

## Høring

# «Psykisk helse- og rusarbeid for voksne (nasjonal veileder)»

## Høringssvar fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)

Dato: 16. mai 2024

Vår ref.: 35/2024

## Kapittel 1

### 4. Generelle kommentarer til «Bakgrunn, metode og prosess»

#### *Overordnede innspill om kapittelet:*

Beskrivelsen av bakgrunnen for arbeidet med en ny veileder er gjenkjennelig, og NAPHA støtter behovet for en ny og oppdatert veileder. Mye har skjedd både på kunnskapsfronten, i normerende produkter, og i tjenesteutviklingen i de ti årene den forrige veilederen har vært gjeldende.

Vi er imidlertid kritiske til den utformingen en ny veileder har fått. Det vises til gode og relevante grunnleggende prinsipper, men vi opplever at disse ikke følges opp videre i veilederen. Det savnes særlig praktiske og konkrete råd knyttet til tiltak som støtter opp under brukerens mestringsevne og bedringsprosess, og samarbeid og samhandling i, og mellom, tjenester og tjenestenivå. Vi savner tekst som beskriver levekårenes betydning, og intervensjoner knyttet til inntekt, økonomi, bolig, arbeid, aktivitet, nærmiljøarbeid og sosial inkludering. Alt dette kan være relevante og viktige tiltak innen forebygging, behandling og oppfølging.

Allerede på første side, under overskriften «Bakgrunn» viser det seg for eksempel i avsnitt fem en mangel på forståelse av gjensidighet i perspektivet. De kommunale psykisk helse- og rustjenestene inngår i et gjensidig samspill med både spesialisthelsetjenesten, resten av kommunen, brukerne av tjenestene, og sivilsamfunnet utenfor tjenestene. Måten dette samspillet blir beskrevet i dette avsnittet er et eksempel på det vi oppfatter som en u hensiktsmessig forståelse av disse aktørenes plassering i forhold til hverandre, og avhengighet av hverandre. Denne forståelsen viser seg igjen i anbefalinger senere i veilederen, og vi vil kommentere på dette der det er aktuelt.

Det refereres i dette kapittelet til at flere sentrale normerende produkter har vært førende for denne veilederen. Vår vurdering er at perspektivene i for eksempel Opptappingsplanen for psykisk helse, Nasjonal helse- og samhandlingsplan og strategien Mestre hele livet ikke gjenspeiles i stor nok grad i høringsutkastet. Vi savner også referanser til Helsepersonellkommisjonens rapport, Helsedirektoratets egen kunnskapsammenstilling om brukerkunnskap, veileder i systematisk folkehelsearbeid, veiviser for lokale folkehelseiltak, og veileder for barn og unge.

Det er problematisk at Mental Helse eller andre brukerorganisasjoner innen psykisk helse ikke var representert i ressursgruppa. Tilsynelatende er det først og fremst brukerkunnskap innen rus som er representert. Vi opplever at dette preger teksten, som i litt for stor grad er fokusert rundt brukere som har rusutfordringer (for eksempel øverst på side 16 og øverst på side 24, under begrunnelse på side 29).

NAPHA har deltatt prosjektets ressursgruppe. Tidlig i prosessen hadde vi utstrakt kontakt med prosjektledelsen. Vi har kommet med innspill i alle deler av prosessen. Etter skifte av prosjektleder i februar 2023 har det vært avholdt kun ett møte med ressursgruppa, som vi deltok på. Vi opplever at våre innspill kun delvis er tatt inn i sluttproduktet, og at viktige sider ved disse ikke er tatt hensyn til. I sum betyr det at vi ikke kan stå inne for det utkastet til veileder som foreligger nå. Vi vil redegjøre for begrunnelsen for denne posisjonen underveis i denne høringsuttalelsen, og oppsummere til sist i dokumentet.

## Kapittel 2

### 5. Generelle kommentarer til «Planlegging og samarbeid om helhetlig behandling og oppfølging i kommunen»

#### *Overordnede innspill om kapittelet:*

Ansvar og roller for samhandling (både i kommune, samarbeid med ideelle/frivillige, i tillegg til samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten) kunne vært mer utdypet. Her er det mulig å se til tilsvarende veileder på barn og ungefeltet, som på en god måte legger et tverrsektorielt perspektiv og en tverrsektoriell praksis til grunn for anbefalingene. Veilederen kunne også hatt tydeligere råd knyttet til samarbeid med familie og nettverk, og interkommunalt samarbeid der dette er hensiktsmessig.

Vi savner også tekst som tydeligere omhandler behovet for å forankre psykisk helse- og rusarbeidet i politisk og administrativ ledelse. Kulepunkthenvisingene til normerende produkter som kommunale planoppgaver og systematisk folkehelsearbeid blir for snevre.

Evaluering, bl.a. basert på regelmessig tilbakemelding fra tjenestemottakere og deres behov, bør inngå som del av et helhetlig planarbeid. Det innbefatter også endring, utvikling og korrigerende av eksisterende tjenester dersom nødvendig.

Vi savner tekst som tydeliggjør og differensierer behovet for bruk av oversiktsdata som del av den kunnskapsbaserte praksisen. Datakildene det henvises til er i varierende grad relevante. Kulepunkthenvisingene til datakildene er unyansert og skiller ikke mellom nasjonale datakilder og lokale (f.eks. BrukerPlan). Folkehelseprofiler og kommunalt pasientregister er for eksempel i langt mindre grad nyttige for det kommunale planarbeidet enn BrukerPlan. Sistnevnte er den

eneste kilden som gir bred innsikt/oversikt over kommunens tjenestemottakere over 16 år (i hovedforløp 2 og 3) og kan med fordel være en bør-anbefaling.

Vi savner også mer informasjon om hvordan man kan innhente innspill fra lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner. NAPHA har utviklet en temaside om dette som det ev. kan vises til: [Brukermedvirkning når tjenester utformes - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#)

## **Anbefaling 1– kapittel 2:**

### **I planlegging av tjenestetilbudet til voksne med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer bør kommunen vurdere en inndeling i tre hovedforløp**

#### *6. Innspill til anbefalingstekst:*

NAPHA støtter anbefalingen knyttet til planlegging etter hovedforløpstenkningen, men tenker at ordet «vurdere» bør fjernes. Det svekker anbefalingen.

Vi savner imidlertid et tydeligere innbyggerperspektiv knyttet til prinsippene for utformingen av tjenestene, det vil si at hjelpetiltak skal planlegges i samarbeid med innbyggerne, og understøtte deres ønsker, behov og personlige mål.

