt ortogeriatrici som retter seg spesielt mot eldre pasienter med hoftebrudd der ortoped har ansvar for den kirurgiske behandlingen, og spesialist i geriatri behandler geriatiske og indremedisinske problemstillinger (32).

Trinn 2: Forsterket plan for somatisk oppfølging

Etter at behandlende lege har vurdert en pasient til å ha behov for forsterket individuell plan for somatisk oppfølging etter utskrivelse må det planlegges hvordan det er hensiktsmessig å følge den enkelte pasienten. Siden planen blir helt individualisert etter pasientens behov og somatisk risiko eller sykdom, vil hver plan inneholde ulike fokusområder. Planen skal utformes i samråd med pasienten, og diskuteres ved utskrivelsessamtalen. Dette skal dokumenteres i epikrisen.

I epikrisemalen vil det legges til et punkt som heter "Plan for somatisk oppfølging". Her skal man skrive spesifikt hva neste ansvarlige lege bør følge opp. Det skal blant annet noteres hvor eventuelle henvisninger er sendt, og nevnes om avdelingen har bestilt fastlegetime til

pasienten. Hvis man vurderer pasienten til å ikke ha behov for somatisk plan, skal dette også noteres under dette punktet. Et eksempel på plan for somatisk oppfølging kan være:

Plan for somatisk oppfølging:

- *Pasienten står på antipsykotisk medikament med kjente metabolske bivirkninger. Det anbefales derfor (i følge Hjertefrisk-algoritmen) kontroll av vekt hver uke de første 6 ukene. Gjennomgang av livsstil, blodtrykk, HbA1c, lipider og vekt kontrolleres om 12 uker samt om 12 måneder.*
- *Pasienten er henvist til sårpoliklinikk for oppfølging av leggsår.*
- *Det er bestilt fastlegetime til pasienten om 4 uker (dato).*
- *DPS - kontrollere med pasienten at ovenstående punkter blir fulgt opp. Bistå med timebestillinger og lignende ved behov.*

Kvalitetsindikatorer

For å måle og følge effekten av det kvalitetsforbedrende arbeidet er det nødvendig med en indikator. Med det menes et indirekte mål som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten. Det er vanlig å dele inn kvalitetsindikatorer i tre typer ut fra hvilken dimensjon av kvalitet de belyser: struktur-, prosess- og resultatindikatorer. En strukturindikator sier noe om rammene for aktiviteten og ressursene man har tilgjengelig. En prosessindikator handler om konkrete aktiviteter som gjøres i et pasientforløp. Resultatindikatoren er det viktigste målet og sier noe om hvordan det faktisk går med pasientene (34).

Ideelt sett skulle vi brukt pasientenes somatiske helse, som for eksempel hjerte- og karsykdom, som mål på effekt av tiltaket. Denne resultatindikatoren, som er det overordnede målet, er imidlertid praktisk vanskelig å gjennomføre i dette prosjektet. Det tar gjerne noen år for somatiske helseutfordringer å utvikle seg. En slik måling eller vurdering vil derfor måtte finne sted flere år frem i tid, noe som faller utenfor dette prosjektets tidsramme. For å se effekten på somatisk helse av tiltaket med individualisert oppfølgingsplan må man i så fall gjøre en ny kartlegging på et senere tidspunkt.

Vi vurderer ulike strukturindikatorer for ikke å være det mest relevante i dette prosjektet. Tilgang på ressurser og kompetanse vil være av betydning, men er i seg selv ikke en god nok pekepinn på om det faktisk utarbeides en forsterket plan for somatisk oppfølging. Sånn sett er

det ikke en spesielt gyldig indikator, da det ikke er en klar sammenheng mellom tiltak og utfall.

Vi har valgt en prosessindikatorer for dette prosjektet. Denne indikatoren vil være et utfylt avsnitt for punktet «Plan for somatisk oppfølging», som vi vil legge til i malen for epikrisen. Her skal som nevnt behandlingsansvarlig lege ta stilling til om pasienten har behov for en forsterket plan for somatisk oppfølging, og spesifikt beskrive hva neste ansvarlige lege bør gjøre av oppfølging. Dette vil så registreres av lege og sekretær som er med i prosjektgruppen.

Punktet i epikrisen hvor planen for somatisk oppfølging skal fylles ut, er en relevant indikator fordi den er en forutsetning for at den nødvendige somatiske oppfølgingen skal finne sted. Den er også målbar ettersom det blir en dikotom registrering (ja eller nei) om punktet er fylt ut. Sånn sett er den også pålitelig og mulig å tolke da den vil måles likt av alle. Videre er dette data som er tilgjengelig for prosjektgruppen. Dette leddet i prosessen er mulig å påvirke og sensitivt for endring. Man kan innvende at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom indikatoren og kvalitet, da det ikke er gitt at planen som blir laget også følges.

Mål med prosjektet

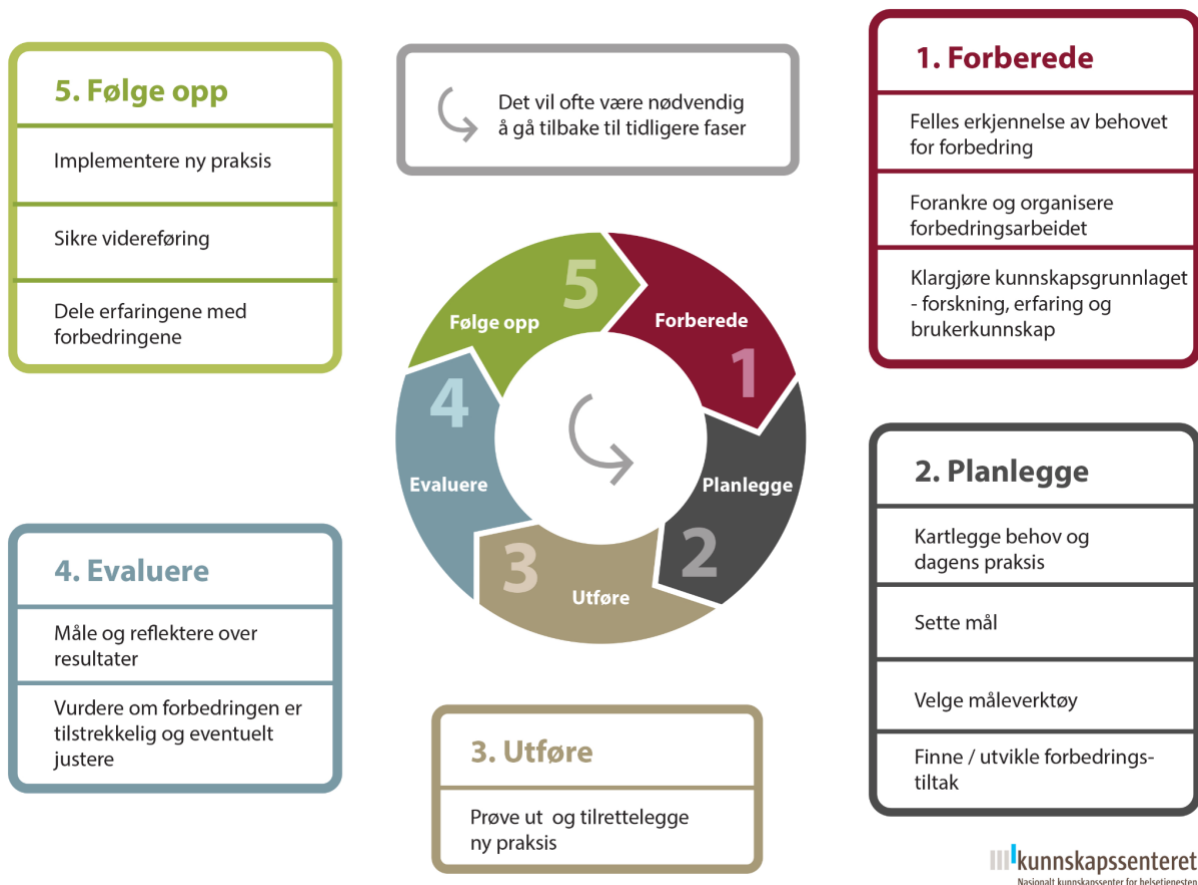
Det er viktig å bruke en modell for å systematisk gjøre rede for mål med prosjektet og for å analysere effekten av våre tiltak. Vi benytter oss av den såkalte SMARTER mål-modellen. SMARTER er et akronym som står for spesifikt, målbart, ambisiøst, realistisk, tidsbestemt og enighet om målet (33).

