

Helsedirektoratet
Postboks 7000
St Olavs plass
0130 Oslo

Deres dato: 28.11.2011
Deres ref: 11/7850
Vår dato: 01.03.2012
Vår ref: 2012/74
Saksbehandler: Trond
Hatling

Høringsuttalelse fra NAPHA til Utkast til IS-1957 Nasjonale faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser.

Det vises til brev av 28/11-11 om ekstern høring. Vi takker for muligheten til å komme med innspill! Vi ser samtidig fram til å bidra i implementeringen av de endelige retningslinjene.

Med vennlig hilsen



Trond Hatling
Leder

Vedlegg: Høringsuttalelse fra NAPHA

		NOTAT	
		Høringsuttalelse NAPHA Utkast til IS-1957 Nasjonale faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser.	
Post- adresse:	NTNU Samfunnsforskning AS Dragvoll allé 38b 7491 Trondheim	FORFATTER(E): Trond Hatling, Gaute Strand, Turid Møller Olsø, Gretha Evensen og Trond Asmussen	
Besøks- adresse:	Statens Hus Prinsens gate 1 7013 Trondheim	GODKJENT AV: Trond Hatling 	
Telefon:	73 59 00 60/91 89 76 50	DATO:	
Telefaks:	73 19 95 01	01.03.2012	
E-post:	kontakt@psykiskhelsearbeid.no	ANTALL SIDER:	Ref.nr.: 2012/74
Web.:	www.psykiskhelsearbeid.no www.napha.no		

Det vises til brev av 28/11-11 om ekstern høring. Vi takker for muligheten til å komme med innspill!

Fra NAPHA sitt ståsted tenker vi det er nyttig for det psykiske helsearbeidet i kommunene at det utarbeides en retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. Vi er også positiv til at man har en ambisjon om å beskrive hvilke bidrag kommunene kan ha i forhold til denne brukergruppen.

Det er flere dokumenter som belyser at det er variabelt i hvor stor grad kommunene greier å gi ett kvalitativt godt nok tilbud til denne målgruppen, spesielt til de med psykoselidelser som har behov for helhetlige og sammensatte tjenester. Evalueringen av Opptappingsplanen (Norges Forskningsråd 2009) sier at det ikke er vesentlige endringer i samarbeidsforholdene mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Heller ikke samarbeidet internt i kommunen, mellom fastlege og øvrig personell er bra, spesielt i store kommuner. Brukere er minst fornøyd med samarbeidet mellom ulike instanser når det gjelder alvorlige psykiske lidelser (s. 124). Evalueringsrapporten viser til en skjevfordeling mht. tilgjengelighet og kvalitet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester. I forhold til kompetanse oppgir særlig legene at de ikke har et utdanningstilbud som gir dem tilstrekkelig kompetanse i forhold til å gi adekvat behandling av de alvorligst syke (s. 127).

Retningslinjen vil dermed kunne bidra til økt kunnskap om hvordan man kan hjelpe personer med psykoselidelser. Dette vil være viktige retningslinjer, særlig om de faktisk fører til endret praksis i tråd med retningslinjene. Vi ser derfor fram til å bidra i implementeringen av retningslinjene.

1 Føringene i helse- og omsorgstjenesteloven mangler

Det står i høringsbrevet at henvisning til lover som påvirkes av ny Helse- og omsorgstjenestelov/Folkehelselov skal gjennomgås og erstattes. Etter vår vurdering er dette en langt større jobb enn å endre noen lovreferanser. Dette er vår viktigste innvending mot høringsutkastet, men som vi antar det vil bli lagt ned et betydelig arbeid i fram mot ferdigstillelse.

Vi ser at nytt lovverk og iverksettelse av samhandlingsreformen vil utfordre kommunene med tanke på at de fremover vil få flere oppgaver også ift de som har psykoselidelser. Vi kan ikke se at perspektivet med en ny og utvidet kommunerolle, og en tilsvarende endret spesialisthelsetjenesterolle, jfr. særlig den nye Helse- og omsorgstjenesteloven med forarbeider (Prop. 91 L), er tilstrekkelig ivarettatt i det utkastet til retningslinjer som nå foreligger. **Vår forventning til retningslinjene i endelig versjon er at de konkretiserer hvordan disse politiske signalene skal forstås faglig når det gjelder denne målgruppen, og dermed angi retning for den videre utviklingen av fagfeltet.**

Dette utdypes og begrunnes under.