#### *7. Innspill til praktisk informasjon:*

Vi savner en tydeligere konkretisering, ev. anbefalinger, av hvordan avvik, uenigheter og ulike prioriteringer mellom samhandlende tjenester, f.eks. kommune og spesialisthelsetjeneste, skal følges opp og behandles. Mange av de største samhandlingsutfordringene knytter seg til disse temaene, og ivaretas i liten grad av de lovpålagte samarbeids- og tjenesteavtalene.

Bruk av Individuell plan (IP) bør inkluderes som prinsipp for brukere med langvarige og sammensatte tjenestebehov, jf. gjeldende lovgivning. Bruk av IP kan ytterligere styrkes som egen anbefaling.

#### *8. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Vi savner en tenkning rundt Riksrevisjonens rapport, som konkluderte med at “brukermedvirkning og pårørendee involvering ikke var tilstrekkelig”. Hvordan kan disse utfordringene løses?

## Anbefaling 2 – kapittel 2:

### Kommunen skal sørge for psykisk helse- og rustjeneste til voksne, inkludert studenter og innsatte i fengsel

#### 9. Innspill til selve anbefalingen:

Anbefalingen er relevant, men i for stor grad «selvfølgelig» og for lite ambisiøs. Lavterskeltjenestene som nevnes vil i liten grad være noe for kommunene å strekke seg etter hvis man skal oppnå likeverdige tjenester over hele landet, slik Riksrevisjonens rapport viser til.

[Mange med psykiske lidelser får ikke hjelp når de trenger det \(riksrevisjonen.no\)](#)

Vi foreslår en anbefaling som omfatter både helsefremmende og forebyggende innsats, og behandling. For eksempel «Kommunen skal sørge for helsefremmende og forebyggende tiltak, og behandling, i psykisk helse- og rustjenester for voksne.»

Vi foreslår også å fjerne presiseringen av studenter og innsatte i fengsel. Kommunen skal gi tjenester til alle sine innbyggere, det er unødvendig å påpeke noen særlige grupper.

Anbefalingen bør også utdypes slik at den gjenspeiler helsepolitiske føringer i større grad, både nasjonale og internasjonale. Disse viser til et behov for mer forebyggende innsats, samt et større mangfold av lokalbaserte tjenester. WHO har for eksempel beskrevet at psykisk helsearbeid bør bygges nedenfra gjennom en bred vifte av tilbud:

- Helsefremmende og forebyggende tiltak
- Tjenestetilbud rettet mot de mest vanlige tilstandene angst og depresjon
- Tjenestetilbud rettet mot personer med alvorlige og sammensatte problem
- Både egne psykisk helsetjenester, psykisk helsetjenester integrert i andre helsetjenester (f.eks. fastlege, hjemmetjenester, sykehjem og botiltak) og psykisk helsehjelp i andre sektorer (f.eks. NAV, skoler, utdanning, arbeidsplasser og fengsel).
- Psykisk helsehjelp fra frivillige og likemenn
- Sosiale tjenester som bostøtte, støtte til utdanning, bedre økonomi og levekår

Kilde: [World Mental Health Report \(who.int\)](#)

Vi mener det er bra at anbefalingen omfatter betydningen av lett tilgjengelig og tilpasset informasjon, og løfter frem at felles mottakssystem kan være positivt. Hva som menes med et felles mottakssystem må konkretiseres. Der det er prøvd ut det vi kjenner som felles mottakssystem, som innebærer blant annet at man blir enige om ansvar for oppfølgingen er det NAPHAs inntrykk at dette fungerer bra.

#### 10. Innspill til praktisk informasjon:

Det er positivt med økt fokus på områder som somatisk helse, og på fengselshelsetjenesten.

#### 11. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):

Vi opplever at teksten under «Døgntilgjengelige tjenester» kan oppleves som stigmatiserende. Det står for eksempel at «situasjoner som medisinsk sett ikke er akutt, men likevel oppleves som

tidssensitivt for den det gjelder ...» og «subjektiv opplevelse av alvorlighet». Vår holdning er at det snarere er snakk om å kunne avverge kriser. Dersom tjenestene er tilgjengelige hele døgnet vil man kunne avverge kriser slik at personen det gjelder ikke blir så syk at legevakt er nødvendig. Slik teksten står i dag kan den nøre oppunder en holdning hos helsepersonell om at det er snakk om bagateller som egentlig ikke trenger helsehjelp. Det kan være veldig riktig med helsehjelp i slike situasjoner for å unngå forverring av lidelsen.

## **Anbefaling 3 – kapittel 2:**

### **Kommunen og spesialisthelsetjenesten bør bruke helsefelleskapet med tilhørende samarbeidsstruktur til planlegging og utvikling av helhetlige behandlingsforløp**

#### *12. Innspill til selve anbefalingen:*

NAPHA støtter denne anbefalingen. Helsefelleskapene er etablerte strukturer over hele landet som har et særlig ansvar for å være en pådriver for helhetlige tjenester. Helsefelleskapene har kommet litt ulikt i utviklingen, så det er fint at det presiseres at alle bør utvikle lokale prosedyrer, også utover samarbeidsavtalene.

Vi mener at det også kan foreslås etablering av samhandlingsnettverk rettet mot hovedforløp 3 i tilknytning til helsefelleskap, i alle regioner. Dette kan være et tiltak for å unngå at Helsefelleskapene kun blir nye arenaer hvor det diskuteres, men hvor det ikke skjer noen praktiske endringer. Det er en fare for det, siden sekretariatene er svakt finansiert, og beslutninger må gjøres i konsensus. Samtidig ser vi at de Helsefelleskapene som har kommet lengst utvikler mer felles virkelighetsbeskrivelser, tar mer felles eierskap og får til en mer samordnet handlekraft.

Vi kunne også ønsket oss en sterkere anbefaling knyttet til interkommunalt samarbeid. For mange av de minste kommunene vil det være krevende å innfri alle lovpålagte oppgaver, i tillegg til alle andre helsepolitiske føringer og nasjonale forventninger knyttet til lokalbasert psykisk helse- og rusarbeid.

Kommunene bør bruke data fra BrukerPlan i samarbeid med spesialisthelsetjenesten – i helsefelleskapene – for sammen å utvikle og planlegge tjenester til befolkningen.

Vi har noen konkrete forslag til endringer:

“Ved behov bør det utvikles lokale prosedyrer for samarbeid mellom kommunen og helseforetak om tjenester til voksne med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, utover de lovpålagte samarbeidsavtalene.” endres til: «Det skal utarbeides lokale prosedyrer ...»