Vårt mål med prosjektet er at 100% av pasientene som innlegges med alvorlig psykisk lidelse på akuttpsykiatrisk avdeling som er vurdert til å ha behov for forsterket individuell plan for somatisk oppfølging, får en plan. Gjennom kontroller kan det måles om ansvarlig lege har utformet planen ved utskrivelse. Det vil så kunne måles om resultatet har blitt nådd etter en prøveperiode på to år. Prosjektet er ambisiøst og vil kunne motivere til endring på et område det råder konsensus om at i dag har et stort forbedringspotensial. Endringsprosjektet vil kreve ressurser, men vi mener det er realistisk og på sikt vil kunne være kostnads- og ressurseffektivt slik som lignende tverrfaglige samarbeidsprosjekt, for eksempel ortogeriatrici, har vist seg å være.

Prosess, ledelse og organisering

Struktur

For å strukturere gjennomføringen av prosjektet vårt har vi valgt å bruke PDSA, et verktøy for kvalitetsforbedring (35, 36). PDSA beskriver 5 steg for å prøve ut et tiltak; forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp (36). Modellen er laget som en sirkel, som illustrerer at det ofte er behov for å gå tilbake til tidligere steg. Innenfor dette kapitlet er modellen god å bruke, selv om en del av punktene allerede er gjort rede for i tidligere kapitler.



Figur: Helsebiblioteket (36)

Del 1. Forberedelse

Innenfor forberedelse inngår det en felles erkjennelse av behov for forbedring, en forankring og organisering av forbedringsarbeidet i mikrosystemet, og en klargjøring av kunnskapsgrunnlaget, gjennom forskning, erfaring og brukerkunnskap (36). Klargjøring av kunnskapsgrunnlaget er blitt gjort tidligere i oppgaven.

For å få en felles erkjennelse av behovet for forbedring, samt få innspill til hvordan vi skal løse dette prosjektet, var det nyttig å snakke med helsepersonell i psykiatrien. Vi hadde møter

med psykiatere på akuttpsykiatrisk avdeling Ullevål, samt fikk innspill fra en psykiater på en psykosepoliklinikk (3, 8). Av dem fikk vi bekreftet at problemstillingen vår er aktuell. Flere av oss i prosjektgruppen har også egne opplevelser fra jobb og praksis. Disse erfaringene fortalte oss at den somatiske oppfølgingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser er krevende og tidvis mangelfull, pasientene sliter ofte med mye somatiske plager og bivirkninger av medikamenter. Erfaringene våre støttes av kunnskapsgrunnlaget. Samtalene og erfaringene kan tyde på at de ansatte vil ha en motivasjon til å gjennomføre tiltaket da de selv ser at det er et problem.

Deretter må vi forankre arbeidet på avdelingen, og dette gjør vi med hjelp av en prosjektgruppe og en leder. En leder for prosjektet kan være en av overlegene vi har vært i kontakt med. Sammen med hen kan vi finne ut av hvor mange og hvem det er hensiktsmessig å ha med i gruppa, kanskje to leger og en sekretær. Lederen vil ha et overordnet ansvar, vil lede prosjektet i møter og holde et overblikk, mens andre vil følge opp om tiltakene blir utført, dokumentere prosessen og utarbeide resultatene. Gruppen kan rullere på hvem som leder møter med avdelingen, og alle har ansvar for å skape engasjement rundt tiltaket, samt ta imot tilbakemeldinger og spørsmål.

Del 2. Planlegging

Planlegging innebærer kartlegging av behov og dagens praksis, sette mål, velge måleverktøy og finne/utbedre forbedringstiltak (36). Disse punktene er allerede utarbeidet og beskrevet tidligere i oppgaven.

Del 3. Utførelse

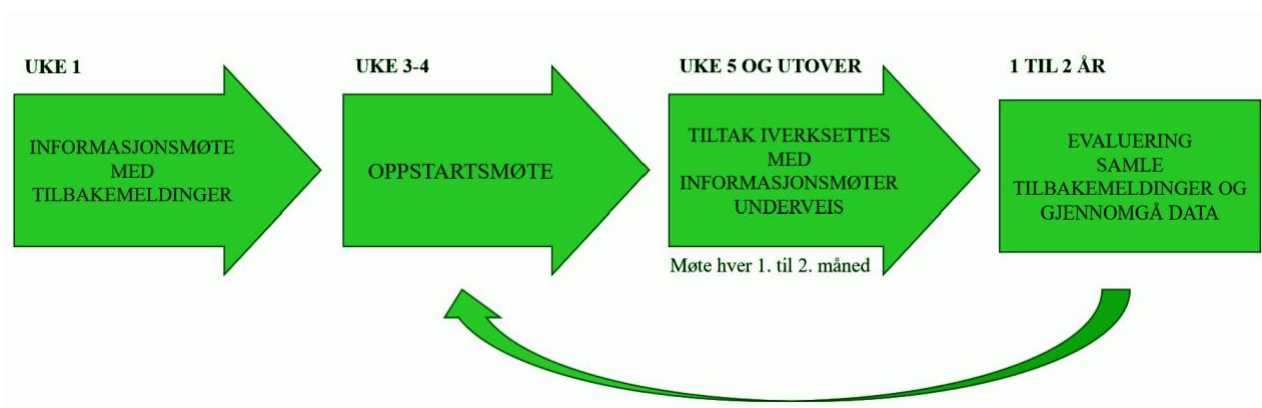
Vi har planlagt et forslag til hvordan dette tiltaket kan innføres på avdelingen, gjennom en kartlegging- og informasjonsperiode, en tiltaksperiode og en evalueringsperiode. Hele prosessen med innføring og evaluering av tiltaket planlegger vi at skal vare i 2 år, men med en tanke om at det skal videreføres, og at disse trinnene kan gå i en sirkel.