1.1 Til strukturen

Kapittel 13 omtaler en lang rekke behandlingstilnærminger, uten å si noe om hvor denne behandlingen skal skje. I kapittel 14 omtales behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen. I kapittel 15 drøfter man samhandling og ansvarsdeling, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og mellom de to nivåene. Dette er etter vår vurdering en inndeling som **ikke** gjenspeiler den faktiske arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenestenivået og det kommunale tilbudet i dag, og heller ikke tar innover seg samhandlingsreformens og den nye helse- og omsorgstjenestelovens intensjoner for hvordan dette skal være fremover. Et av mange eksempel på høringsutkastets behandlingsforståelse som noe som skjer i spesialisthelsetjenesten finnes på s. 159: *For eksempel kan nytteverdien av et behandlingsopphold bli redusert dersom brukeren flytter tilbake til en utilfredsstillende bosituasjon.* Implisitt i dette foregår altså behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Med den betydelige oppbyggingen av kompetanse i det kommunale psykiske helsearbeidet som har skjedd gjennom Opptrappingsplanen er det nå et behov for å utvikle en ny arbeidsdeling mellom hva som bør håndteres i det psykiske helsevernet, og hva som bør håndteres i kommunen. Med de store forskjeller i kompetanse som vi ser mellom kommuner, og tilsvarende mellom DPS, vil dette være en ansvars- og oppgavefordeling som må avgjøres lokalt, gjerne som del av arbeidet med de lovpålagte samarbeidsavtaler. Det er et betydelig overlapp i aktivitet mellom nivåene, og for denne målgruppen et særlig behov for samhandling.

Når det gjelder samhandling og samarbeid sier Prop. 91 L (2010–2011:42): *Et godt utbygd kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud vil bidra til å utsette eller forhindre sykehjems- og sykehusinnleggelser. Prioriteringene mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten bør derfor styres av prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå. Det er derfor nødvendig å fastlegge tydeligere rammer for samhandlingen mellom helse- og omsorgstjenesten og andre*

delar av det kommunale tjenesteapparatet og mellom helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre heter det at (s. 50): den forventede behovsveksten i en samlet helse- og omsorgstjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Videre (s. 51): Den løpende fag- og teknologiutviklingen gjør at det er vanskelig å trekke en absolutt og endelig grense mellom kommunens ansvar og spesialisthelsetjenestens ansvar i helse og omsorgstjenesten. Begge disse forhold, sammen med hensynet til en helhetlig brukeropfølging, begrunner et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidet skal bygge på likeverdighet (vår utheving).

Med bakgrunn i dette ser vi at kommune-rollen fremover innebærer at de får et større ansvar for alle deler av det samlede behandlingstilbud. Her vises til Prop. 91 L (2010–2011:328): *Uansett årsaken til at det ytes tjenester i spesialisthelsetjenesten som kunne vært ytt av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, forutsetter den nye kommunerollen at utviklingen snus slik at kommunene i fremtiden skal yte tjenestene når primærhelsetjenesten er riktig tjenestenivå.*

Det heter videre at: *Dersom kommunen mangler nødvendig utstyr eller faglig kompetanse og ressurser til å utføre tiltaket, må spesialisthelsetjenesten fortsette å utføre det inntil kommunen har fått de nødvendige ressurser til at det er forsvarlig å overføre pasientene.*

Slik vi forstår disse nasjonale føringene vil det derfor ikke være i tråd med føringene å ha et eget kapittel som omtaler det kommunale tilbudet, mens hovedomtalen av behandlingstilnærming er uten adressat – og logisk sett dermed må forstås som et ansvar for spesialisthelsetjenesten.

Det vises ellers til Lovproposisjonens kapittel 28, hvor en lang rekke aspekter rundt samarbeidsavtaler mellom forvaltningsnivåene drøftes.

1.2 Om kompetanse – og roller

Kommunal kompetanse og kapasitet på dette området varierer. I samme proposisjon forpliktes foretakene til å bistå kommunene med faglig kompetanse og kunnskapsoverføring (s. 328). Denne plikten bør være gjensidig (s. 330). I tillegg til spesialisert kompetanse, relasjonskompetanse og samhandlingskompetanse vurderes det som viktig i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i kommunene å ha kompetansen «Interesse og respekt for pasienten som person og dennes vurderinger», kompetanse i «shared desicionmaking» og forbedrings-/endringskompetanse (Helsedirektoratet 2011).

Økt kommunal kompetanse er omtalt i stortingets behandling av Samhandlingsreformen (jfr. Prop 91. L): *Stortinget har i Innstilling 212 S (2009-2010) presisert at dersom de politiske mål for samhandlingsreformen skal nås, må kompetanse kanaliseres til kommunehelsetjenesten og de prioriterte fagområdene. Det må legges større vekt på å utdanne helse-, omsorgs- og sosialpersonell som er tilpasset de fremtidige kommunale oppgaver, og de myndighetsmessige rammebetingelsene må understøtte kanalisering av personell til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Dette perspektivet understøttes også av Stortingsmelding 13 (2011-2012) om velferdsutdanningene, hvor det blant annet heter: *En viktig forutsetning for Samhandlingsreformen er at spesialisthelsetjenesten må utvikle seg i takt med den kommunale helse- og omsorgstjenestens nye rolle og ansvar... Etter hvert som den kommunale helse- og omsorgstjenesten styrkes, vil forventningene til*

spesialisthelsetjenester som understøtter de kommunale tjenestene, også bli tydeligere.