#### *13. Innspill til praktisk informasjon:*

Formålet med de lokale prosedyrene fremstår som hensiktsmessige, men kunne vært tydeligere definert med forventet *innhold*. Hvordan samarbeidet skal være knyttet til ACT/FACT og FACT ung bør også beskrives.

Utover det hadde det vært fint med noen tydeligere råd for *hvem* som bør sitte i Helsefelleskapene. Det bør være personer som har god faglig innsikt, beslutningsmyndighet til å gjøre vedtak, og brukerrepresentanter bør ha stemmerett på lik linje med andre deltagere.

Vi savner også en kort utdyping av hva det betyr at kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere i faglige samarbeidsutvalg. Hva betyr det i praksis? Hva bør kommunenes

rolle være? I følge NAPHAs erfaringer er det for ofte spesialisthelsetjenesten som tar regi i denne typen av samarbeid.

Vi savner en tydeligere konkretisering, ev. anbefalinger, av hvordan avvik, uenigheter og ulike prioriteringer mellom samhandlende tjenester, f.eks. kommune og spesialisthelsetjeneste, skal følges opp og behandles. Mange av de største samhandlingsutfordringene knytter seg til disse temaene, og ivaretas i liten grad av de lovpålagte samarbeids- og tjenesteavtalene.

Samarbeidsavtalene er til dels lite kjent hos de som arbeider i kommuner og spesialisthelsetjeneste. Hvordan kan helsefellesskapene bidra til at disse blir bedre kjent?

Konkrete forslag til endring:

«Den lovpålagte samarbeidsavtalen kan inngås og følges opp i helsefellesskapet.» endres til:  
«Den lovpålagte samarbeidsavtalen bør inngås og følges opp ...»

Et punkt til under overskriften "Formålet med lokale prosedyrer kan være ...»:

- Bedre koordinering av tjenester fra to tjenestenivå.

#### *14. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Arbeidet i Helsefellesskapene er godt begrunnet juridisk, men vi savner også andre begrunnelser. For eksempel Riksrevisjonens rapport og andre rapporter som har avdekket svikt i samhandlingen: [Mange med psykiske lidelser får ikke hjelp når de trenger det \(riksrevisjonen.no\)](http://riksrevisjonen.no)

## **Kapittel 3**

### **Generelle kommentarer til «Kartlegging og hovedforløp»**

#### *15. Overordnede innspill til kapittelet:*

Inndelingen i hovedforløp framstår logisk, og som en fornuftig videreføring fra «Sammen om mestring».

Et hovedinntrykk er dessverre at oppbyggingen og mye av innholdet for øvrig framstår lite gjennomtenkt, og til dels tilfeldig. Det gjelder både eksemplene som trekkes fram, mulige utløsende faktorer, verktøy som kan tas i bruk, og nettressurser det henvises til. Innholdet er preget av manglende helhet og sammenheng, men mer preget av at enkelte bidragsytere har hatt sterke stemmer.

#### **Anbefaling 1 – kapittel 3:**

### **Kommunens psykisk helse- og rustjeneste bør kartlegge hjelpebehovet til voksne som henvender seg med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer**

#### *16. Innspill til selve anbefalingen:*

I anbefalingen står det at «Kartleggingen fokuserer på «Hva er viktig for deg?» heller enn «Hva er i veien med deg?». Dette står uten noen form for kontekst, og vi er svært usikre på om

formuleringen «Hva er viktig for deg?» ivaretar brukerinvolvering og fokus på brukermedvirkning i tilstrekkelig grad.

Anbefalingen «Ved mistanke om selvmordsrisiko, selvskading og pågående voldsutsatthet skal tiltak iverksettes umiddelbart. Sørg også for at mindreårige barn eller mindreårige søsken ivaretas» framstår som en uhensiktsmessig generalisering og kategorisering. Å utløse tiltak ved *mistanke* om selvskading, uten å si noe om omfang og alvorlighet, og å likestille dette med selvmordsrisiko og voldsutsatthet, framstår uheldig. Det bør også presiseres at det skal være *begrunnet* mistanke for å iverksette tiltak i de andre tilfellene – med mindre man presiserer at tiltak i første omgang kan dreie seg om grundigere kartlegging.

Det anbefales at pårørende skal gis mulighet til å bidra med informasjon, dersom brukeren eller pasienten samtykker til at de involveres. Det bør beskrives hvordan man tenker at pårørende skal ivaretas, der brukeren eller pasienten ikke ønsker at de skal involveres.

På listen over hva det bør spørres om bør det inkluderes spørsmål om hvordan den pårørende har det, og hva som er viktig for den/de.

### 17. Innspill til praktisk informasjon:

Følgende avsnitt framstår som en grundig undervurdering av fagfolkene i kommunen. Her bør man finne andre formuleringer:

«En god relasjon er den viktigste rammen for å stille spørsmål som kan oppleves som ubehagelige. Den som utfører kartleggingen, har opplæring og kompetanse for metoden som brukes.»

«I tillegg til systematisk kartleggingen vil en årvåken tjenesteyter kunne bruke enkle tegn som for eksempel med utsagn som at hen ikke "orker mer", at det observeres arr eller lignende, eller at andre utsagn gir mistanke om voldsutøvelse.»

Vi stiller spørsmål ved hvordan Motiverende intervju (MI) tenkes brukt. Skal MI alltid brukes, med alle brukere? Er det den eneste metoden som kan/skal brukes i samtaler?

Listen over standardiserte samtale- og kartleggingsverktøy er i praksis bare verktøy rettet mot rusmiddelproblematikk og selvmordsrelatert problematikk. Hva med verktøy for kartlegging av psykiske utfordringer, særlig av lettere grad, inkl. angst og depresjon? Særlig i forløp 1 vil det være helt andre verktøy enn dette som er mest relevant. Eksempler kan være ulike tilbakemeldingsverktøy, se ellers [kognitiv.no](http://kognitiv.no) for flere eksempler.

<https://napha.no/fit>

<https://www.kognitiv.no/utdanning-i-kognitiv-terapi/terapeutiske-hjelpemidler/>

Rekkefølgen på disse to avsnittene bør endres/byttes om: «Kartleggingen inkluderer:» og «Tilpass kartleggingens omfang og metoder etter brukeren eller pasientens forutsetninger-, behov- og historikk:»

Det bør også stå «Kartleggingen kan inkludere» – overskriften gir nå inntrykk av at alle brukere skal gjennom alle elementer i denne listen.