Prosjektet begynner med et møte med prosjektgruppen for å planlegge utførelsen, samt for å få innspill og tanker fra dem. Noen innspill har vi allerede fått gjennom våre tidligere møter med overleger på avdelingen. Deretter vil prosjektgruppen holde et informasjonsmøte under en undervisningsdag for avdelingen. Da vil kunnskapsgrunnlaget og tiltaket bli undervist og forklart, og det åpnes opp for innspill og tilbakemeldinger fra avdelingen. En liten stund etter holdes det et oppstartsmøte med opplæring i utførelsen av tiltaket. Videre i prosjektperioden

vil det regelmessig gis oppdateringer om prosjektet, samt påminnelser om tiltaket. I begynnelsen skjer dette månedlig, og etter 6 måneder hver 2. måned.

Del 4. Evaluering

Prosjektet evalueres fortløpende, og man går gjennom dette på møter med prosjektgruppen. Underveis i prosjektperioden vil en sekretær ha ansvar for å følge opp vår prosessindikator. Man vil gå gjennom alle epikriser og registrere om det er tatt stilling til behov for forsterket plan, samt om den er blitt laget. Deretter vil oppdateringer og påminnelser bli gitt til



avdelingens ansatte kontinuerlig slik at prosjektet ikke blir glemmt.

Når prosjektet nærmer seg slutten vil prosjektgruppen se på hvordan prosjektet og tiltaket har vært å gjennomføre. Man vil hente inn erfaringer og tilbakemeldinger fra de ansatte om hvordan de har opplevd å utføre tiltaket, for eksempel ved hjelp av et spørreskjema. Har de tanker om forbedringer, var det noe som ikke fungerte og var det gjennomførbart for dem?

Målene vi har satt oss blir gjennomgått. Man kan deretter ta stilling til om forbedringene kan innarbeides i daglig drift. Mest sannsynlig må det gjøres større eller mindre endringer.

Del 5. Oppfølging

Under oppfølging inngår implementering av ny praksis, sikre videreføring og dele erfaringene med forbedringene (36). Ledelsen og prosjektgruppen vil evaluere og reflektere rundt om tiltaket bør innføres på avdelingen permanent. Dette etter at man eventuelt har gått flere runder i PDSA-modellen og justert på tiltaket etter bruk av indikatorene, samt etter innspill fra de ansatte. Dersom tiltaket skal innføres permanent må man skrive det inn i avdelingens prosedyrer og inkludere det i opplæring. For at de ansatte ikke skal glemme tiltaket, kan det være lurt å fortsette kartleggingen og internundervisningen i en periode.

Hvis forbedringstiltaket viser god effekt over tid kan man dele dette med andre avdelinger og sykehus, slik at de kan lære av det som har blitt gjort og muligens implementere det selv.

Forventet motstand

Når et nytt tiltak innføres på en allerede hektisk avdeling er det forventet at det kan komme noe motstand. Dette vil være enda en oppgave, og et dokumentasjonskrav, gitt til leger som forteller om at de har for mye å gjøre fra før (37). En annen utfordring kan bli usikkerheten rundt hvordan planen vil følges opp, da det per dags dato er noe begrensede ressurser til denne typen oppfølging etter utskrivelse (38). Dette vil kunne gi legene en lavere motivasjon til å gjennomføre tiltaket, vil det komme til nytte?

Det vil være viktig å presentere tiltaket med et godt kunnskapsgrunnlag, konkret og på en måte som gjør at man føler at det er gjennomførbart. Det hjelper å ha hatt god kontakt med avdelingen, da vi vet at dette er en problemstilling de ofte er borte i og ønsker å forbedre. Man kan tenke seg at tiltaket i seg selv kan føre til mindre arbeid for mikrosystemet. Kanskje kan bedre somatisk helse, for eksempel med mindre plagsomme bivirkninger av antipsykotika, føre til bedre compliance av medikamenter og behandling. Færre vil kanskje autoseponere, og dermed ikke bli reinnlagt. Dette vil kunne være motivasjon for de ansatte om å utføre tiltaket.

KloK sitt fagutvalg skriver om 8 faktorer av John F Kotter som bidrar til en god ledelse, ved å følge disse punktene kan man komme en god vei med å håndtere og unngå mulig motstand (39). Punktene er; skape forståelse av at endring er nødvendig, etablere en gruppe av personer med myndighet til å gjennomføre endringen, formulere en klar visjon og en strategi for å nå målet, kommunisere visjonen og strategien med ulike virkemidler, fjerne hindringer og gjøre folk i stand til å arbeide på nye måter, skap tidlig suksess, synliggjøre fremgang, ikke ta seieren på forskudd men fokuser på det som gjenstår, samt at endringen må forankres i en ny organisasjonskultur.

Diskusjon

Vi valgte akuttpsykiatrisk avdeling som vårt mikrosystem basert på vår antakelse om at å iverksette tiltak der ville øke sannsynligheten for å få til et samarbeid mellom somatikk og psykiatri, i tillegg til en bedre oppfølging i primærhelsetjenesten. Vi ser imidlertid at det er flere utfordringer knyttet til valg av mikrosystem.

Pasienter innlagt ved akuttpsykiatrisk avdeling er ofte svært syke og innlagt under tvungent psykisk helsevern. Mange er derfor ikke i stand til eller motivert for å samarbeide om somatiske undersøkelser (1, 4, 5). Den psykiske helsevernloven omfatter ikke somatisk utredning og behandling (40). For å kunne gjennomføre somatisk undersøkelse på tvang må man benytte seg av pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 4A og en generell somatisk vurdering faller ikke innenfor dette lovverket (41).

Andre faktorer som vanskeliggjør somatisk undersøkelse er kort liggetid på avdelingen. På akuttpsykiatrisk avdeling er hovedfokus å stabilisere pasientene, og skrive dem ut videre for å kunne frigjøre kapasitet til nye pasienter som venter (3, 8). Man kan se for seg at DPS kunne være et mer egnet mikrosystem til å gjennomføre dette prosjektet, da pasientene er innlagt frivillig og over lengre tid. Men siden oppfølgingen vil kreve samarbeid med flere instanser, mener vi at akuttpsykiatrisk avdeling har høyere sannsynlighet for å legge til rette for at oppfølgingen blir gjort.

Mange av pasientene med alvorlig psykisk lidelse har hatt psykiske plager og redusert funksjonsnivå over tid. De somatiske utfordringene pasientene presenterer er derfor ofte langtkomne og sammensatte (6). Det er viktig å ta med i vurderingen at dette er en pasientgruppe hvor tidlig innsats og forebygging vil kunne gi en større gevinst. Likevel mener vi at dette ikke er et argument mot å forebygge forverring av somatisk helse, men at det er en viktig refleksjon å ta med for å kunne sette realistiske mål for den somatiske oppfølgingen.

På tross av anbefalinger fra Helsedirektoratet og algoritmer som Hjertefrisk opplever vi i samtale med klinikere ved akuttpsykiatrisk avdeling at det er stor variasjon i hvordan anbefalinger følges (2, 18, 19, 25). Vi opplever også at det mangler en tydelig rutine på hvordan man utarbeider en plan for somatisk oppfølging ved utskrivelse.