Videre vil vi henvise til Nasjonal strategigruppe II (2010), hvor et eget punkt omhandler samhandlingen med kommunehelsetjenesten og andre offentlige samarbeidspartnere. En viser her til samhandlingsreformens betydning og konsekvenser i det pågående omstillingsarbeid i DPS og sykehusavdelinger. Det første tiltaket for å oppnå dette er i følge Nasjonal strategigruppe at DPS-ene skal understøtte og dyktiggjøre kommunene, slik at de bedre kan løse sine oppgaver.

I Nasjonal Strategigruppe II (2010) påpekes det at god samhandling med kommunene ikke nødvendigvis innebærer å overta alle oppgavene som henvises til DPS, men i langt større omfang enn i dag understøtte kommunene slik at de kan løse flere oppgaver lokalt (s.5).

Våre innspill støttes også av Samhandlingsreformen som påpeker at »spesialisthelsetjenesten bør legge større vekt på at mange av deres tjenester inngår i pasientforløp som også inkluderer kommunale tjenester» og «Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer *likeverdige beslutningstakere*, i den forstand at ikke en av aktørenes premisser ensidig blir dominerende for arbeidet» (3.3.5.s. 33)

I henhold til DPS-veilederen (Sosial- og helsedirektoratet 2006a) skal også behandling foregå på lavest mulig effektive behandlingsnivå (*LEON-prinsippet*). Det er ikke diagnosen som skal avgjøre hvor pasienten behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunkt og tilgjengelig kompetanse hos behandler. Noe av det samme er også påpekt i Samhandlingsreformen, men her brukes begrepet beste effektive omsorgsnivå (*BEON*). Spesialisthelsetjenesten skal, i tråd med LEON-prinsippet, *ikke overta oppgaver som kommunen kan løse selv* (Sosial- og helsedirektoratet 2006a: 18).

1.3 Rollebeskrivelse – relevante kilder

Helsedirektoratet (2005) er den første veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, mens Helsedirektoratet (2007) er den tilsvarende veilederen for barn og unge i kommunene. Begge disse bør inngå som sentrale dokumenter i utarbeidelsen av en ansvarsbeskrivelse (et nytt og utvidet kapittel 15). Det er et pågående arbeid i regi av Helsedirektoratet for å revidere veilederen for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene, samt utvide den til også å omfatte rusfeltet. Arbeidet er planlagt ferdig i løpet av 2012.

For spesialisthelsetjenesten vil både DPS-veilederen (Helsedirektoratet 2006) og Nasjonal strategigruppe II (2010) være sentrale dokumenter i utarbeidelsen av kapitlet.

1.4 Forslag

Kapittel 13 og 14 slås sammen til et kapittel, som omhandler behandling, uten å angi hvor denne skal skje. Se ellers vårt pkt. 2 om konkrete forslag til oppsplitting av kapittel 14.

Nåværende kapittel 15 utvides slik at det framgår hvilke prinsipper som bør legges til grunn for plassering av ulike behandlingselementer organisatorisk og nivåmessig.

De nye retningslinjene må si noe om forutsetninger om kompetanse i kommunene og i spesialisthelsetjenesten for å kunne løse oppgavene. Med andre ord gi en

beskrivelse av ønskelig/nødvendig grunnkompetanse, spesialkompetanse, forbedringskompetanse mv (jfr Helsedirektoratet 2011).

2 Behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen

Innledningsvis vil vi poengtere at vi er enig i beskrivelsen og betydningen av det faglige innholdet i mye av kapitlet. I tråd med kommentarer andre steder i denne høringsuttalelsen ønsker vi likevel en del endringer.

Kapitlet slik det nå framstår omhandler både en beskrivelse av

- tenkning/tilnærming
 - o eksempelvis 14.7 Integrert hjelp
- en del spesifikke tjenester/profesjoner
 - o skolehelsetjeneste/helsesøster, helsestasjon for ungdom/studenthelsetjenesten, fastlege, psykolog, helse- og omsorgstjenester
- Tjenestetilbud
 - o Kontakt/samtalebehandling, Lavterskeltilbud, Boformer, (metodikk for å ivareta livsområdet Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter)
- Viktige «livsområder»
 - o Inntekt/forvaltning av økonomi, (det å bo dekkes over), Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter,

Fastlege, psykolog samt helsesøstertjeneste er gitt oppmerksomhet i kapittel 14. I forhold til de to siste gruppens nåværende betydning i forhold til kommunenes arbeid med retningslinjenes målgruppe framstår dette som en underlig vektlegging. Av de om lag 9500 årsverkene som i dag er ansatt i den delen av det kommunale psykiske helsearbeidet som har voksne som målgruppe er det nesten ingen helsesøstre, og tilsvarende når det gjelder psykologer. Derimot er det en meget stor gruppe høyskoleutdannede med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Ut fra at arbeid og funksjon er beskrevet for disse yrkesgrupper/ tjenester savnes det i kapitlet tilsvarende omtale av tverrfaglighet som arbeidsform, og en beskrivelse av andre sentrale faggrupper med høyskole og videreutdanning i psykisk helsearbeid sitt arbeid og funksjon. Disse har både historisk og i dag fortsatt en sentral rolle i arbeidet med utredning, behandling og oppfølging av brukere med psykoselidelser, og i samarbeid med lege og psykolog der disse finnes i kommunen og i samarbeidet med spesialisttjenestene.