## *18. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Den første setningen: «Kartlegging er nødvendig for å gi individuelt tilrettelagte og forsvarlige tjenester tilpasset den enkeltes ønsker og behov» er selvfølgelig viktig og riktig. Hele resten av begrunnelsen handler imidlertid om viktigheten av å kartlegge symptomer og funksjon, og sier lite eller ingenting om kartlegging av brukerens ønsker og behov, fokus på økt mestring og livskvalitet osv. Det hele framstår bygget på en medisinsk tilnærming, som i liten grad reflekterer at dette dreier seg om kommunale tjenester, ikke tiltak i spesialisthelsetjenesten.

### **Anbefaling 2 – kapittel 3:**

## **I hovedforløp 1 bør kommunen tilby kunnskapsbaserte lavterskeltjenester som hindrer forverring av psykisk helse- eller rusmiddelproblemene**

### *19. Innspill til selve anbefalingen:*

Vi opplever at teksten i selve anbefalingen er svært problematisk. Kommunene skal bidra til bedring, og økt mestringsopplevelse og livskvalitet, ikke bare hindre forverring.

Det bør også tydeliggjøres hva som forventes av kommunale behandlingstilbud – særlig i forløp 1, der kommunen har hovedansvar for behandlingen.

Vi savner en tydeligere beskrivelse av hva som ligger i kunnskapsbaserte lavterskeltilbud, både «kunnskapsbasert» og «lavterskeltilbud»

Kunnskapsbaserte tjenester bør også innebære en form for evaluering – det er behov for en tydeliggjøring av at kommunene bør evaluere tilbudene sine.

Kunnskapsbaserte tilbud forutsetter at de ansatte får veiledning og faglig påfyll – dette bør framkomme i veilederen.

Når det gjelder målgruppen «alkohol-, legemiddelbruk- eller bruk av illegale rusmidler som oppleves som problematiske, uavhengig av om de ikke oppfyller diagnostiske kriterier for skadelig bruk eller avhengighet» bør det presiseres at det dreier seg om bruk «uten betydelig funksjonsfall» e.l. – for å skille det fra de andre forløpene.

I anbefalingen står det nå: «Brukere i hovedforløp 1 bør tilbys kartlegging og kunnskapsbaserte lavterskeltjenester som gir symptomlindring, og behandling som hindrer forverring og reduserer negative konsekvenser av tilstanden.» Vårt innspill er at det i høyeste grad også bør være et mål å oppnå bedring og økt mestringsopplevelse/livskvalitet, ikke bare symptomlindring.

Det står også «Når digitale selvhjelpsverktøy brukes som et supplement til andre tjenester, bør det benyttes med veiledning.» Det er ikke nødvendigvis snakk om et supplement til andre tjenester i denne sammenheng. Digitale verktøy kan også brukes som hovedtjeneste/-tilbud (f.eks. i Rask psykisk helsehjelp) – samme anbefaling gjelder da.



## 20. Innspill til praktisk informasjon:

Vi støtter at livskvalitet, mestring og forebygging kommer inn som begreper her, men vi anbefaler at disse perspektivene brukes mer gjennomgående i hele veilederen. Begrunnelsen er at disse perspektivene vil gi en bedre og mer konstruktiv retning for psykisk helsearbeid fremover.

Vi mener at opplistingen av stress, belastninger eller voldsomme livshendelser hører innunder kartlegging. Det gis ingen begrunnelse for hvorfor akkurat disse eksemplene er ramset opp, eller hvordan dette skal kartlegges. Listen er definitivt ikke utfyllende, og svært mange utfordringer (i alle forløp) er *ikke* utløst av en spesifikk hendelse eller enkeltbelastning, så det er vanskelig å se hensikten med denne listen.

Beskrivelsen «Lavterskeltjenester i hovedforløp 1 tilbys uten spesifiserte krav til diagnose eller bestemte skårer i kartlegging» gjelder ikke for Rask psykisk helsehjelp-team (RPH). I disse teamene ligger bl.a. symptomkartlegging til grunn for hvilket tilbud den som henvender seg får, eller om man vurderes å være innenfor målgruppen. Vi foreslår å skrive «... tilbys i hovedsak ...»

Følgende formulering «Har de psykiske plagene klare konsekvenser for livskvalitet eller funksjon (som bolig- eller jobbsituasjon), og eventuelt rusmiddelbruk (samvariasjon mellom rusmiddelbruk og psykiske symptomer)» virker bare delvis relevant i forløp 1. De færreste vil oppleve konsekvenser for boligsituasjon som følge av utfordringer knyttet til dette forløpet. Vi foreslår heller å eksemplifisere med sosiale utfordringer e.l.

«eMeistring (helse-bergen.no)» er nevnt under «**Veiledning, tjenester, kurs og tiltak for hovedforløp 1**». eMeistring tilbys kun av spesialisthelsetjenesten – det må sjekkes ut om dette er tilgjengelig for kommunens brukere, hvis det skal anbefales.

Vi reagerer på at det anbefales selvhjelpsgrupper, når det under begrunnelse står: «Det finnes få solide studier som bekrefter effekten av selvhjelpsgrupper (Loland, 2006).» Vi reagerer også på at Napha.no trekkes fram som den beste kilden til kontakt med selvhjelpsorganisasjoner – vi har sannsynligvis ikke en utfyllende oversikt over disse.

Vi stiller spørsmål ved hvor relevant tiltaket «treningskontakt» i forløp 1 er, det står nevnt uten noen form for kontekst.

Et av kulepunktene under «Veiledning, tjenester, kurs og tiltak i hovedforløp 1» er: «Pårørendeinvolvering i behandling og psykoedukative familietilbud». Ut fra vår forståelse er psykoedukative familietilbud i hovedsak tilbud til personer med psykoseproblematikk. Samtidig er det viktig at pårørende får informasjon og blir involvert også i hovedforløp 1.

## 21. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement)

Ingen kommentarer.

## Anbefaling 3 – kapittel 3:

### I hovedforløp 2 bør kommunen tilby stabiliserende og lindrende behandling for psykisk helse- eller rusmiddelproblemene, og vurdere behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten

#### 22. Innspill til selve anbefalingen:

Begrepene «stabiliserende og lindrende behandling» er fremmedgjørende og kan forstås som at det ikke er mulig å bli «frisk» eller leve veldig gode liv på tross av psykisk helse- og rusmiddelproblem. Dette er ikke i tråd med NAPHAs forståelse. Gjennom slike formuleringer kan man få et inntrykk av man har liten tillit til at mange kan oppleve bedring, og at kommunene kan drive effektiv behandling og bidra til reell bedring for sine brukere.

