



Landsforeningen - We Shall Overcome

*Bruker- og interesseorganisasjon for menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet
innen psykisk helse*

Stiftelsesår: 1968 / Org.nr.: 980 334 597

post@wso.no – www.wso.no

Oslo 20.09.2025

Høringsuttalelse «Psykoselidelser - behandlingsmetoder»

WSO er en bruker- og interesseorganisasjon med formål å fremme menneskerettigheter, selvbestemmelse og verdighet innen psykisk helse. WSO arbeider for at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse skal ha samme rettigheter og rettssikkerhet som andre i tråd med FNs konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD).

WSO representerer særlig mennesker som har opplevd feil eller skadelig behandling, blitt utsatt for tvangsbehandling, fått utilstrekkelige tjenester og som ofte ikke blir hørt i møte med tjenesteapparatet.

WSO støtter viktigheten av å re-publisere en revidert retningslinje for psykososial behandling, så medikament-behandling ikke står som eneste behandlingstiltak.

WSO mener det må gjøres et mer omfattende arbeid, med solid brukermedvirkning og ny kunnskapsinnhenting, for å sikre god og virksom psykososial behandling ved psykose-lidelser.

WSO mener det er problematisk at det var en svært begrenset prosess og i realiteten ikke brukerdeltagelse i dette arbeidet.

Den ikke-medikamentelle behandlingen er sentral i god behandling av psykose, og det er utviklingen og utfordringene på feltet krever en mer omfattende prosess enn en forkorting av eksisterende tekst, uten mulighet til å komme med nye innspill.

Det har vært en utvikling i kunnskapsgrunnlaget på ikke-medikamentelle behandlingstiltak siden anbefalingene ble utviklet i 2013, både i forskning og i praksisfeltet, for eksempel med innføringen av medisinfrie tilbud i 2015/16.

Mangler ved behandlingstilbudet for mennesker med psykose-problematikk henger tett sammen med bruk av tvang og menneskerettighetsbrudd. Det er derfor uforståelig for oss at dette arbeidet ikke har blitt prioritert høyere.

Under bakgrunn, metode og prosess skrives det; *Samvalg, fokus på pasientens preferanser og medvirkning er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).*

Dette fremstår løsrevet fra de etterfølgende rådene. Samvalg er ikke nevnt i rådene overhodet, og heller ikke fokus på pasientens preferanser.

Beslutningsstøtte, som er sentralt i CRPD, er ikke nevnt.

Å utrede modeller for beslutningsstøtte i psykisk helsevern har vært en anbefaling fra flere lov-utvalg, senest fra Samtykkeutvalget. Vi etterlyser resultater fra Helsedirektoratets oppdrag på dette området.

Kommentar til Bakgrunn, metode og prosess.

Det skrives under arbeidsform og deltagere at Helsedirektoratet har fått innspill fra fagpersoner fra tidligere arbeid med psykoseretningslinjen til forkorting av løpende tekst fra den avpubliserte retningslinjen.

Helsedirektoratets BrukerRop fikk forespørsel om brukerrepresentanter til en rådgivende gruppe for dette arbeidet, og WSO sendte en representant.

Det bestod av kun et møte, og formen på møtet og den etterfølgende skriftlige prosessen gjorde det umulig å bidra med meningsfull brukermedvirkning.

Det mest sentrale, hvilke behandlingsmetoder og råd fra den tidligere retningslinjen som skulle re-publiseres, var allerede bestemt før møtet. Det bruker-representantene ble invitert til var å jobbe i et felles word-dokument med forkortelse av allerede forhåndsbestemt tekst.

Det at denne rådgivende gruppen er ikke er nevnt under metode og prosess forstår vi som at Helsedirektoratet anerkjenner at dette ikke var meningsfull brukermedvirkning. WSO mener det burde vært inkludert brukermedvirkning i denne prosessen, på et tidlig tidspunkt før avgjørelsen om hvilke råd som skulle re-publiseres.