Arbeidsrollen de og andre ansatte med høyskoleutdanning og videreutdanning i psykisk helsearbeid har, inkluderer et omfattende samarbeid om behandling og oppfølging både tverrfaglig og tverretatlig i samarbeidet med spesialisthelsetjenester. Fagtenestene i psykisk helsearbeid fungerer også som kompetanseressurs i kontakt med brukere, pårørende og andre tjenesteytere i kommune.

Det savnes også omtale av etablerte fagttjenester for psykisk helsearbeid i kommunene, som innehar en spesialisert kompetanse og en sentral rolle i tjenestetilbudet i kommunen (jfr Helsedirektoratet 2005). Som det framgår av Tjerbo et al. (2012) er det fortsatt slik at de aller fleste kommuner organiserer dette arbeidet enten som egen tjeneste eller enhet. Ansatte er ofte sentral både som koordinator for ansvarsgruppe og individuell plan, og som behandler, personlig støtte og samtalepartner over tid for brukere med psykoselidelser. Mange tjenester har et definert arbeidsområde fra 12 år og oppover og har integrert et tilbud til barn/unge. Her vises det også til Helse- og omsorgstjenestelovens krav om koordinerende enhet i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

2.1 Forslag

Ut fra argumentasjonen gitt tidligere om å slå sammen kapittel 13 og 14, vil vi anbefale at fra nåværende kapittel 14 flyttes beskrivelser av tjenestetilbud og livsområder inn i et slikt felles behandlingskapittel.

Nåværende kapittel 14 sine beskrivelser av tenkning/tilnærming vil vi anbefale at delvis flyttes til kapittel 6 – Generelle prinsipper for god praksis og delvis gjentas i innledningen til det framtidige sektoruavhengige Behandlingskapitlet.

Nåværende kapittel 14 sine beskrivelser av en del spesifikke tjenester/profesjoner vil vi anbefale at flyttes til kapitlet om samhandling og ansvarsdeling (nåværende kapittel 15). Dette kapitlet må bygges ut med beskrivelser av sentrale tjenester fra begge tjenestenivå, og koordineres med pågående veileder-/anbefalingsarbeid i regi av Helsedirektoratet (jfr. vårt pkt 1.3).

3 Brukerinvolvering i behandlingen må markeres i behandlingskapitlet

Selv om brukermedvirkning er en lovfestet rettighet viser kartlegginger av brukernes erfaringer med det psykiske helseapparatet at langt fra alle brukere opplever at deres erfaringer og kunnskap blir verdsatt og tatt hensyn til (Aamodt, 2003; Sverdrup mfl., 2005).

I kapittel 6 om Generelle prinsipper for god praksis heter det i pkt 6.4 Helsehjelp for hele mennesket at *Personer med psykoselidelser har ulike behov, ønsker og erfaringer om hvilken type helsehjelp som er virkningsfull. Dette kan innebære at noen ønsker legemiddelfri behandling, fordi de ikke aksepterer uheldige bivirkninger av psykofarmaka, og fordi de vil ha kontroll over egen kropp og psyke.*

Vi er sterk tilhenger av et slikt perspektiv på behandlingen, og vil derfor anbefale at dette er en **uthevet** innledning til det generelle kapitlet om behandling (nåværende kapittel 13). Det er flere grunner til dette:

- Sikre at det blir lest – det vil neppe være slik at retningslinjene leses fra perm til perm. De viktige – og særlig hvor en har ambisjon om at de skal være praksisendrende – elementene bør derfor koples. Manglende brukerinvolvering i behandling er en vedvarende kritikk fra brukerhold. Retningslinjenes posisjon på dette bør derfor synliggjøres tidlig, være gjennomgående og framstå som tydelig der behandling beskrives.
- Kunnskapsmessig – det er ikke særlig kontroversielt at pasienter responderer ulikt på en og samme behandlingstilnærming. Den

evidensbaserte tilnærmingen dokumenterer – i beste fall – effektforskjeller mellom behandlingstilnærminger på gruppenivå. Dette er også underbygget i behandlingskapitlet, jfr eksempelvis s. 119: *Avhengig av pasientgruppen vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel.* Og på s. 121: *Det er imidlertid ikke alle pasienter som får ønsket effekt av behandling med antipsykotiske legemidler. Rundt 20 % har bare moderat effekt på symptomene, og omtrent 20 % får tilbakefall på tross av regelmessig legemiddelbruk.* Det er derfor nødvendig at brukeren er aktivt med både i behandlingsutforming og –gjennomføring/-evaluering. Vi viser her også til måten dette omtales på s. 128 (problemer med pasientetterlevelse): *Årsaken er vanligvis heller ikke manglende sykdomsinnsikt, men at vedkommende glemmer å ta medisiner, eller at ubehaget ved bruk oppleves som større enn risikoen ved å slutte. Ved manglende etterlevelse er det viktig å kartlegge årsaken og, sammen med pasienten, arbeide for å legge behandlingen bedre til rette. God informasjon om bakgrunnen for behandlingen og god kommunikasjon for å få en felles oppfatning om målsettinger er derfor viktig.*