Begrepene «stabiliserende og lindrende behandling» er i så måte både stigmatiserende, misvisende, begrensende, og de kan misforstås. Man bør heller bruke begreper som mestring, livskvalitet og bedring. Det underbygger i større grad recovery og et helsefremmende perspektiv.

Et forslag til formulering kan være:

*I hovedforløp 2 bør kommunen tilby behandling og oppfølging som fremmer bedring, mestring og livskvalitet, og vurdere behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.*

Rådet om å samarbeide med spesialisthelsetjenesten, for å vurdere om henvisning er riktig og nødvendig vil være et for enkelt råd. Vår erfaring er at den store bredden av brukere i hovedforløp 2 i all hovedsak vil, og bør, ivaretas av kommunale tjenester. Uten videre utdyping av dette rådet kan man få inntrykk av at spesialisthelsetjenesten tar et større ansvar for brukere i hovedforløp 2 enn det som er realiteten.

Det samme gjelder anbefalingen «Voksne brukere eller pasienter med kortvarige alvorlige problemer eller mildere problemer som vedvarer over tid bør henvises til Nasjonalt pasientforløp ...». Man kan få et inntrykk av at en for stor andel av brukerne i hovedforløp 2 bør henvises til Nasjonale pasientforløp.

Vi mener også av noen av gruppene som er nevnt i hovedforløp 2 heller tilhører forløp 1, for eksempel enkeltstående traumer. Rask psykisk helsehjelp vil være et tiltak som kan tilbys personer både i hovedforløp 1 og 2. Det er behov for å gå gjennom beskrivelsene av hvem og hvilke tiltak som tilhører forløp 1, 2, 3 – og overgangene mellom disse.

Oppramsingen av nødvendig kompetanse er også for snever, og er først og fremst kompetanse som er knyttet til hovedforløp 1. Hvis det skal gis konkrete eksempel på nødvendig kompetanse bør det omfattes et bredere sett av kompetanse. Vi stiller også spørsmål ved at det legges mest vekt på at kommunene skal inneha kompetanse, og ikke først og fremst ansvaret for å tilby tiltak.

Det er positivt at det spesifiseres at «Hovedforløp 2 ikke ekskluderer brukeren eller pasienten fra tjenester og tiltak som er foreslått i hovedforløp 1 dersom det sannsynliggjøres at det vil ha en effekt på livskvalitet, livsmestring, rusmestring eller symptomer.»

#### 23. Innspill til praktisk informasjon:

Første avsnitt beskriver godt at man ikke kun bør rette tiltakene mot symptomlette, men også mestring, livskvalitet og forebyggende innsats.

Listen over eksempler på utløsende faktorer virker derimot uferdig, ubegrunnet og lite utfyllende. Hvis man ønsker å ha med en slik liste bør den heller beskrives i anbefalingsteksten, der målgruppen for hovedforløp 2 beskrives.

Oppramsingen av tiltak under overskriften «Forebygging av forverring- tilbakefall- og skadereduksjon i hovedforløp 2 oppnås med langsiktig støtte og oppfølging:» framstår også som uferdig, og utilstrekkelig. Det mangler utdypende eksempler på praksiser som kan «... fremme livskvalitet- og mestring, gi symptomlette, bedre rusmestring ...». Mange av de forebyggende tiltakene som er nevnt ut under denne overskriften burde aller helst vært samordnet med tiltakene under overskriften «Tiltak, behandling og samhandling i hovedforløp 2». Det vil gi et mer helhetlig inntrykk av at praktisk hjelp og støtte er like viktige tiltak som eksempelvis legemidler og individuelle samtaler. Nå ser det ut som de sist nevnte tiltakene er de viktigste. Det mangler også gode faglige begrunnelser for alle tiltak bortsett fra somatiske oppfølging. Vi stiller oss undrende til det.

Det mangler også tydelig råd om å tilby FACT eller FACT ung for de brukerne som er i målgruppen for hovedforløp 2, som også er i målgruppen for FACT og FACT ung, og som bor i områder med tilstrekkelig befolkningsgrunnlag.

Mange av de enkelttiltakene som nevnes vil ikke være tilstrekkelig for en del av målgruppen i hovedforløp 2. «Aktivitets- eller treningstilbud i regi av Frisklivssentral» er for begrenset for de som har behov for mer langvarige tilbud. Her bør også andre typer aktiviteter nevnes.

Setningen «Tjenesteytere i kommunene gjør innledende kartlegging med veiledning fra spesialisthelsetjenesten» mangler informasjon. Gjelder det for alle i forløp 2? Eller er denne anbefalingen spesifikt knyttet til «kartlegging, utredning og diagnostisering av alvorlige, men antatt kortvarige tilstander i hovedforløp 2»? I så tilfelle bør dette tydeliggjøres.

Setningen, slik den står nå, gir også inntrykk av at kommunen ikke evner å kartlegge noen av brukerne i hovedforløp 2, uten å ha veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dette er en grov undervurdering, slik vi kjenner kommunene.

Vi reagerer også på formuleringen «Mange i hovedforløp 2 har god nytte av kommunale lavterskeltjenester. Bruk også veiledning og enkle støttetiltak, gjerne i samarbeid med familie og nettverk for å bidra til rask stabilisering og forebygging av forverring.» Under overskriften som inkluderer «behandling», bør det vises til ønske om bedring eller økt mestring og livskvalitet.

Til sist under denne anbefalingen står det om somatisk helse og ernæringsutfordringer, og om klinisk ernæringsfysiolog. Ernæringsutfordringer og vektutfordringer på grunn av medisiner bør også problematiseres her. Vår erfaring er at slike utfordringer ikke blir tatt nok hensyn til eller håndtert skikkelig. Dette kan resultere i dårligere livskvalitet og i verste fall tidligere død.

#### *24. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Kapittelet er svært mangelfullt. Vi savner et grundigere innsiktsarbeid og at man sammenstiller ny kunnskap, når det skal gis normerende anbefalinger i en nasjonal veileder.

## Anbefaling 4 – kapittel 3:

### I hovedforløp 3 bør kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten om oppfølging og behandling ved alvorlige og langvarige psykiske lidelser eller ruslidelser

#### 25. Innspill til selve anbefalingen:

Anbefalingsteksten er god, tydelig og normerende, men kunne kanskje også inkludert sammensatte. F.eks.:

*«I hovedforløp 3 bør kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten om oppfølging og behandling av personer med alvorlige, langvarige og sammensatte psykisk helse- og rusmiddelproblem.»*

Det er positivt at det presiseres at brukere og pasienter i hovedforløp 3 ikke ekskluderes fra tiltak i de andre hovedforløpene, der de kan ha nytte av det. Det vil være relevant for mange.