Gjennom prosjektarbeidet har vi vurdert om tiltakene vi foreslår kan gi en endring i dagens praksis. Vi ser at Hjertefrisk-algoritmen som allerede har blitt implementert på OUS, brukes i

varierende grad og spørsmålet er om samme problem vil oppstå ved implementering av plan for forsterket somatisk oppfølging. Klinisk praksis viser at det eksisterer et samarbeid mellom psykiatri og somatikk, men at dette først og fremst blir prioritert der det virkelig haster (3, 8, 19). Vårt inntrykk er at årsaken til den varierende praksisen blant annet skyldes ressursmangler og manglende kompetanse på somatisk helse.

Et av tiltakene vi har foreslått er å ansette en indremedisiner på akuttpsykiatrisk avdeling som har hovedansvar for den somatiske oppfølgingen. Dette kan trolig avlaste psykiaterne, styrke den somatiske kompetansen på avdelingen og fungere som et bindeledd mellom psykiatrisk og somatisk seksjon. I tillegg kan en slik stilling gi indremedisineren økt kompetanse på å håndtere pasienter med alvorlige psykiske lidelser. En slik endring vil kreve økonomisk omfordeling og prioritering av somatisk helse på psykiatrisk avdeling.

God samhandling mellom psykiatri og somatikk, og kommune- og spesialisthelsetjenesten er sentralt for at vi skal oppnå målsettingen til dette prosjektet. Vi ser et økt fokus på samorganisering i helsetjenesten gjennom blant annet den nye Helseplattformen i Midt-Norge helseregionen, planer om et felles akuttmottak for somatikk og psykiatri på nye storsykehuset til OUS og tverrfaglige samarbeid som ortogeriatrien (32, 42, 43). Ortogeriatri er et eksempel fra spesialisthelsetjenesten som har vist seg å gi bedre behandling, samt være kostnadseffektiv (32). Den nye Helseplattformen er et godt eksempel på hvor utfordrende etablering av samhandling i helsetjenesten kan være (43).

FACT-team er en samhandlingsmodell mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som har vist seg å fungere veldig godt, men som nevnt tidligere i oppgaven har de ingen organisert oppfølging av somatisk helse. FACT-team har som hensikt å tilby helhetlige helsetjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og vi stiller spørsmål ved hvorfor dette ikke også innbefatter somatisk helse (31). Det er naturlig å anta at dette handler om mangel på ressurser, og en utvidelse av et slikt tilbud vil kreve politisk vilje med økonomisk satsing. Vi ser et stort potensial i hva FACT-teamet kan oppnå hvis de også jobber mer målrettet med somatisk oppfølging, og tenker at om teamet for eksempel ble forsterket med spesialister i allmenntidrett og utstyr til å gjennomføre enkle prosedyrer, kunne man håndtere mange problemstillinger på et lavere behandlingsnivå.

I valg av kvalitetsindikator har vi møtt noen utfordringer knyttet til hvordan vi skal kontrollere om den etablerte planen for somatisk oppfølging er fulgt opp. Problemet oppstår

fordi det brukes ulike journalsystem i ulike deler av helsesektoren og innhenting av informasjon vil kreve mye ressurser og har et stort potensial for usikkerhet. Vi vurderer dette som prosjektets største svakhet. Allikevel legger vi til grunn at om planen blir etablert, vil dette føre til at behandlingen blir fulgt opp.

En ønsket effekt av dette prosjektet er å bedre somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser gjennom å etablere rutiner for somatisk oppfølging. En kohortstudie er mest hensiktsmessig for å undersøke dette (44). Selv om vårt prosjekt ikke inkluderer resultatindikatorer, mener vi likevel at etablering av en slik plan er en god start for bedre somatisk oppfølging og behandling hos denne pasientgruppen.

Konklusjon

Gjennom å implementere en forsterket plan for somatisk oppfølging hos pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling, mener vi at pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil få bedre oppfølging og behandling av sine somatiske tilstander. Dette vil kreve god samhandling og tverrfaglig samarbeid mellom somatikk og psykiatri samt spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi mener at det er realistisk å oppnå og at det på sikt vil kunne være kostnads- og ressurseffektivt, som vi har sett gjennom etablering av tverrfaglige prosjekter som ortogeriatri og FACT-team.

Utfordringer knyttet til prosjektet er at det krever samhandling på tvers av fagfelt samt rutineendringer i en ellers travel sykehushverdag. Vi foreslår tiltak som å ansette en indremedisiner fast på akuttpsykiatrisk avdeling, som vil kreve omfordeling av midler og en prioritering av somatisk oppfølging i psykiatrien. I tillegg er det avgjørende for å oppnå endring av rutiner, at de ansatte på akuttpsykiatrisk avdeling anser oppfølging av somatisk helse som en viktig brikke i behandling av deres psykiske lidelse.

På bakgrunn av vårt prosjekt anbefaler vi implementering av kvalitetsforbedringsprosjektet på akuttpsykiatrisk avdeling ved OUS Ullevål. Vi tror at ved implementering av forsterket plan for somatisk oppfølging her, vil det føre til bedre somatisk- og psykisk helse hos pasientene. I tillegg håper vi på å inspirere andre sykehusavdelinger i landet til å innføre tilsvarende rutine, styrke samhandling, samt føre til økt integrering av helse- og omsorgstjenester i somatikk og psykiatri.

Referanser

1. Lien Lars, Huus Gitte og Morken Gunnar. Psykisk syke lever kortere [Internett]. Tidsskr Nor Legeforen; 10.02.15 [Hentet 17.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2015/02/kronikk/psykisk-syke-lever-kortere>
2. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. [Internett]. 1. Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner; 07.09.18 [Oppdatert 30.09.22; Hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levewaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
3. Samtale med Ingrid Dieset, overlege ved akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål Sykehus, 20.09.23
4. Nordentoft Merete, Wahlbeck Kristian, Hällgren Jonas, Westman Jeanette, Osby Urban, Alinaghizadeh Hassan, Gissler Mika og Laursen Thomas Munk. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. [Internett]. National Library of Medicine; 25.01.13 [Hentet 17.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/>
5. Kohn Laurence, Christiaens Wendy, Detraux Johan, Lepeleire Jan De, Hert Marc De, Gillain Benoit, Delaunoit Benjamin, Savoye Isabelle, Mistiaen Patriek og Jespers Vicky. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Quality Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. [Internett]. National Library of Medicine; 26.01.22 [Hentet 17.10.23]. Tilgjengelig fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8825501/?fbclid=IwAR0a3Z6nXEWAN7zjfk_251O9W563cQZYUkE_cMfGkvGAdycQbeudZN11UCY
6. Evans TS, Berkman N, Brown C. Disparities Within Serious Mental Illness [Internett]. National Library of Medicine; mai 16 [Hentet 18.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368430/>
7. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. [Internett]. 2. Kardiometabolske risikofaktorer; 07.09.18 [Oppdatert 30.09.22; Hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner->

[ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/kardiometabolske-risikofaktorer-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus](#)