- Å sikre at det blir et gjennomgående perspektiv. Sitatene i forrige avsnitt er hentet fra legemiddeldelen av behandlingskapitlet. Vi kan ikke se at dette på samme måte er omtalt innen de ulike øvrige behandlingstilnærmingene i kapitlet, på tross av at både dose/responsproblematikk, non-compliance (eksempelvis at brukere dropper ut av poliklinisk behandling) etc etc er like relevant også der.

En konsekvens av brukermedvirkning er at behandlingen vektlegger det brukerne opplever som nyttig. Behandlingsforskning forteller at det er andre faktorer enn metoder og teknikker som avgjør terapieresultatet (Lambert et al., 1994, Wampold 2010). De to viktigste faktorene er snarere hva *klienten* bringer inn i terapirommet i form av egne ressurser og hendelser *utenfor* terapirommet, samt *klientens* vurdering av den terapeutiske alliansen. Dette åpner dørene for en annen kunnskap. I rapporten *Brukermedvirkning i psykisk helsefelt* (SHdir, 2006) heter det at brukeres erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser skal være en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalingen av tiltak/behandlingsveiledere. Mange andre dokumenter har også fremhevet betydningen av brukerinvolvering i tjenestene (Sosial- og helsedirektoratet 2006a, 2006b, Helsedirektoratet 2008).

3.1 Forslag

Vi ønsker at følgende tekst – gjerne i noe mer generell og bearbeidet form - er en **uthevet** innledning til det generelle kapitlet om behandling (nåværende kapittel 13):

Personer med psykoselidelser har ulike behov, ønsker og erfaringer om hvilken type helsehjelp som er virkningsfull. Dette kan innebære at noen ønsker legemiddelfri behandling, fordi de ikke aksepterer uheldige bivirkninger av psykofarmaka, og fordi de vil ha kontroll over egen kropp og psyke.

Hele behandlingskapitlet – i ny versjon – gjennomarbeides med tanke på ivaretagelse av dette perspektivet. En del av dette må være å redegjøre for kunnskapsgrunnlaget rundt valg av ulike behandlingstilnærminger (jfr Wampold 2010).

4 Retningslinjens kunnskapsgrunnlag

På side 17 beskrives retningslinjenes kunnskapsgrunnlag. Det sies bl. a at kunnskapsbasert praksis er «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen».

Når man leser hele retningslinjen kan man få inntrykk av at den forskningsbaserte kunnskapen er systematisk innhentet og godt dokumentert, og vel en sentral del av metodikken i utarbeidelsen av slike retningslinjer

Men hvis man skal ta på alvor at man også tenker at erfaringskunnskapen fra både brukere og fagpersoner er nyttig kunnskap som bør legges til grunn for faglige avgjørelser (Bjørndal 2009), burde også denne kunnskapen i større grad vært synliggjort i retningslinjen. For eksempel tror vi det ville vært nyttig for praksisfeltet at man kunne presentere gode eksempler på praksiser som man kunne løfte frem til inspirasjon for andre som sliter med å etablere gode nok tilbud til personer med psykoselidelser, spesielt i kommunene. Når det gjelder brukerkunnskapen tenker vi det er positivt at familieperspektivet i psykosebehandlingen er omfattende beskrevet i retningslinjen, og at individets rett til å medvirke i egen behandling er omtalt. Men hvordan brukerperspektivet gir et kunnskapsgrunnlag – og hva det er – framkommer i liten grad. Kinn et al. (2012) konkluderer med at *Psykiske helsearbeidere velger ofte fagideologiske begrunnelser framfor forskningsbaserte, de er positive til brukermedvirkning, men har problemer med å omsette dette til handling, og de vegrer seg mot å anvende evidensoppskrifter*. Det er derfor nødvendig at retningslinjene forholder seg aktivt til dette mangfoldet av kunnskapsformer, og angir retning for håndtering.

Vi ønsker videre å påpeke at det framstår som ulogisk at anbefalingene om brukermedvirkning på s.35 har formuleringer som «kan bli» og «bør» når brukermedvirkning er en lovfestet rett, og retningslinjen beskriver at anbefalinger som er lovfestet skal ha «skal»- formuleringer (s. 21).

4.1 Forslag

Erfaringskunnskapen, fra både brukere og fagpersoner, må i langt større grad synliggjøres i retningslinjen.