Eksemplene knyttet til målgruppe er relevante, men ikke helt dekkende. Kommunene skal ha et tilbud til sine innbyggere uavhengig om de har en diagnose. Vi tenker derfor at det kunne vært lagt til et eksempel:

- alvorlig funksjonssvikt og nedsatt livskvalitet på grunn av alvorlige, langvarige og sammensatte psykisk helse- og rusmiddelproblem.

Vi mener det er bra at det presiseres at både kommuner og spesialisthelsetjenesten man har et felles ansvar for å sørge for tilgjengelige tjenester hele døgnet. Betydningen av kommunale døgntilbud kunne vært løftet frem i enda sterke grad.

Det burde også vært en mye sterkere anbefaling om at ACT/FACT og FACT ung. Det bør fremgå at ambulerende behandlingsteam bør være et førstevalg hvis personen inngår i målgruppene for teamene, og bor på et sted der det er befolkningsgrunnlag for det. Begrunnelser for dette er:

- Tydelige oppdrag fra HOD til alle RHF
- Forskning viser til mange positive effekter av disse teamene. Brukere og pårørende er mer fornøyde med ACT/FACT og FACT ung enn tidligere hjelp.
- Gjennom samhandlingsteam på tvers mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, vil man unngå mange av samhandlingsutfordringene man vanligvis ser når det skal samarbeides på tvers av tjenestenivå.

Vi stiller oss bak anbefalingen om Housing First, og om IPS.

Det er viktig at oppfølging av somatisk helse presiseres, og det er gode tiltak knyttet til oppfølging av fysisk helse. Samtidig spør vi oss hvor realistiske noen av de anbefalte tiltakene er for de med de mest alvorlig funksjonsfall, eksempelvis oppfølging av ernæringsfysiolog.

Avsnittet om at brukere i hovedforløp 3 ikke skal ekskluderes fra tiltak foreslått i andre hovedforløp er en gjentakelse fra tidligere.

Vi støtter at selvskading, selvmordsrisiko og voldsrisiko alltid skal kartlegges i hovedforløp 3, og at det skal håndteres i samarbeid med politi og spesialisthelsetjenesten.

## 26. *Innspill til praktisk informasjon:*

Første avsnitt er godt, og gir en tydelig retning på hva man ønsker å oppnå.

Mange av tiltakene er relevante, men vi savner:

- en tydeligere anbefaling knyttet til boligsosialt arbeid og praktisk hjelp i bolig, også utover det å få *hjelp til å finne en adekvat bolig*
- en tydeligere anbefaling *om bruk av* standardiserte kartleggingsverktøy, ikke bare en henvisning til hvor man finner disse
- en tydeligere anbefaling *om bruk av* IDDT-modellen, ikke bare en henvisning til hvor man finner den
- en tydeligere anbefaling om bruk av IP, gitt at dette er en lovfestet rettighet

Psykoedukative familietilbud er nevnt under hovedforløp 1, men ikke hovedforløp 3. Vi mener dette er et tiltak som hører mer naturlig hjemme her. Psykoedukative familietilbud er i hovedsak et tilbud til personer med psykoseproblematikk, da særlig i form av psykoedukative flerfamiliegrupper eller enfamiliegrupper.

Det vises til relevante normerende produkter, men mange av disse begynner å bli gamle. De tar i liten grad opp seg recoveryperspektivet, som er en tydelig retning for psykisk helse- og rusarbeid i mange kommuner nå. Vi antar at dette perspektivet vil beskrives tydeligere i de kommende nasjonale rådene om brukermedvirkning, og at det da kan vises til disse.

Det er fint at det vises til de nasjonale rådene for forebygging av tvang. Vår erfaring er at disse er lite kjent i kommunene. Kommunene kan spille en stor rolle, og bidra til å forebygge tvangsinnleggelse. NAPHA har utarbeidet en temaside om tvang som det kan vises til: [Forebygging av tvangsinnleggelse - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](https://napha.no/content/26903/forebygging-av-tvangsinnleggelse)

<https://napha.no/content/26903/forebygging-av-tvangsinnleggelse>

Et spørsmål vi har er hvorfor det kun anbefales krise- og mestringsplaner for de som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Dette kan være et like aktuelt tiltak for andre også.

## 27. *Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Kapitlet er svært mangelfullt. Vi savner et grundigere innsiktsarbeid når det skal gis nye normerende anbefalinger i en nasjonal veileder. Det mangler særlig henvisninger til ny kunnskap som bør være retningsgivende for hvordan det lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeidet bør utvikles fremover, f.eks. sammenstilling av forskning, nye rapporter fra WHO m.m.

Vi savner også en tydeligere beskrivelse av kommunenes og spesialisthelsetjenestens rolle, og mener også at dette er svært uklart beskrevet i følgende avsnitt:

«Pasienter og brukere i hovedforløp 3 er gjerne under langvarig og tett oppfølging fra både spesialisthelsetjeneste og kommune, med tidlige, pågående eller gjentatte forløp i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har pasientansvaret, mens kommunen gjerne har hovedansvaret for oppfølging og koordinering, mens behandling gjennom oppsøkende team som ACT-, FACT-, og FACT ung-team skal ha ansatte fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten»

Vi håper en videre revidering vil være med på å tydeliggjøre dette i større grad, og også være med å gi mer innhold og forståelse av behandlingsbegrepet, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

## Kapittel 4

### Generelle kommentarer til «Andre anbefalinger i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid»

#### *28. Overordnede innspill om kapitlet:*

Ingen kommentarer.

#### **Anbefaling 1 – kapittel 4:**

### **Kommunen bør ha helhetlige tiltak for helsefremming, sekundærforebygging, skade- og overdoseforebygging**

#### *29. Innspill til selve anbefalingen:*

Denne anbefalingen kommenterer vi ikke på. Vi anser at det er særlig KORUS som vil ha kommentarer her, fra kompetansesentrenes side.

#### *30. Innspill til praktisk informasjon:*

Ingen kommentarer.

#### *31. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

Ingen kommentarer.

#### **Anbefaling 2 – kapittel 4:**

### **Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om voldsrisikovurdering og håndtering for pasienter med psykisk helse- eller rusmiddelproblemer**

#### *32. Innspill til selve anbefalingen:*

NAPHA støtter at det er en anbefaling knyttet til samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten knyttet til økt voldsrisiko.

