

Helsedirektoratet
P.B. 7000 St.Olavs Plass
0130 OSLO

Oslo 14.09.08
Deres ref; 08/197-25.06.2008 HER
Vår ref; 1040/3900/2008/TLH/to

HØRINGSUTTALELSE – UTKAST TIL RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV DEPRESJON I PRIMÆR- OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

1. Innledende merknader og vurderinger

Norsk Psykologforening har ventet på å se resultatet av arbeidet med ny retningslinje for depresjon som ble startet i 2005. Men vi var ikke forberedt på at det skulle komme på den måten og på det tidspunktet som nå skjedde i begynnelsen av juli. Derfor vil vi måtte kommentere dette. Videre vil vi knytte noen kritiske kommentarer til noen av de faglige føringene. De 5 hørings-spørsmålene vil bare bli enkelt berørt.

Det ville vært ønskelig å gå kritisk gjennom det faglig vitenskapelige grunnlaget for retningslinjene, men det lar seg ikke gjøre innenfor den tiden som var satt av til å utarbeide høringsuttalelse – dvs to måneder midt på sommeren (juli og august).

I innledningen til hørings-spørsmålene står: ”Hensikten med høringen er å sikre god forankring.” Det er vanskelig å se at det skjer ved å sende på høring viktige retningslinjer på tidspunkt som gjør det maksimalt vanskelig å få gjennom arbeidet dem og dermed bidra til å sikre god forankring.

Denne viktige høringssaken burde gitt tid og rom til å få hentet frem både de faglige og organisatoriske prosesser som nye ’Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten’ fortjener. Denne betenkeligheten blir forsterket av at ikke universitetene og de fagmiljøene som arbeider med behandlingsforskning på psykiske lidelser er med på listen over høringsinstanser. Heller ikke de frittstående instituttene som gir terapeuter videre utdanning er tatt med som høringsinstanser. Slike betenkeligheter blir dessuten forsterket av at de spørsmål som høringsbrevet inneholder, bare har fokus på temaer om retningslinjene som; ’lett å finne fram til anbefalinger’, ’passe omfang’ og ’kortversjon’. Dette sett i helhet ligner i betenkelig grad på de forhold som oppstod ved publiseringen av Helsetilsynets retningslinjer for psykiske lidelser i 2000.

2. Merknader til innholdet i det foreliggende utkastet til retningslinje.

Det er mye bra faglig og godt formulert stoff i de generelle delene av høringsdokumentet (kapitlene 1 til 3). Det gjelder dekning av temaer som; om allianse og samarbeid, informasjon til pasient og pårørende, kultursensitive tjenester, osv. Likeledes synes det å være positivt at i avsnittene under overskriften **Strukturert psykologisk behandling** inngår forskjellige behandlingsformer, (fra side 26 og videre). Tekst "I det følgende presenteres sentrale psykologisk behandlingsmetoder for depresjon og deretter fellestrekk ved en god terapeutisk allianse".

Men her kommer også ett hovedproblemet med retningslinjene frem. Den er logisk konsistent på det punkt at når man kommer til hvilke behandlingsformer som anbefales ved former for depresjon, så er det 'i bunn og grunn' kun kunnskap generert gjennom kontrollerte design som har gyldighet. Honnørordene som kommer i de generelle drøftingene om hva god behandling består av synes å være frakoblet anbefalingene. Dette innebærer at store deler av psykoterapiforskningen faller utenfor det kunnskapsgrunlaget som anbefalingene hviler på.

Svakhetene ved RCT design (se kriterisettet Tabell 1) er i liten grad adressert, slik at praktikerer som ikke er vitenskapelig skolert, har liten mulighet til å vurdere holdbarhetene i de konklusjoner som gies. Veilederen gjenspeiler på i liten grad den debatt og usikkerhet som råder om 'komparativ effekt', og om de vitenskapsteoretiske og empiriske argumentene som drøftes i feltet.