5 Generelle prinsipper for tjenestenes tilnærming

Kapittel 14 om Behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen starter med følgende: *Hjelp til selvhjelp er et bærende prinsipp i det kommunale psykiske helsearbeidet. Det handler om å gi nødvendig hjelp og støtte, slik at den enkelte selv i størst mulig grad klarer å mestre livet. Prinsippet hviler på en grunnleggende tro på at alle mennesker vil kunne gjenvinne kontroll over livet sitt, og oppleve bedring og mestring på livsområder der de tidligere trengte hjelp.*

Vi oppfatter dette som helt i tråd med opptrappingsplanens prinsipper, som seinere er uttrykt i øvrige nasjonale føringer. Det er derfor påtakelig at kapittel 13 –

behandlingskapitlet «uten adressat» ikke har et slikt verdimessig utgangspunkt, men derimot innleder med følgende: *Behandlingen bygger på evidensbaserte elementer.*

5.1 Forslag

Det framtidige generelle behandlingskapitlet starter med ovenstående tekst fra nåværende kapittel 14.

6 Utredning – kun i et sykdomsperspektiv?

I introduksjonen i kapittel 12 – Utredning – listes det på s. 81 opp fire hensikter med en utredning; er det en primærpsykotisk lidelse, omfang/alvorlighetsgrad på sykdommens primære symptomer, andre vanlige symptomer/komplikasjoner og risikomomenter for spesifikke behandlingstiltak.

Det er høyst beklagelig at en i en utredning ikke er opptatt av hvilke ressurser som finnes, både i brukeren og i familie/nettverk. Disse vil være helt sentrale komponenter i en vellykket tilfriskningsprosess. Vi erkjenner at en slik manglende opptatthet ennå i for stor grad er tilfelle i klinisk utredende/diagnostisk praksis, men har en forventning til at en framtidsrettet retningslinje inntar en helt annen posisjon. Det vises her til kapittel 6 Generelle prinsipper (s. 40): *Verdigrunnlaget for Opptappingsplanen (38) for psykisk helse er basert på et varmere og mer menneskelig samfunn, der medmenneskelighet og omsorg for de svakeste er en viktig faktor. Tjenestetilbudene skal utvikles slik at de fremmer uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Disse målene er grunnlaget for god praksis i tjenesten.*

Og lenger nede på samme side: *Tjenesteyteren må legge vekt på å gi håp og tro på at økt mestring er mulig og det må legges til rette for at brukeren kan ta i bruk sine egne ressurser for å få et bedre liv.*

Utredningskapitlet følger med andre ord ikke opp de generelle prinsipper retningslinjene sies å bygge på!

I tillegg til at det å kartlegge ressurser må inn som en av hensiktene med en utredning er det også nødvendig at en i et eget underkapittel angir hvilke instrumenter/verktøy/skalaer/metoder en anbefaler brukt for å kartlegge ressursene, både i brukeren og i familie/nettverk. Her forventer vi at dette framstilles like grundig og retningsgivende som de øvrige underkapitlene Diagnostikk og Komorbiditet. Vi er kjent med at det er et pågående arbeid i Helsedirektoratet med dette (ICF mv), og retningslinjearbeidet bør i den videre prosessen kople seg på dette.

I avsnitt 8.3 s.61 er begrepet tilfriskning/bedring nevnt. Det er påpekt at det er forskjellige kriterier for remisjon. Men når man leser det kan man få et inntrykk av at det kun er symptombedring som inngår i retningslinjens definisjon av bedring. Recovery-tradisjonen har jo vært kritisk til at kun symptombedring skal være et mål for bedring. Her beskrives bedring mer som en prosess (jfr. pkt om recovery tidligere).

Det vises ellers til kapittel 14.6 – Kartlegging av den enkeltes hjelpebehov, hvor en i langt større grad har ivarett et helhets- og ressursperspektiv. Det er avgjørende

for et helhetlig tilbud til brukerne at disse to tilnærmingene smeltes sammen i et samlet kapittel om utredning/kartlegging:

- Og at det blir opp til tjenestene gjennom samarbeidsavtaler hvor dette gjennomføres

6.1 Forslag

- Under *Utredning av personer med psykotiske lidelser har flere hensikter* settes det inn et eget kulepunkt:
 - o å kartlegge brukerens og familiens/nettverkets ressurser for å kunne anvende og videreutvikle disse i et tilfriskningsforløp.
- Det skrives et eget underkapittel om Kartlegging av ressurser, hvor en angir hvilke instrumenter/verktøy/skalaer/metoder en anbefaler brukt for å kartlegge ressursene, både i brukeren og i familie/nettverk. Hvorvidt disse skal gjøres tjenestedsspesifikk eller ikke bør behandles i kapittel 15 – jfr tidligere.

7 Oppfølging av behandling – underkommunisert og overflatisk beskrevet

Kapittel 13.14 omhandler hvordan en skal finne ut om behandlingen har ønsket effekt. På 1 ½ side – av disse en side om behandling med legemidler – omtales med andre ord det som de aller fleste brukere er mest sentralt; har den behandlingen jeg har fått noen effekt?