En anbefalingstekst bør imidlertid omfatte *både* samarbeid om voldsrisikovurderinger og samarbeid om *forebygging* og *håndtering*. Begrunnelsene for dette er at mange rapporter og mediasaker den siste tiden har vist til utfordringer med å forebygge vold på en god nok måte. Mange av utfordringene ligger i overgangene mellom kommuner, spesialisthelsetjenester og politi.

Et eksempel på slik anbefalingstekst kan være:

*«Ved antatt forhøyet voldrisiko skal kommunen samarbeide med spesialisthelsetjenesten om en tverrfaglig og kontekstrelevant voldsriskoutredning, og utarbeidelsen av en voldsriskohåndteringsplan med tiltak på tvers av tjenestenivå.»*

Vi er litt usikre på om det bør være en anbefaling som står helt uten kontekst, og i et eget kapittel som omfatter «andre anbefalinger». Vold og psykisk helse er mye forbundet med stigmatisering, og man må være varsom med å unngå å forsterke slike koblinger. Når anbefalingen er trukket frem i et eget kapittel som nå, kan man kanskje få et inntrykk av at det gjelder veldig mange, og det gjør det jo ikke.

I tredje avsnitt mener vi at siste del av setningen unødvendig, Vi foreslår å fjerne «og unngå at tjenestene bidrar til unødig eskalering».

### **33. Innspill til praktisk informasjon:**

Det er fint at det oppfordres til å søke veiledning hos RVTs. De har mange relevante kompetanseprogram i sitt samfunnsoppdrag, blant annet kompetanseprogrammet om rus og vold, [rusogvold.no](http://rusogvold.no), som er utviklet sammen med KORUS. Det kunne også være henvist til det. Det bør også henvises til kompetansemiljøet SIFER, som er det ledende kompetansemiljøet på dette området.

Vi mener det er gode og relevante kriterier knyttet til indikasjoner på forhøyet voldsrisiko.h

Vi stiller imidlertid spørsmål til formuleringen *«Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for voldsriskoutredning – voldsriskovurdering og voldsriskohåndtering – mens løpende vurdering og -håndtering gjøres i kommunen av personell med kompetanse, nødvendig kunnskap og rutiner.»*

Setningen henleder til at ansvaret er i spesialisthelsetjenesten, men at jobben skal gjøres i kommunene. Det gjenspeiler verken ønsket praksis eller lovverket, slik vi forstår det.

Det er en utfordring at voldsproblematikken i for stor grad sees på som spesialisthelsetjenesten sitt «domene». En stor andel personer som kan ha en økt voldsrisiko, vil aldri være i kontakt med spesialisthelsetjenesten, og i hvert fall ikke sikkerhetspsykiatrien. De fleste lever til enhver tid i kommunene, og mange får også oppfølging av kommunale psykisk helse- og rustjenester.

Det kan ofte være kjent voldsrisiko for de kommunale tjenestene, men ofte tilfredsstillende de ikke kriterier for å få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, det finnes ikke gode nok tilbud, eller de blir raskt utskrevet igjen. Derfor er det nødvendig å tydeliggjøre ansvaret, og styrke samarbeidet på tvers av kommuner, spesialisthelsetjeneste og politi. Anbefalingen bør i større grad tydeliggjøre dette. Vi kan heller ikke se at det er vist til den nye helhetlige plan for det [sikkerhetspsykiatriske tilbudet](#), som nylig er utviklet av alle fire regionale helseforetak.

Kommunenes voldsforebyggende arbeid bør også beskrives mer utdypende i veilederen, under praktisk informasjon. Det voldsforebyggende arbeidet handler ikke bare om å avdekke og håndtere umiddelbar voldsrisiko, men også den brede innsatsen for å unngå at man kommer i den situasjonen.

Veilederen viser til noen tiltak, men vi savner en mer utdypende beskrivelse av et helhetlig voldsforebyggende arbeid som omfatter både en recoverystøttende tilnærming, god behandling, og lett tilgang til fagpersoner som man kjenner godt, der man er, når man har behov for det. Alt dette er sentralt i ACT/FACT-modellen, som har vist seg å være foretrukket av både brukere og pårørende, men også har en kriminalitetsforebyggende effekt. ACT/FACT bør beskrives tydeligere som et voldsforebyggende tiltak. Tettere kontakt med pårørende og de frivillige aktørene som fanger opp personer som faller utenom tjenestene vil også være viktige forebyggende tiltak. Det

vil også samarbeidsavtaler, felles kompetansehevingstiltak på tvers av tjenestenivå, god krisehåndtering og tilbud om akutt døgnplasser være. I samtykkeutvalget sin rapport er det vist til mange gode tvangsforebyggende tiltak som også vil være like relevante for voldsforebygging.

NPAHA har utviklet en temaside om voldsrisiko på [Napha.no](http://Napha.no), [Voldsrisiko - NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid](#). Her har vi også samlet mye av den nye kunnskapen som finnes om problematikken fra et kommunalt perspektiv, som underbygger våre innspill, og som kan være særlig nyttig for kommunene å kjenne til.

*34. Innspill til begrunnelse (herunder kommentarer til kunnskapsgrunnlag, mangler og ev. supplement):*

## **35. Overordnede kommentarer til høringsutkastet som helhet:**

### **Innholdet må bli mer nyttig for kommunene**

I høringsbrevet vises det til at «revidert veileder bygger videre på prinsipper, forventninger og anbefalinger fra Sammen om mestring fra 2014, at den er oppdatert i forhold til utvikling og endringer på området, og tar hensyn til planer og føringer for hvilke oppgaver innen psykisk helse- og rusarbeid som fremover vil løses i kommunene».

Den opprinnelige veilederen «Sammen om mestring» har vært et sentralt «oppslagsverk» for kommunene. Den ga et helhetlig bilde av hva som er forventet av lokalbaserte tjenester, og den viste tydelig retning. Den slo blant annet fast at brukeren er viktigste aktør. Veilederen hadde et eget kapittel om helsefremming, levekår og folkehelsearbeid som tydelig viste at også dette er en viktig del av det lokalbaserte psykisk helse- og rusarbeidet. De tre hovedforløpene var også viktige og nyttige for å planlegge kommunale tjenester, og beskrivelsene har bidratt til utdypende kunnskap og å klargjøre mange dilemmaer.

Som kompetansesenter har vi brukt «Sammen om mestring» mye. Det har også våre nære samarbeidspartnere blant brukermiljøene, andre kompetansemiljøer og kommunene gjort. På mange måter kan vi si at den veilederen bidro til å bringe miljøene nærmere hverandre.

