
Statens helsetilsyn anbefaler en ikke-effektiv metode

KORRESPONDANSER

BIRGITTE BOYE

HÅVARD BENTSEN

ULRIK MALT

Statens helsetilsyn har nylig gitt ut et hefte om koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser (1). I heftet blir ”case management” som metode anbefalt, og et opplegg med en personlig koordinator av psykososialt arbeid blir nøye beskrevet.

Koordinering av psykososialt arbeid (case management) som metode ble utviklet i 1970-årene etter nedbyggingen av de store psykiatriske institusjonene. Målet var å holde pasientene i kontakt med helsetjenesten, redusere antall og varighet av sykehusopphold og bedre forløp, spesielt sosial fungering og livskvalitet.

Koordinering av psykososialt arbeid er svært utbredt, til tross for at systematisk evaluering av de studier som foreligger, har vist at metoden *ikke* er effektiv (2). Metoden sikrer at flere har kontakt med psykiatrisk tjeneste og fører muligens til bedre samarbeid med pasienten. Utover dette blir antallet som er innlagt i sykehus omtrent doblet, og muligens øker lengden av sykehusoppholdet. Dette fører *ikke* til bedring i mental eller sosial fungering. Metoden gir ikke bedret livskvalitet og kan øke helsekostnadene. Ut fra dette synes det uforståelig at Statens helsetilsyn anbefaler denne metoden i et grunnlagsdokument.

I motsetning til koordinering av psykososialt arbeid har teambasert målrettet psykososial behandling (assertive community treatment) vist seg å være effektivt i forhold til denne brukergruppen (3). Teambasert målrettet psykososial behandling er overfladisk sett ganske lik ”case management” og har samme mål. Men mens ”case management” vektlegger det personlige bånd mellom bruker og hjelper, dreier den andre metoden seg om forholdet mellom brukerne og et team av fagfolk. Teamet er tverrfaglig sammensatt, og har blant

annet en psykiater. Hvert teammedlem har ofte 10 – 15 brukere, som de arbeider med etter behov. Det fortsettes med tilbud til brukere som faller fra eller er lite motiverte. Teamet forsøker selv å gi den psykiatriske og sosiale oppfølgingen brukeren trenger. Etterlevelse av medikamentell terapi vektlegges. I motsetning til ”case management” styres teambasert målrettet psykososial behandling av spesifiserte modeller. Systematisk evaluering av effekt av dette i forhold til standard behandling viser at metoden fører til at flere forblir i kontakt med helsevesenet, sykehusopphold blir færre og kortere, flere brukere sysselsettes og bor for seg selv og brukertilfredsheten øker. For personer med et stort forbruk av sykehustjenester kan denne metoden være kostnadsbesparende.

Ut fra gjeldende kunnskap er det underlig at teambasert målrettet psykososial behandling ikke blir omtalt og anbefalt i heftet fra Statens helsetilsyn. Faglige anbefalinger fra sentrale myndigheter bør av hensyn til brukere og ressursbruk bygge på de metodene som man vet er mest effektive. Vi oppfordrer med dette Statens helsetilsyn til snarlig å oppdatere heftet *Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser* .

LITTERATUR

1. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens helsetilsyns utredningsserie. 2-2000. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
2. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library 2, 2000. Oxford: Update software.
[Http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm](http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm) (2.6.2000).
3. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library 2, 2000. Oxford: Update Software. [Http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm](http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.htm) (2.6.2000).

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.