8. Samtale med Darko Dudic, overlege ved akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål Sykehus, 02.11.23
9. Myhren hilde, Takvam Jon Anders, Pettersen Ellen Henriette, Stene-Johansen Helge, Spreng Ulrich. Samlokalisering av somatikk og psykisk helsevern gir bedre helsetjenester. [Internett]. Debatten; 22.10.21 [Hentet 01.11.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.gd.no/samlokalisering-av-somatikk-og-psykisk-helsevern-gir-bedre-helsetjenester/o/5-18-1440675>
10. Helsebiblioteket - Kunnskapsbasertpraksis.no. Kunnskapsbasert praksis [Internett]. [oppdatert 17.09.21; hentet 29.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
11. Helsebiblioteket - Kunnskapsbasertpraksis.no. 2.1 PICO [Internett]. [oppdatert 30.09.21; hentet 29.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
12. Pyramidesøket. Pyramidesøket for helsebiblioteket.no [Internett]. [hentet 29.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://plus.mcmaster.ca/helsebiblioteket/>
13. FHI. Få hjelp til å få svar på kliniske spørsmål - Pyramidesøket. [Internett]. [oppdatert 24.10.22; hentet 29.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ku/helsebiblioteket/fa-hjelp-til-a-fa-svar-pa-kliniske-sporsmal---pyramidesoket/>
14. Helsebiblioteket. Pyramidesøk. [Internett]. [hentet 29.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/nyheter/pyramidesok>
15. Helsebiblioteket - Kunnskapsbasertpraksis.no. 3.2 Kildevalg [Internett]. [oppdatert 28.08.17; hentet 06.11.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>
16. Helsedirektoratet. Dette gjør Helsedirektoratet. [Internett]. [oppdatert 23.01.23; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
17. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012 [Hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte->

[retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/ /attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer)

18. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer>
19. Oslo Universitetssykehus OUS. eHåndbok. Somatisk helse og levevaner - Hjertefrisk. [Internett]. [Hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/112191>
20. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. 3. Røyking. [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/royking-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-av-royking-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer>
21. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. 4. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn. [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ernaering-fysisk-aktivitet-og-sovn-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-av-kosthold-og-ernaeringsstatus-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer>
22. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. 5. Somatiske følgetilstander ved problematisk alkoholbruk. [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levewaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/somatiske-folgetilstander-ved-problematisk-alkoholbruk-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#oppfolging-av-somatiske-folgetilstander-ved-problematisk-alkoholbruk-hos-pasienter-med-psykiske-lidelser-ogeller-rusmiddelproblemer>
23. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. 6. Somatiske komplikasjoner ved injisering av rusmidler.

- [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/somatiske-komplikasjoner-ved-injisering-av-rusmidler-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
24. Helsedirektoratet. Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. 7. Tannhelse. [Internett]. [oppdatert 30.09.22; hentet 08.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/tannhelse-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
25. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013. [Oppdatert: 13.06.22; hentet 11.10.23]. Tilgjengelig fra:
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf
26. Helsebiblioteket - Kunnskapsbasertpraksis.no. 4.1 Sjekkliste [Internett]. [oppdatert 17.09.21; hentet 11.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekkliste>
27. WHO. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Geneva: World Health Organization: 2018. [hentet 27.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275718/9789241550383-eng.pdf?sequence=1>
28. KCE - Belgian Health Care Knowledge Centre. Somatic Health care in a psychiatric setting. [Internett]. [Hentet 27.10.23]. Tilgjengelig fra:
https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_338_Psychosomatic_Report_2.pdf
29. KCE - Belgian Health Care Knowledge Centre. What is KCE? [Internett]. [Hentet 27.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://kce.fgov.be/en/about-us/what-is-kce>
30. Oslo universitetssykehus. Bedre søvn på akuttpsykiatrisk avdeling. [Internett]. [Sist oppdatert 25.10.22; hentet 01.10.23]. Tilgjengelig fra:

<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/forsknings-og-innovasjonsavdelingen-i-pha/regionalt-kompetansesenter-for-tidlig-intervensjon-ved-psykoser/bedre-sovn-pa-akuttpsykiatrisk-avdeling>).

31. Helsedirektoratet. ACT-, FACT- og FACT ung-team. [Internett]. [Sist oppdatert 23.10.23; hentet 02.11..23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team#factactteamogmodellen>
32. Mellingsæter, Johannessen, Saltvedt. Ortogeriatr i Norge. [Internett] Indremedisineren. [Oppdatert 29.06.2020; hentet 10.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://indremedisineren.no/2020/06/ortogeriatr-i-norge/>
33. Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring. Modell for kvalitetsforbedring. [Internett]. [Oppdatert 05.10.2021; hentet 10.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring>
34. Helsedirektoratet. Kvalitet og kvalitetsindikatorer. [Internett]. [Oppdatert 28.11.2022; hentet 15.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
35. Modell for kvalitetsforbedring - utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Konsmo Trulte, de Vibe Michael, Bakke Toril, Udness Ellen, Eggesvik Siri et al. Folkehelseinstituttet. 2015. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
36. Helsebiblioteket. Kvalitetsforbedring, modell for kvalitetsforbedring, oversikt over metoder og verktøy [Internett]. [oppdatert 05.10.2021; hentet 15.10.23]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#oversikt-over-metoder-og-verktoy-overordnede-metoder-modell-for-kvalitetsforbedring>
37. Margrethe K. Espegren. Veien til bærekraftige arbeidsforhold før leger. Tidsskriftet den norske legeförening. Publisert 23. august 2023. Tilgjengelig fra:
<https://tidsskriftet.no/2023/08/veien-til-baerekraftige-arbeidsforhold-leger>
38. Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjeneste til mennesker med psykiske lidelser. Birgitte Kalseth, Beate Huseby, Per Bernhard Pedersen, Anette Mjelde, Gitte

Huus. Helsedirektoratet. Avsnitt - Tjenester til mennesker med langvarige og sammensatte behov, side 68. 2015. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf> /attachmen
t/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-
61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20persp
ektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20menne
sker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

39. Det medisinske fakultet. Jan Frisch. Informasjon fra fagutvalget, Ledelse [Internett]. Skrevet 01.10.11. [sist endret 11.05.23; hentet 15.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/ledelse.html>
40. Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
41. Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Kapittel 4A. Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. (LOV-1999-07-02-63) Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
42. Oslo Universitetssykehus. Nye Rikshospitalet 2031 [Internett]. [Oppdatert 06.07.23; hentet 12.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo-universitetssykehus.no/om-oss/nye-oslo-universitetssykehus/nye-rikshospitalet>
43. Helseplattformen. Om oss [Internett]. [Oppdatert 17.01.23; hentet 12.10.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helseplattformen.no/om-oss/>
44. Folkehelseinstituttet. Ord og uttrykk om forskningsmetoder [Internett]. [Sist oppdatert 12.06.19; hentet 08.11.23] Tilgjengelig fra: [Ord og uttrykk om forskningsmetoder - FHI](#)

Vedlegg

Vedlegg 1: Fullstendig søk i Pyramidesøket

Vi gjennomførte følgende søk den 29.09.23 i Pyramidesøket: ((mental illness) OR (mental disorder*) OR (mental health) OR (psychiatric disorder*) OR psychiatry) AND (somatic OR health OR care OR disease OR comorbidity OR (physical health) OR morbidity OR (life expectancy) OR mortality). Søket vårt gav treff på 2 kliniske oppslagsverk, 27 kunnskapsbaserte retningslinjer, 82 systematiske oversikter og 93 kvalitetsvurderte studier.