I tillegg starter man dette underkapitlet med at vurdering av behandlingseffekt **bør** gjennomføres regelmessig (vår utheving). Begrepet **bør** anvendes også i avsnittet om familiesamarbeid, både når det gjelder fortløpende tilbakemelding og evaluering av behandlingen ved avsluttet behandling.

Avsnittet om behandling med legemidler omhandler i all hovedsak hvordan man fanger opp bivirkninger. Det er flere spesifikke forslag til kliniske undersøkelser for å ivareta dette, derimot ingen når det gjelder hvordan få systematisk kunnskap om pasientenes erfaringer/egenopplevelse av bivirkninger (annet enn at man anbefaler **ikke** å ta i bruk en navngitt skala). Det står her intet om hvordan man skal monitorere forventet positiv effekt.

I avsnittet om familiesamarbeid vises til et spesifikt skjema for måling av brukertilfredshet v deltakelse i flerfamiliegrupper.

Vi har en helt annen forventning til både omtale og spesifisering av dette punktet i de endelige retningslinjene. Uten at retningslinjene er konkret på dette området vil den ha svært liten bruksverdi for fagfeltet, og heller enn å utvikle fagfeltet bidra til å fastholde det i den rådende klinikerdominerte og samtidig usystematiske vurderingen av behandlingseffekt.

Det er ut fra studier av kliniker- vs. brukerevalueringer også nødvendig å skille her, slik at en ikke forledes til å tro at disse måler det samme.

Et eksempel på en slik metodikk er KOR (Valla 2010, Sundet 2009), hvor det også er gjort randomiserte studier av bruken. Metodikken er nå i bruk i ulike enheter i det psykiske helsevernet, men er også prøvd ut i enkelte norske kommuner.

7.1 Forslag

Begrepet **bør** erstattes med **skal** når det gjelder regelmessig vurdering av behandlingseffekt. Det må i tillegg vises til konkrete metoder for å

- måle forventet effekt (positiv effekt) av behandlingen samt måle bivirkninger av behandlingen. Her vil det være ulike målemetoder/-skjemaer avhengig av hvilken behandling man gjennomfører.
- Måle både klinikerens, brukers og – når relevant – familie/pårørendes erfaringer.

8 Recovery-orientert praksis og tenkning

Selv om at brukermedvirkning er omtalt i kapittel 5, savner vi en vektlegging og tydeliggjøring av recovery-orientert praksis og tenkning. Flere omfattende oppfølgingsstudier viser at en betydelig andel av mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg (Borg & Topor, 2009). Fagfolk med et optimistisk syn på brukerne bør prege praksisfeltet. Fagfolk må holde fast ved troen på at mennesker med psykoselidelser kan vokse og utvikle seg og få et bedre liv.

Recovery handler om hva en person med psykisk lidelse gjør for å leve et godt liv, ha en god psykisk helse, om hvordan vedkommende håndterer sine problemer og fortsette sitt liv. Recovery-orientert praksis beskriver hva fagpersonene gjør for å støtte opp under personens egen recoveryprosess. Kjernen i det man kaller recovery-orientert praksis handler i hovedsak om at man beveger seg fra «pasientsentrert» til «personsentrert» hjelp hvor man har fokus på at det er individet som skal ha hjelp i sin sosiale sammenheng istedenfor å fokusere på symptomer og medisiner.

Recovery (eller det norske begrepet bedringsprosesser) innen psykisk helse kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser.

Det finnes flere definisjoner på recovery, men den mest kjente er: «Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv» (Anthony 1993, oversatt av Solfrid Vatne.)

På engelsk snakker man gjerne om «being in recovery» istedenfor «being recovered». Viktige elementer i bedringsprosessen har vist seg å være myndiggjøring, tilhørighet, håp og optimisme, identitet, mening og mål.

Recoveryorientert praksis er basisen i lokalt basert psykisk helsearbeid i flere land, og noen norske kommuner jobber også med å utvikle sitt psykiske helsearbeid i retning av mer recovery-orientert praksis.

8.1 Forslag

Recovery-orientert praksis og tekning vektlegges og tydeliggjøres som del av behandlingskapitlet.

9 Øvrige kommentarer

9.1 Inkonsistens?

Hvem oppdager først – lærere eller bruker/familie? Manglende samsvar – eller ulike målgrupper? Se utsagn understreket under:

Kap 9.1. Forebygging og tidlig oppdagelse På side 65 heter det: *Lærere og rådgivere må lære å kjenne igjen tidlige tegn på mulig psykoseutvikling og å ta slike tegn på alvor. Lærerne er ofte de første til å oppdage at «noe ikke stemmer» med den enkelte elev, og ofte ser de det før familien.*

Kap 9.2 Årsaker til forsinket igangsettelse av behandlingen. På s. 66 heter det: *Psykosar er en alvorlig psykisk lidelse, og det er av stor betydning å oppdage tilstanden på et tidligst mulig tidspunkt. Det er som regel brukeren selv og/eller familiemedlemmer som først merker at noe er galt.*

9.2 Ambulante akutteam

På s 161 er akutteam beskrevet. Her bør man i den videre bearbeidingen av retningslinjene – jfr våre kommentarer om et utvidet kapittel 15 - kople seg på det pågående arbeidet, initiert av Helsedirektoratet, med å formulere anbefalinger for ambulante akutteam. Det antas at dette arbeidet vil være fullført i løpet av 2012.