Når man ser på sammensetningen av komiteen, synes den ikke å være sammensatt av fagpersoner som representerer bredden i perspektiver og kompetanse på dette feltet. Helsedirektøren utsagn (side 4): "Den praksis eller fremgangsmåte som er beskrevet må anses å gjenspeile allment aksepterte faglige normer". Når man ser på de konkrete anbefalingene (og ser bort fra honnørordene) har veilederen en betydelig slagside mot medikamentell og Kognitiv terapi og kognitiv adferdsterapi (CBT) typer behandling som lar seg definere presist/operasjonalisere i henhold til et avgrenset bio-medisinsk vitenskapssyn. Tillegg kan man mistenke at man lager retningslinjer som er økonomisk motivert fremfor faglig motivert. CBT studiene fremstår attraktive for beslutningstakere fordi det lover rask virkning – altså god effekt ved lite ressursbruk. Men dette er tall på gruppenivå, med selekterte testgrupper – og kan ikke generaliseres til individnivå. Problemet er at det som da fremstår kortsiktig attraktivt blir dyrt på lang sikt – fordi man ikke tar hensyn til individet, men i hovedsak til metoden i retningslinjene.

De foregående avsnitt utgjør noen hovedpunkter som vi har fått fra behandlingsforskere, men dette er en del av den faglige drøfting som retningslinjen skjærer av ved å basere sine konkrete anbefalinger på en smalere evidens forståelse enn den som fremkommer i den generelle delen. Dette har vi innen den begrensede utvidelse av fristen ikke kunnet gå videre inn i, men man kan frykte at slik fruktbar drøfting skal bli svekket av at retningslinjen blir å oppfatte som normativ gullstandard.

3. Noen mangler ved nåværende utgave av retningslinjen

Veilederen beskriver innledningsvis i kapittel 2, første avsnitt at "...tjenestene må legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ta i bruk egne ressurser for å mestre tilværelsen...".

En hovedmangel ved veilederen – i alle fall dersom en arbeider i kommunene, det burde også være viktig i spesialisthelsetjenesten - er dermed at dette omtrent ikke berøres i veiledere – verken i kapitlene om kartlegging eller i behandlingsveiledningen.

Ressurser, familie/pårørende, interesser, muligheter, mestringsområder, fysiske/økonomiske/praktiske rammebetingelser, egne tanker om behov og bedring osv – Det er gjennom alt dette – i tillegg til terapeutiske samtaler, eventuelt medikasjon og sykehusinnleggelse – at klientene kan bli bedre. Det må derfor både kartlegges og ivaretas i behandlingssamtaler.

Forebygging av depresjon er ikke nevnt – heller ikke helsefremming, folkehelsearbeid, arbeidslivsforskning eller samfunnspsykologiske betraktninger rundt ”Hvorfor blir folk deprimerte, hva er det folk trenger for ikke å bli det?” Det kunne vi synes var interessant ble nevnt i et lite kapittel. Det samme med kriser og traumer, par - og familiekonflikter, samspillsvansker med barn, ekstra livsbelastninger (kronisk sykdom/funksjonshemming hos voksne og barn) etc som fører til depressive reaksjoner – igjen og igjen for noen.

I kommunene – i alle fall for samfunnspsykologer - er det vanskelig å se på og hjelpe et menneske med bare depresjonsperspektivet. Et bredt menneskesyn, fokus på mestring og bedringsprosesser og et godt samarbeid med andre hjelpetjenester, særlig samarbeid med selvhjelpsressurser er for lite utdypet i veilederen.

Siden behandlingsveilederen har fastlegene som sentral målgruppe vil vi bemerke at der burde vært med mer om depressive reaksjoner hos ungdom. Både selvmord og annen selvskading hos ungdom utgjør alvorlige helse problemer. Når den også skal rettes mot unge som er deprimerte bør veilederen også tematisere seksualitet som særlig emne. 25% av homofile mellom 16-23 år blir deprimerte og forsøker å ta sitt liv. Likevel er det ytterst få som møter deprimerte unge som tematiserer seksualitet. Dette bør de oppfordres til gjennom denne veilederen. Veilederen bør også vise til det direktoratsfinansierte prosjektet Rosa Kompetanse i LLH som kan kontaktes om dette tema av alle i helsevesenet for veiledning og kurs.