Vedlegg 2: Sjekkliste for kritisk vurdering av retningslinjer

Sjekkliste er hentet fra Helsebiblioteket - Kunnskapsbasertpraksis.no. 4.1 Sjekklister

[Internett]. [oppdatert 17.09.21; hentet 11.10.23]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Kritisk vurdering av:

Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013 [Oppdatert: 13.juni 2022. Hentet 11.10.23].

Tilgjengelig fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

1) Avgrensning og formål

1. Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: De(t) overordnede formål med retningslinjen bør være klart beskrevet, og de forventede helsemessige fordeler av retningslinjen bør være spesifikke for det kliniske problem.

Kommentar: Følgende formål er beskrevet i retningslinjens innledning og sammendrag: «Formålet med retningslinjen er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med psykoselidelser og deres nærmeste ved at de gis tilbud etter anbefalinger som er basert på den best tilgjengelige kunnskapen på det tidspunktet de ble utarbeidet». Vi konkluderer med at dette er et tydelig formulert formål. De skriver videre at «Psykoselidelser betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser ... Intervensjoner i de ulike fasene kan gjøre det mulig å forebygge videre sykdomsutvikling ...». Vi konkluderer med at dette er en helsemessig fordel som er relevant for denne pasientgruppen og at retningslinjen med dette har et hensiktsmessig formål.

2. De(t) kliniske eller organisatoriske spørsmål i retningslinjen er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter PICO:

- P – Problem eller pasient/populasjon
- I – Intervensjon
- C – Eventuelle sammenligningstiltak (engelsk: Comparator)
- O – Utfall eller endepunkt (engelsk: Outcome)

Kommentar:

Retningslinjen inneholder ikke et klart definert PICO-spørsmål. Man kan ut fra retningslinjen forstå at populasjonen er klart definert og omfatter personer med psykoselidelser og deres nærmeste pårørende, intervensjonen er at de gis et tilbud etter anbefalingene som presenteres og det eventuelle sammenligningstiltaket kan man tolke er at man ikke får et tilbud etter anbefalingene som presenteres.

Utfallet de ønsker er at personer med psykoselidelser får utredning, behandling og oppfølging etter anbefalingene som presenteres og at dette virker positivt inn på de psykiatriske og somatiske aspektene ved sykdommen og pasienten helhetlige helse. Vi tolker derfor at det kliniske eller organisatoriske spørsmålet i retningslinjen er klart definert.

3. Populasjonene (pasienter, brukere, befolkning) retningslinjen omfatter er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter beskrivelse av populasjonen med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sykdom og dennes alvorlighetsgrad, eventuelle følgesykdommer.

Kommentar: Det kommer tydelig frem i retningslinjens innledning og sammendrag at populasjonen er personer med psykoselidelser og deres pårørende. Basert på dette konkluderer vi med at populasjonen retningslinjen omfatter er klart beskrevet.

2) Involvering av interessenter

4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen har med personer fra alle relevante faggrupper

Ja – Nei – Uklart

Tips: Opplysninger om retningslinjegruppens sammensetning, fagdisiplin og relevant ekspertise bør være tilgjengelig. Dette punktet gjelder alle som har vært aktivt med i arbeidet, ikke de som har hatt retningslinjen til gjennomsyn (se punkt 13).

Kommentar: Hentet fra retningslinjens kapittel 15.2 «Arbeidsgruppen». Arbeidsgruppen bestod av spesialister fra flere ulike fagfelt inkludert spesialister i psykiatri, indremedisin, infeksjonssykdommer, allmenntmedisin og barne- og ungdomspsykiatri. I tillegg har de i arbeidsgruppen hatt sosionomer, psykiatrisk sykepleier, psykologspesialist og helsesøster. De har også inkludert brukerrepresentanter fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Hvite Ørn og Mental Helse. De har brukt konsulenter fra andre relevante spesialfelter som ikke har vært en del av selve arbeidsgruppen. Disse har bistått på temaer som omfatter eldre, den samiske befolkningen, personer med psykisk utviklingshemming, hørselshemmede, døve og døvblinde. I tillegg har jurister bidratt med juridisk bistand i arbeidet. Basert på dette konkluderer vi med at de har hatt med personer fra alle relevante faggrupper.

5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen retningslinjen omhandler (pasienter, brukere, befolkning, etc.) er forsøkt inkludert

Ja – Nei – Uklart

Tips: Har arbeidsgruppen for eksempel involvert pasientrepresentanter som en del av arbeidsgruppen, intervjuet pasienter eller søkt etter og gjennomgått litteratur om pasientopplevelser?

Kommentar: I retningslinjens kapittel 15.2 «Arbeidsgruppen» står det at de har inkludert brukerrepresentanter fra Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Hvite Ørn og Mental Helse. I tillegg til å inkludere brukerrepresentanter har de ifølge kapittel 15.5.3 «Brukerkunnskap og brukermedvirkning» brukt ressursenteret Erfaringskompetanse som er et ressursenter for kunnskap fra brukere og pårørende. Basert på dette konkluderer vi med at de har inkludert synspunkter og ønsker fra populasjonen.

6. Retningslinjens målgruppe (de som skal bruke retningslinjen) er klart definert

Ja – Nei – Uklart

Tips: Brukerne skal være klart definert i retningslinjen slik at de umiddelbart kan avgjøre om den er relevant for dem. Brukerne av en retningslinje om ryggsmertter kan for eksempel inkludere allment praktiserende leger, nevrologer, ortopeder, revmatologer og fysioterapeuter.

Kommentar: I retningslinjens forord skriver de at retningslinjen er relevant for alle som arbeider med pasientgruppen uavhengig av handlingsnivå og type tjeneste. Dette kunne ha kommet tydeligere frem ved for eksempel skrive hvem retningslinjen er ment for på forsiden. Man kan argumentere for at tittelen «utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» favner så bredt at man med dette også forstår at den er relevant for alle som arbeider med pasientgruppen. Basert på dette konkluderer vi med retningslinjens målgruppe er klart definert.

3) Metodisk nøyaktighet

7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør tydelig fremgå hvor og hvordan det er søkt etter kunnskapsgrunnet. En beskrivelse av hvilke kilder som er brukt samt fullstendige søkestrategier for alle kilder bør være tilgjengelig.

Søkestrategiene bør være så omfattende som mulig og være detaljerte nok til å kunne reproduseres.

Kommentar: Under kapittel 15.6 «Vurdering av kunnskap og anbefalinger» er det beskrevet at de har gjort et systematisk litteratursøk på utvalgte områder. Søket ble gjennomført som et samarbeid mellom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratets bibliotek. De søkte i databasene Embase, Medline, Cochrane Library og PsycInfo etter systematiske oversikter. Fullstendig søkestrategi med beskrivelse av søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier ligger ikke vedlagt. De beskriver at de gjorde et systematisk søk på utvalgte områder/temaer, men det beskrives ikke hvordan de kom frem til kunnskapsgrunnet for de øvrige områdene, dette er en svakhet med retningslinjen. I tillegg til litteratursøk har de basert anbefalingene på erfaringer og råd fra involverte i arbeidsgruppen. På tross av svakhet med å ikke ha gjennomført litteratursøk for alle temaer i retningslinjen vurderer vi som at de har innhentet kunnskap på en tilfredsstillende måte da de har inkludert faglig kunnskap og erfaring fra en arbeidsgruppe som vi i punkt fire vurderte bestod av alle relevante faggrupper.