Vi har forståelse for at alle veiledere fra Helsedirektoratet nå kommer i et mer enhetlig format. Det er positivt med tanke på at anbefalingene blir tydeligere og mer knyttet til gjeldende regelverk. Ulempen er at viktig innhold, perspektiver og verdier, samt helheten fra den opprinnelige veilederen, forsvinner. I den nye veilederen beskrives mange råd, eksempler og anbefalinger, litt om hverandre, uten kontekst, og de fleste mangler også faglige begrunnelser. Vi tror den nye veilederen ville blitt mer brukt i kommunene hvis den hadde prioritert tydeligere, og vist mer til faglige begrunnelser, i tillegg til de juridiske. Vi savner også grundigere vurderinger knyttet til valg av tiltak, flere henvisninger til konkrete eksempler under «praktisk informasjon» og mer vektlegging av **hvordan** man kan få til ønskede endringer. En kort relevant introduksjonstekst til kapitler/avsnitt kunne også bidratt til å underbygge veilederens nytteverdi, perspektivering, troverdighet og faglige autoritet.

På områder hvor det er lite forskning må det også bli tydeligere hvordan man bygger anbefalingene i større grad på praksiserfaringer og brukerkunnskap, slik det også er beskrevet i innledningsteksten.



Vi forstår at det ikke er mulig å endre på det formatet veilederen kommer i. Vår vurdering er da at det er behov for et supplerende produkt som utdyper faglig ståsted, og gode måter å organisere og utøve tjenestene på. Sett fra vårt ståsted er det naturlig at et slikt produkt utvikles av relevante kompetansesentre, som NAPHA. Forutsetningen for et slikt produkt er at anbefalingene slik de nå foreligger justeres slik vi og andre har tatt til orde for.

### **Innholdet knyttet til den forebyggende innsatsen må bli tydeligere og gjenspeile de helsepolitiske ambisjonene i større grad**

Innholdet i den reviderte veilederen gjenspeiler ikke de helsepolitiske ambisjonene knyttet til helsefremming og forebygging tilstrekkelig grad. Vi savner blant annet et eget kapittel om dette. I den nye veilederen for psykisk helsearbeid for barn og unge er det et slikt kapittel som man kan se til, og den opprinnelige veilederen «Sammen om mestring» inkluderte også et slikt kapittel. Mye av det psykiske helsearbeidet (særlig den forebyggende innsatsen) skjer utover helsetjenestene, og i samarbeid med andre sektorer. Forebyggende psykisk helsehjelp utover tjenestene, og psykisk helsetjenestetilbud, bør både planlegges, og utøves, i nær tilknytning til hverandre. Veilederen bør i større grad vise hvordan dette kan gjøres.

### **Veilederen er for klinisk rettet, og innholdet knyttet til bruker- og pårørendeperspektivet må styrkes**

NAPHA mener at hele veilederen i for stor grad er preget av et klinisk og biomedisinsk perspektiv. Ny kunnskap viser at bedring skjer på mange ulike måter, og at man må tenke mer utvidet rundt hva som er god behandling og oppfølging. Særlig har recoveryperspektivet både utfylt, og utfordret, den tradisjonelle oppfatningen av hva som er god hjelp.

Den reviderte veilederen gjenspeiler i liten grad ambisjonene knyttet til økt grad av brukermedvirkning i tjenestene, og et sterkere recoveryperspektiv. Den tar heller ikke opp i seg hvordan grunnleggende rettigheter kan ivaretas. Det står for eksempel ikke noe om erfaringskonsulenter eller bruk av kontinuerlige og systematiske tilbakemeldinger fra brukere. Vi savner en egen anbefaling om brukermedvirkning (slik det er i veilederen for barn og unge). Nå er recovery så vidt nevnt, og det er ikke beskrevet der det vil være mest naturlig.

Begrunnelser for å styrke innholdet knyttet til brukermedvirkning og recovery er:

- at brukermedvirkning er en grunnleggende rettighet
- at det er utviklet mye mer kunnskap (både forskning og erfaringsbasert kunnskap) som understøtter betydningen av recovery og recoverystøtte de siste årene
- at recoverystøtte i mye større grad er retningsgivende for tjenestene, både i norske kommuner og internasjonalt
- at recoverystøtte også omfatter samfunnsrettete tiltak, forebyggende arbeid, og ulike tilnærminger i oppfølgingen i alle hovedforløp
- at en kunnskapsgjennomgang fra Helsedirektoratet viser til at det er nødvendig med et økt søkelys på bruker- og pårørendemedvirkning for å sikre gode tjenester til personer med psykisk helse- og rusutfordringer. Kilde: [Sammendrag - Helsedirektoratet](#)

Språkbruken virker tidvis lite gjennomtenkt/gjennomarbeidet. Vi ser et behov for at språk og innhold i veilederen gås gjennom slik at det er mer i tråd med kunnskapen om recovery. Mye av den eksisterende teksten står i kontrast til det vi vet om at folk kommer seg, og noe er direkte stigmatiserende. Et eksempel er begreper som benyttes i anbefalingen for hovedforløp 2.

Gode ansatser som gjenspeiler et recoveryperspektiv finner vi for eksempel i anbefalinger knyttet til å forebygge skam og stigma.

## Veilederen må reflektere fremtidens utfordringer

Både [Perspektivmeldingen](#) og [Helsepersonellkommisjonen](#) har gitt oss viktig innsikt for å forstå at tjenestebehovet er mye større enn det som er mulig å dekke. Særlig de mindre kommunene kan ikke gjøre alt alene. Det er store forventninger til de kommunale tjenestene som er helt umulig å innfri.

Slik veilederen er nå er den i liten grad nytenkende. Den fremstår i liten grad som et rammeverk å strekke seg etter, og viser få eksempler på **hvordan** man kan tilby tjenester av god kvalitet, innenfor de ressursene man har til rådighet. Det er behov for å utvikle innhold som i større grad viser:

- Hvordan kan helsefremming, forebygging ha en større rolle? Hvordan styrke samarbeidet med frivilligheten, og skape gode lokalsamfunn?
- Hvordan kan man styrke læring og mestring? – I alle hovedforløp, og ikke utelukkende i regi av Frisklivssentraler som har kun kortvarige, avgrensede tilbud.
- Hvordan ser man for seg en hensiktsmessig rolle-, ansvars- og oppgavefordeling, innad i kommuner, mellom ulike sektorer, og mellom ulike tjenestenivå?
- Hva bør være grunnleggende krav til kompetanse, og hvordan kan man se for seg oppgavedeling og oppgaveforskyving mellom faggrupper?
- Hva vil være gode prioriteringer, gode planprosesser og gode eksempler på fornuftige omstillinger?