Familiens fastlege vil vel ofte være den som først blir konsultert når slike problemer kommer til overflaten. I denne sammenhengen ville det være viktig å få oppdatert stillingstagning til bruk av medikamenter som har vært utsatt for bekymringsrapporter når det gjelder farlige bivirkninger.

En brukergruppe av retningslinjene vil være personer med depresjon og deres nærmeste og familie. Både fagspråk og måten retningslinjene blir gitt på, gjør at vi fra Norsk Psykologforening stiller oss spørrende til relevans, signal-, og nytteverdi av de foreliggende retningslinjene. Dette blir forsterket av at 'Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis for psykologer' har gitt betydelig vekt til behandlerens kliniske ekspertise og pasientens preferanser. I norsk kontekst legges det vekt på innformert samtykke og fra dette perspektivet kan man stille seg spørrende til om den foreliggende retningslinjen bidrar til å forsterke behandlerens kliniske ekspertise og pasientens erkjennelse av egne preferanser og dermed hva som trenges ved det innformerte samtykket.

4. Kommentarer til Høringsspørsmålene (kommer fra psykologer i kommunebaserte tjenester): **Høringsspørsmålene er:**

1. Er anbefalingene enkle å finne fram til og anvendelige i praksis? Hvis ikke, hva bør endres og hvordan?

2. Er omfanget på retningslinjene egnet, og hvis ikke hva oppleves som overflødig eller som mangler?
3. Bør det utarbeides en kortversjon der kun de mest sentrale anbefalingene inngår?
4. Er retningslinjene anvendelige i både primær- og spesialisthelsetjenesten?
5. Er retningslinjene tilpasset allmennleger? Hvilke eventuelle forbedringer er aktuelle?

1. Anbefalingene er enkle nok og mulig å finne fram til i praksis.

2. Utredning med EPDS og AUDIT bør nevnes i forbindelse med kartlegging av svangerskaps/barseldepresjon (anbefalt i Kunnskapsstatus sped- og småbarn i risiko, Hansen M. B og Jacobsen, H. R-bup Sør-Øst). Relasjonsbehandling blir for lite tydeliggjort. Spesielt gjelder dette avsnittet om svangerskaps/barseldepresjon. Et av anbefalte tiltak kan være relasjonsbehandling, eks. Marte Meo.

I sammenheng med psykiske vansker som depresjon i svangerskap/etter fødsel hadde det vært ønskelig at det ble omtalt som et tiltak å sykmelde far eller annen nærstående person for å sikre kommunikasjon for barnet.

Under avsnittet om barn av deprimerte foreldre er det viktig å understreke hvor vesentlig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er for at familien får hjelp.

3. Absolutt fordel med kortversjon med anbefalinger

4. Ja

5. Kan ikke ha noen mening på dette

5. Avsluttende kommentar

Norsk Psykologforening beklager å ha måttet gi denne høringsuttalelsen på de foreliggende retningslinjene. Retningslinjene viser mange sterke kvaliteter som vi ikke har kommentert på. Innen rammene for høringsmuligheten som ble gitt har vi særlig fokusert på kritikk av tid og ramme for høringen og noen faglige bekymringer. Dessuten har vi forsøkt å trekke frem noen svakheter eller mangler. Vi forventer at etter bearbeidelse og med inkludering av nettutgave og utredning og oppfølgingsmetoder som er blitt lovet vil den endelige utgaven fremstå som 'godt forankret' i fagmiljø, forskning og befolkningen. For at det skal kunne skje må faglige drøftinger bli hjulpet frem på en annen måte en å kjøre gjennom retningslinjen når sol og sommer preger både fagfolk og befolkningen for øvrig.

Med vennlig hilsen
For Norsk psykologforening

Tor Levin Hofgaard
President

Torleiv Odland
seniorrådgiver