8. Kriterier for utvalgelse av kunnskapsgrunnet er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kriterier for å inkludere/ekskcludere dokumentasjon som er funnet ved søk, bør fremgå. Disse kriteriene bør være nøye beskrevet, og det bør redegjøres for begrunnelsen for å inkludere/ekskcludere ulike studier. For eksempel kan forfattere av kliniske retningslinjer beslutte kun å inkludere artikler fra randomiserte kliniske forsøk og utelukke artikler som ikke er skrevet på engelsk eller skandinaviske språk.

Kommentar: Inklusjons- og eksklusjonskriterier ligger ikke vedlagt i retningslinjen. Vi konkluderer med at dette er en åpenbar svakhet med retningslinjen.

9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnet er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er det beskrevet hvilke metoder som er brukt for å vurdere risiko for systematiske feil (engelsk: risk of bias) i kunnskapsgrunnet?

Kommentar: Vi finner ikke at det er beskrevet en metode for vurdering av systematiske feil, men de skriver i kapittel 15.6 «Vurdering av kunnskap og anbefalinger» at anbefalingene i retningslinjen baserer seg på relevant litteratur som er innhentet på en systematisk måte og kvalitetsvurdert. At fullstendig metode for hvordan styrker og svakheter med kunnskapsgrunnet er vurdert ikke

foreligger er en svakhet, men de skriver i retningslinjen at en slik kvalitetsvurdering har blitt gjennomført. De beskriver i kapittel 15.5.1 «Forskningsbasert kunnskap – styrker og svakheter» beskriver de generelt om styrker og svakheter med forskningsbasert kunnskap, så det er rimelig å kunne anta at de også har vurdert styrker og svakheter med den forskningsbaserte kunnskapen de har basert retningslinjen på.

10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør foreligge en beskrivelse av metoden for å formulere anbefalingene, samt hvordan de endelige beslutninger ble truffet. Metoder kan for eksempel inkludere avstemning eller formelle konsensusteknikker. Områder med uenighet, og hvordan dette ble løst bør spesifiseres.

Kommentar: De beskriver i kapittel 15.1 «Metode for utarbeidelse av retningslinjen» at de har fulgt internasjonale krav til retningslinjearbeid. De har utarbeidet anbefalingene basert på erfaringsbasert kunnskap fra relevante faggrupper. De har også inkludert brukerorganisasjoner i arbeidet. I kapittel 15.6 «Vurdering av kunnskap og anbefalinger» beskriver de også at de gjennomførte et systematisk litteratursøk på utvalgte områder. Basert på dette konkluderer vi med at de har tydelig beskrevet metoden de har brukt for å utarbeide retningslinjen.

11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene

Ja – Nei – Uklart

Tips: Retningslinjen bør beskrive helsemessige gevinster, bivirkninger og risikoer ved anbefalingene. En klinisk retningslinje om behandling av brystkreft kan for eksempel inneholde en diskusjon om den samlede virkning på alternative sluttresultater. Disse kan innbefatte: overlevelse, livskvalitet, skadevirkninger og symptomlindring, eller en sammenligning av et behandlingstilbud med et annet. Det bør dokumenteres at disse spørsmål er drøftet.

Kommentar: Retningslinjen kommer med svært mange anbefalinger, men anbefalingene tar bivirkninger og risikoer i betraktning. I kapittel 1 «Alle anbefalinger» er den en oversikt over alle anbefalingene som gis samt evidensnivået og graderingen av anbefalingene. De gir også en kort beskrivelse i tillegg til at de henviser til en større beskrivelse av ulike aspekter ved anbefalingene som man finner i de påfølgende kapitlene. De drøfter fordeler og ulemper, risiko og bivirkninger, f.eks. om at pasienter burde tilbys antipsykotika, men at pasienten må få informasjon om fordeler og ulemper og at bivirkninger må tas i betraktning før man gir en anbefaling om oppstart. Vi vurderer derfor at helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning.

12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det bør eksplisitt fremgå hvilken sammenheng det er mellom anbefalingene og kunnskapsgrunnlaget de er basert på. Det vil si at det for hver enkelt anbefaling skal være referanse(r) til kunnskapsgrunnlaget anbefalingen bygger på.

Kommentar: De har en komplett referanseliste vedlagt hvor de under beskrivelse av anbefalingene henviser til studier man kan finne i referanselisten. Basert på dette konkluderer vi med at sammenhengen mellom anbefaling og kunnskapsgrunnlag fremgår.

13. Retningslinjen er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering

Ja – Nei – Uklart

Tips: En retningslinje bør være gjennomgått eksternt før den offentliggjøres. Den eksterne gruppen bør ikke ha deltatt i arbeidsgruppen, og bør ha ekspertise på det aktuelle fagområdet og metodekompetanse. Pasientrepresentanter bør også inkluderes. En beskrivelse av metoden som er brukt til den eksterne gjennomgangen bør være tilgjengelig, samt eventuelt en liste over høringsinstansene og deres tilhørighet.

Kommentar: De beskriver i kapittel 15.1 «Metode for utarbeidelse av retningslinjen» at Helsedirektoratet gjennomførte en ekstern høring hvor svarene er vurdert inn og tatt i betraktning ved utarbeidelse av retningslinjen. Basert på dette konkluderer vi med at de har fått retningslinjen vurdert eksternt.

14. Prosedyre for oppdatering av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kliniske retningslinjer må avspeile aktuell forskning. Det bør være en klar beskrivelse av prosedyren for oppdatering av retningslinjene. Det kan for eksempel være satt en tidsplan, eller et stående utvalg som regelmessig skal motta oppdaterte litteratursøk og foreta de nødvendige endringer.

Kommentar: Hvordan retningslinjen skal oppdateres jevnlig er ikke beskrevet, men den er blitt oppdatert siden den først ble utgitt i juni 2013. Sist oppdatering kom 13. juni 2022.

4) Klarhet og presisjon

15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige

Ja – Nei – Uklart

Tips:

En anbefaling bør gi en konkret og presis beskrivelse av hvilken behandling som er hensiktsmessig, i hvilken situasjon og for hvilken pasientgruppe, basert på det samlede kunnskapsgrunnlaget.

- Eksempel på en **spesifikk anbefaling:**
 - Antibiotika skal forordnes til barn på to år og over med akutt otitis media, hvis symptomene varer mer enn tre dager, eller hvis symptomene forverres etter konsultasjonen på tross av relevant behandling med smertestillende medisin; i slike tilfeller bør en gi penicillin V i 5 døgns supplert med en (doseringsoversikt).
- Eksempel på en **vag anbefaling:**
 - Antibiotika er indisert for tilfeller med et unormalt eller komplisert forløp.

Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid ikke alltid entydig, og det kan være usikkerhet knyttet til hvilken behandling som er den beste. I slike tilfeller bør usikkerheten være angitt i retningslinjen.

Kommentar: Anbefalingene er tydelige. Alle anbefalingene er også oppsummert i kapittel 1 «Alle anbefalingene». Her fremgår også evidensnivå og gradering. Hver anbefaling er også beskrevet ytterligere i tilførende kapitler. Basert på dette konkluderer vi med at anbefalingene er spesifikke og tydelige.