Kommentarer til 1: Behandlingsmetoder

Overordnet er anbefalingene som foreslås gode, men svært mangelfulle. WSO opplever stor diskrepans mellom anbefalingene og hva som er vanlig praksis i møtet med den psykiske helsetjenesten. Det savnes nye oppdaterte råd basert på den faglige utviklingen på feltet de senere årene. Samtidig etterlyses det konkret hvordan man skal følge opp at den praksis som utføres i dagens psykiske helsetjenester etterfølger anbefalingene og hva som skal være konsekvenser av manglende etterfølging og hvilke tiltak som bør settes inn dersom tjenestene ikke følger anbefalingene.

Angående anbefaling “Nære familiemedlemmer bør inviteres til et samarbeid” burde anbefalingen ha blitt oppdatert i henhold til “Åpen Dialog”¹ hvor ikke bare nære familiemedlemmer blir invitert, men også det videre sosiale nettverket. Punktet under hvordan familiesamarbeid bør foregå: “Familier som har en annen kulturell bakgrunn enn norsk, må få støtte til å bruke sine egne erfaringer fra egen kultur (..)” er en viktig presisering.

“Miljøet i døgneheter bør være støttende, og involvere og engasjere pasientene i behandling og aktiviteter” er viktig, men oppleves ofte som veldig fjernt fra virkeligheten pasientene møter i døgneheterne. At “miljøet i døgneheter bør undersøkes ved hjelp av jevnlig målinger (..)” er en viktig presisering for å sikre at miljøet utvikler seg i en ønsket retning over tid, men her burde veilederen være mer konkret på hvordan slike målinger burde bli utført og hvilke konsekvenser og tiltak som bør settes inn dersom miljøet ikke er tilfredsstillende.

Kommentarer til: 1.1 Andre anbefalinger

Bruker og pårørendemedvirkning

Dette rådet gir ingen konkret beskrivelse av hvordan brukarmedvirkning skal sikres særskilt for mennesker med psykoselidelser.

Dette er problematisk når vi vet at personer med psykose-lidelser er svært utsatt for bruk tvang, og også når det ikke brukes tvang i mindre grad enn andre pasienter får medvirke i egen behandling.

Psykisk helsevern er preget av grunnleggende forståelser om manglende sykdomsinnsikt, at man ikke forstår sitt eget beste og definisjonsmakt hos behandlere over både hva som er menneskers problem og hva løsningen skal være. Dette har konsekvenser også utover de menneskene som til enhver tid blir utsatt for formelle tvangsvedtak. WSO erfarer at disse fordommene og forståelsene er et grunnleggende hinder for å oppnå reell brukarmedvirkning for denne gruppen.

Det henvises til faglige råd for brukarmedvirkning, men disse rådene er generelle og adresserer ikke hvordan brukarmedvirkning skal sikres når personen er fratatt selvbestemmelse.

Samvalg er ikke nevnt i dette rådet. Samvalg kan være et (av flere) verktøy for å styrke brukarmedvirkning på individnivå. Vi viser til Espen Woldsengen Haugom sin forskning på samvalg for pasienter med psykoselidelser som viser;

“– Helsepersonell beskrev at samvalg handlet om å gi informasjon, mens pasientene opplevde at de fikk lite informasjon om sin helsesituasjon og

¹ <https://www.dialogicpractice.net/open-dialogue/about-open-dialogue/>

behandlingsalternativer. De ble vanligvis tilbudt én type antipsykotisk medisin, og annen behandling ble ikke presentert som et alternativ, men som et supplement. Pasientene opplevde deling av beslutninger som avgjørende, og mente de var i stand til dette også i perioder med alvorlige symptomer. Helsepersonell opplevde det som utfordrende å dele beslutninger når pasientene hadde begrenset forståelse av egen situasjon. En relasjon basert på tillit ble ansett som avgjørende for å praktisere samvalg, og økt tilfredshet med tjenestene var assosiert med høyere grad av samvalg.