9.3 Kunstterapi – kun av kunstterapeuter?

Kapittel 13.8 omtaler kunstterapi. Det vises her til en rekke studier som dokumenterer positiv effekt av denne behandlingstilnærmingen, og denne er også gitt høyeste score både når det gjelder evidens og gradering av anbefaling.

Vi stiller oss derimot undrende til at det er tilsvarende evidens og gradering når det gjelder siste utsagn i anbefalingen (s. 114): *Behandlingen **må** utføres av offentlig godkjente kunstterapeuter* (vår utheving). Vi kan ikke se at det er dekning for dette i den siterte litteraturen, og etterspør her dokumentasjonen (jfr. Beutler et al. 2004). Det vises her til den langt mer edruelige omtalen av kompetansekravene i forhold til kognitiv atferdsterapi (s. 109): *Helsepersonell som vil tilby pasienter kognitiv atferdsterapi, må ha tilstrekkelig kompetanse på de ulike KAT-teknikkene og strategier for å sikre kvaliteten på KAT som gis pasienten.*

9.4 Annet

I første avsnitt på s.97 står det nevnt en rekke behandlingsformer, og på s. 117 er sosial ferdighetstrening beskrevet spesielt. Hva med psykoedukative tilbud for brukerne? Eller andre ulike lærings- og mestringstilbud? Hva med brukererfaringene med dette tilbudet?

Under relasjonens betydning (avsnitt 6.2, s40) bør det kanskje sies noe om «drop-out». En del av de som har psykoseproblemer ønsker ikke kontakt med

hjelpeapparatet. Finnes det kunnskap om hva som kan bidra til å unngå «drop-out»? »? Og vi vil anbefale at det gis noen anbefalinger ift dette, gjerne basert på klinisk erfaring; bruk av mer oppsøkende behandling, påminninger, SMS mv.

Litteratur

- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. I: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., s. 227-306). New York: Wiley.
- Bjørndal, A. (2009): Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester, I H. Grimen og L. I. Terum (red.), *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Borg, M. & Topor, A. (2009): *Virksomme relasjoner Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget AS
- Davidson, L. & Strauss, J.S. (1995): Beyond the biopsychological model: Integrating disorder, health and recovery. *Psychiatry*, Vol. 58, pp. 44-54.
- Estroff, S. (1998): Self, identify and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 15, No. 2, pp. 189-196.
- Helsedirektoratet (2005): Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. IS-1332. Veileder.
- Helsedirektoratet (2006): Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. IS-1338. Veileder.
- Helsedirektoratet (2007): Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. IS-1405. Veileder.
- Helsedirektoratet (2011): Kvalitet og kompetanse ...om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. IS-1914. Rapport.
- Kinn, L.G., Ekeland, T-J & Byrkjeflot, H. (2012): Psykisk helsearbeid: konfeksjon eller skreddersøm?, *Tidsskrift for velferdsforskning*, Vol. 15, Nr. 1:23-36.
- Lambert, L. & Bergen, A. E. (1994): The Effectiveness of Psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (red.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4. John Wiley & Sons, Inc.
- Nasjonal strategigruppe II (2010): Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe 2. Utvikling og oppgradering av Distriktpsikiatriske sentre – Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus.
- Norges Forskningsråd (2009): Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delrapporter.
- Prop. 91 L (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- Sells, D.J., Stayner, D.A. & Davidson, L. (2004): Recovery the self in Schizophrenia An Integrative Review of Qualitative Studies. *Psychiatric Quarterly*. Spring 2004, Vol. 75, No. 1, pp. 87-97.
- Sundet, R. (2009): Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit – A study of the use of research generated knowledge in clinical practice. PhD-dissertation, University of Oslo.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B. & Myrvold, T. M., (2005): *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6.

Tjerbo, T. Zeiner, H. og Helgesen M. (2012): Kommunalt psykisk helsearbeid 2012, NIBR-rapport 2012:4.

Valla, B. (2010): Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47(4), 308-314.

Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. I B.I Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold et al. (Eds.), *The Heart and Soul of Change*, 2nd edition. Washington, DC: American Psychological Association.

Aamodt, I. (2003): *Det er jeg som er mammaen. Møte med barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra en marginal posisjon*. HiO-hovedfagsrapport, 2004, nr.3



BESØKSADRESSE:
Statens Hus
Prinsens gate 1
7013 Trondheim

E-POST:
kontakt@napha.no
kontakt@psykiskhelsearbeid.no
TELEFON: 73 59 00 60



Samfunnsforskning AS

NETTSIDE:
www.napha.no
www.psykiskhelsearbeid.no
VIDEOKONF.: IP 129.241.60.132