16. De ulike muligheter for håndtering av tilstanden er klart beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: En retningslinje skal beskrive forskjellige mulige valg av screening, forebyggelse, diagnose eller behandling av den sykdom den omhandler. Mulige valg skal klart beskrives i retningslinjen. En anbefaling om behandling av depresjon kan for eksempel inneholde følgende alternativer:

- a) behandling med tricykliske antidepressive preparater (TCA-preparater)
- b) behandling med selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI-preparater)

- c) psykoterapi
- d) kombinasjon av farmakologisk og psykologisk terapi

Kommentar: Retningslinjen er svært omfattende og anbefalingene fra hvert kapittel er presentert tydelig, men legges frem på litt ulik måte. Ikke alle anbefalingene kommer med valgmuligheter, men der det er naturlig er de klart beskrevet f.eks. «Legemiddelbehandling ved førstegangpsykose» s.83 under Kapittel 8.13.3 «Praktisk bruk av antipsykotika». Vi konkluderer med at ulike muligheter for håndtering fremkommer når det er relevant.

17.De sentrale anbefalingene er lette å identifisere

Ja – Nei – Uklart

Tips: Brukere av retningslinjen skal lett kunne finne de mest relevante anbefalingene. Disse anbefalingene besvarer de viktigste kliniske spørsmål omhandlet i retningslinjen. De kan identifiseres på forskjellig vis. De kan for eksempel oppsummeres i en boks, skrives med fet skrift, understrekes eller presenteres som flytdiagram eller algoritmer.

Kommentar: Alle retningslinjene er presentert samlet i kapittel 1 «Alle anbefalingene», samtidig som hver anbefaling fra hvert kapittel er uthevet i en egen boks. Vi vurderer at alle relevante anbefalinger er lett å identifisere raskt i det oppsummerende kapittelet og enkel å identifiser i sine respektive kapitler.

5) Anvendbarhet

18.Faktorer som kan hemme og fremme bruk av retningslinjen er beskrevet

Ja – Nei – Uklart

Tips: Det kan være eksisterende hemmere og fremmere som påvirker i hvilken grad retningslinjens anbefalinger kan følges. Organisatoriske endringer, som kan være påkrevet for å bruke anbefalingene, bør drøftes.

Kommentar: I kapittel 16 «Plan for implementering» beskriver de hvordan bruk av retningslinjen kan fremmes. De problematiserer også at utarbeidelse av en retningslinje alene ikke er nok for at den faktisk brukes, men de beskriver ikke de hemmende faktorene i like stor grad som de fremmende. På tross av at hemmende faktorer burde ha blitt beskrevet i større grad, vurderer vi at de har beskrevet hemmende og fremmende faktorer tilstrekkelig.

19.Retningslinjen er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis

Ja – Nei – Uklart

Tips: For at en retningslinje skal være effektiv, skal den distribueres og implementeres sammen med tilleggs materiale. Dette kan for eksempel dreie seg om et sammendrag eller hurtigreferanser for raske oppslag, pedagogiske verktøy, pasientbrosjyrer, eller dataverktøy som bør tilbys sammen med retningslinjen.

Kommentar: De presenterer ikke konkrete verktøy for enklere bruk i praksis, men retningslinjen er lett å orientere seg i ved at kapitlene er tydelige og logisk inndelt. En oppsummering av alle anbefalingene i kapittel 1 fungerer også som en oppsummering som også er veldig lett å orientere seg i. I tillegg beskriver de under kapittel 16 «Plan for implementering» at et arbeid for å spre informasjon om retningslinjen blant annet gjennom nettartikler, presentasjoner, kompetanseheving innen relevante fagfelt nyhetsartikler og medietiltak er hensiktsmessig. Vi vurderer derfor at retningslinjen er enkel å bruke i praksis da den er lett å orientere seg i, og de beskriver flere omfattende tiltak for å spre informasjon om retningslinjen.

20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning

Ja – Nei – Uklart

Tips: Anbefalingene kan kreve tilførsel av ytterligere ressurser for å kunne tas i bruk. Det kan for eksempel være behov for mer spesialisert personale, nytt utstyr eller dyr medisinsk behandling. Den potensielle innvirkning på ressursene bør drøftes i retningslinjen.

Kommentar: De drøfter i kapittel 16 «Plan for implementering» at det kan være vanskelig å få anbefalingene til å nå ut i klinisk praksis, men de drøfter ikke mer spesifikt rundt dette. Retningslinjen er omfattende og retter seg mot alle faggrupper som arbeider med pasientgruppen. Dersom den når ut til alle de ulike instansene slik at alle forholder seg til samme anbefalinger kan dette i seg selv gjøre blant annet samhandling lettere og behandling på tvers av nivåer mer effektivt.

21. Retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering

Ja – Nei – Uklart

Tips: Måling av etterlevelse av en klinisk retningslinje kan fremme dens bruk. Dette krever klart definerte vurderingskriterier som utgår fra de sentrale anbefalinger i retningslinjen. Disse bør presenteres. Eksempler på vurderingskriterier:

- HbA1c bør være <8,0%
- Diastolisk blodtrykk bør være <95 mmHg
- Hvis symptomer på akutt otitis media varer mer en tre dager, skal det forordnes antibiotika

Kommentar: Retningslinjen er svært omfattende og kommer med veldig mange anbefalinger. Ikke alle anbefalingene egnert seg til å ha klart definerte vurderingskriterier knyttet til seg, men anbefalingene vurderer vi til å være tydelige og det er enkelt å forstå når de ulike anbefalingene gjelder. Der det er relevant har de vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering, f.eks. under kapittel 8.13.3 «Praktisk bruk av antipsykotika» hvor de under punkt 8.13.3.3 har anbefaling om «Etter avsluttet legemiddelbehandling bør pasienten følges opp med hensyn til tegn på tilbakefall i minst to år». Vi vurderer derfor at retningslinjen inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering der det er relevant.

6) Redaksjonell uavhengighet

22. Retningslinjen er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Noen retningslinjer er utviklet med ekstern støtte (for eksempel fra veldedige organisasjoner eller produsenter av legemidler og utstyr). Støtte kan være i form av økonomiske bidrag til hele utviklingen eller deler av denne, for eksempel til trykking av retningslinjen. Det bør klart fremgå at den bidragsytende organisasjons synspunkter eller interesser ikke har hatt noen innflytelse på de endelige anbefalinger.
- Merknad: hvis det klart fremgår at en retningslinje er utviklet uten ekstern støtte, bør du svare «ja».

Kommentar: Det fremgår ikke at det har fått ekstern støtte fra parter som kan hatt innflytelse på utarbeidelsen av anbefalingene.

23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Det kan oppstå situasjoner hvor medlemmene av arbeidsgruppen har motstridende interesser. Dette vil for eksempel være tilfelle for et medlem av arbeidsgruppen som driver forskning finansiert av et legemiddelfirma innenfor emnet for retningslinjen.
- Det bør klart fremgå at alle medlemmer av gruppen har tilkjennegitt om de har noen interessekonflikter.

Kommentar: De beskriver under kapittel 15.2.1 «Habilitet» at ingen av deltagerne i arbeidsgruppen er funnet inhabil. Vi konkluderer med at det ikke foreligger noen relevante interessekonflikter.