– Dette er viktig fordi det viser at samvalg vanligvis praktiseres i begrenset grad for pasienter med psykoselidelser. Det betyr at det finnes et potensial for å ta i bruk samvalg i større grad for denne pasientgruppen. Funnene viser at samvalg er mulig dersom det etableres en terapeutisk relasjon basert på tillit. Dette forutsetter at helsetjenestene er organisert slik at helsepersonell har tilstrekkelig fleksibilitet og tid til å bygge tillitsfulle relasjoner. Samtidig er det viktig at helsepersonell får opplæring i hva samvalg er, og hvordan det kan praktiseres.”²

Traumer

Dette rådet er svært viktig, da vår erfaring er at traumer i liten grad blir hensyntatt ved psykose.

Men rådet er svært lite konkret, og gir ingen anbefaling om behandling av traumer ved psykoselidelser.

Etter WSOs erfaring er kompetansen på traumer og traumebehandling mange steder ytterst marginal og mange møtes med behandling og tiltak som er diametralt forskjellig fra hvordan traumepasienter burde møtes.

Øvrige kommentarer

Som nevnt, mener WSO det er nødvendig med grundigere utarbeidede faglige råd basert på oppdatert kunnskap og forskning de senere årene og i tråd med CRPD. Her følger et lite utvalg eksempler på råd WSO mener bør inn.

I høringsutkastet til «Personlighetsforstyrrelser – oppdagelse, utredning og behandling» er det råd om at “Helsepersonell bør gi pasienter i akutt krise mulighet til å fortelle sin opplevelse av krisen og identifisere utløsende faktorer før vurdering av tiltak”. Dette mener WSO er et viktig råd som også bør tas inn som anbefaling/råd for psykoselidelser. Psykose oppstår ofte som en konsekvens av akutt krise og da er det viktig at dette tas tak i før tiltak vurderes.

Basal eksponeringsterapi (BET) er en norskutviklet behandlingsmodell for pasienter med langvarige, sammensatte tilstander og høy belastning av tvang/medikamenter.

² <https://erfaringskompetanse.no/arkiv/samvalg-og-pasienter-med-psykose/>

Modellen kombinerer målrettet eksponering for «katastrofeangst» med komplementær ytre regulering (KYR) og en verdiforankret, frivillighetsbasert ramme³. Fra WSOs høringsuttalelse for “Personlighetsforstyrrelser – oppdagelse, utredning og behandling” repeteres følgende:

Forskning viser:

- Reduksjon i symptomer og økt funksjon under BET²
- Markant reduksjon i selvskadingsrelaterte innleggelser etter BET⁴
- Betydelig nedgang i bruk av tvangsmidler ved implementering av KYR²
- En andel pasienter er medisinfrie flere år etter BET og har høyere funksjon enn de som fortsetter med psykofarmaka⁵

WSO mener BET-kompetanse bør inngå i nasjonale anbefalinger som kjernekompetanse for behandlere som møter de mest sammensatte forløpene, og bør inn som en del av behandlingsmetoder for psykoselidelser.

Psykosehvisking er en oppmerksom menneskemøtemåte som karakteriseres av åpen dialog og respekt for annerledeshet i øyeblikket. Formålet er ikke å slå tilbake psykotiske symptomer, men å fremme relasjonell trygghet mellom den som erfarer psykosen og menneskene rundt.⁶ Det er ikke en behandlingsmetode, men en menneskemøtemåte, foreslått av Merete Nettet. Nettet har også skrevet originalmanus til undervisningsfilmen “Mikrofonen i øredobben”⁷. WSO mener at psykosehvisking som fremgangsmåte for å møte mennesker i psykose bør inn i behandlingsveilederen.

Vi viser også til WHO's veileder for Menneskerettighetsbaserte tjenester, som vi mener bør være førende i videre arbeid⁸.

³ Heggdal, D., Fosse, R., & Hammer, J. (2016). Basal Exposure Therapy: A new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 198. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00198>

⁴ Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D., & Fosse, R. (2017). Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelser grunnet villet egenskade etter Basal Eksponeringsterapi (BET). *Suicidologi*, 22(1), 20–25. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.4682>

⁵ Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P., & Fosse, R. (2018). Medisinfri etter basal eksponeringsterapi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0811>

⁶ <https://www.madinnorway.org/2020/01/psykosehvisking/>

⁷ <https://napha.no/kunnskapsbasen/24211/undervisningsfilmen-mikrofonen-i-oredobben>

⁸ <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>