

Til

- Helsedirektoratet



Oslo, 29. februar 2012

Ref: 226/3900/AFJ/ph

Høringsvar; Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser

I dette høringssvaret kommenteres generelle overordnede inntrykk, spørsmål som direktoratet har ønsket innspill på, samt mer spesifikke kommentarer på enkelte avsnitt i retningslinjen.

Generelle kommentarer

Psykologforeningen anser direktoratets arbeid for å utarbeide en ny Nasjonal faglig retningslinje for psykoselidelser som svært viktig, og vi ser at et omfattende arbeid er gjort. Det er positivt hvorledes direktoratet understreker frivillighet som utgangspunkt for all helsehjelp, men at man også tydeliggjør hva en anser som rett bruk av tvang.

Det overordnede inntrykket er imidlertid at utkastet generelt bærer preg av et voksenperspektiv, dette til tross for stadig mer kunnskap om psykoselidelsers tidlige debut. Videre fremstår retningslinjen for omfattende og veksler mellom å gi inntrykk av å ville bidra til folkeopplysning, være en lærebok, et oppslagsverk, og en retningslinje. Ulempen med dette er at implementeringen av retningslinjen kan oppleves for krevende eller overveldende for mottaker. Videre kan hovedlinjer gå tapt i tekst som har et mer opplysende preg.

Utover dette er det også riktig å påpeke at en del av teksten i veilederen fremstår som lite gjennomarbeidet, med uklare formuleringer og repetisjon av innhold. Psykologforeningen er av den oppfatning at direktoratet bør gjennomføre en ny gjennomgang og bevilge seg tid til å arbeide frem en mer brukervennlig retningslinje. I den forbindelse viser vi til direktoratets nylige høring av Nasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling av Bipolare lidelser, som er mer tilgjengelig både i omfang og presisjonsnivå.

Hørings spørsmål

1) Bidrar retningslinjen til å tydeliggjøre brukermedvirkning, pårørendes roller og behov og betydningen av brukerkompetanse, samt øke forståelsen av psykoselidelser som dynamiske prosesser?

Psykologforeningen mener at retningslinjen tydeliggjør brukermedvirkning, pårørendes rolle og betydningen av brukerkompetanse. Retningslinjen ønsker å bidra til at psykoselidelser forstås som dynamiske prosesser. Hva som menes med dette kunne med fordel vært mer tydelig og systematisk.

1forts) Bidrar retningslinjen til å dokumentere betydningen av kort varighet av ubehandlet psykose, fasespesifikk og individuelt tilpasset utredning og behandling, utdanning, arbeid og sosial nettverk, trygge boforhold, forutsigbar økonomi.

Retningslinjen understreker betydningen av tidlig intervensjon og kortest mulig varighet av ubehandlet psykose. Likevel, flere steder i dokumentet, så også i innledningen av behandlingskapittelet oppgir direktoratet at ”tidspunktet for når behandlingen settes inn er like viktig som kvaliteten av selve behandlingen”. Selv om det for fagpersoner er åpenbart at det her siktes til betydningen av varighet av ubehandlet psykose (VUP) kan det være for spissformulert. Et slikt gjentatt hovedbudskap bør ha en annen formulering. Isolert sett fremstår dette som en selvmotsigelse i forhold til de klare føringer direktoratet gir når det gjelder ulike terapiformer og behandlings effekt.

Slik Psykologforeningen ser det, er et av de viktigste forholdene som gjør det vanskelig å få redusert VUP i Norge på varig basis, er måten helsetjenestene er organisert på, altså det skarpe organisatoriske og finansielle skillet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For nærmere redegjørelse se vedlegg 2.

Retningslinjen synes tydelig i sitt overordnede fasespesifikke fokus. Videre kommer betydningen av psykoedukasjon og stabilitet i behandlingskontakt godt frem. Kapittel 16 belyser viktigheten av utdanning og arbeid på en tydelig og grei måte, og betydningen av trygge og gode livsbetingelser for denne pasientgruppen dokumenteres.

2) Svarer anbefalingene på følgende faglige spørsmål:

Hvordan ivareta brukermedvirkning i ulike deler av forløpet?

I all hovedsak er dette ivaretatt. Likevel ønsker Psykologforeningen å føye til at mennesker med psykoselidelser er like heterogene som alle andre. Dette vil også kunne bety at det for denne gruppen vil foreligge ulike preferanser for ulike psykoterapeutiske behandlingsmetoder. Dette bør tydeliggjøres i retningslinjene.

Er utrednings- og behandlingslinjen for personer med førstegangpsykose tydelig?

I et voksenperspektiv anser Psykologforeningene at dette er relativt tydeliggjort, men ikke i forhold til barn og unge. Dette kan virke paradoksalt når en av hovedintensjonene er å bidra til tidlig oppdagelse og intervensjon. Foreningen savner for øvrig også en tydeliggjøring og konkrete eksempler på behandlingsplaner både for barn og voksne.

Psykoselidelser hos barn og ungdom: Det kan virke som direktoratet ikke helt har tatt inn over seg at nyere forskningen tyder på at en betydelig andel av psykoselidelsene debuterer allerede i ungdomsalderen. I avsnitt 8.2 (s 61) refereres at Schimmelmann et al (2007) som *fant at nær 20% av pasienter med affektiv og schizofreniform psykose hadde debut under 18 år (1)*. Det er imidlertid svært interessant at i den samme studien fant man at nær 50% av de som tilfredsstilte kriteriene for schizofreni etter DSM-4 kriteriene var under 18 år. Dersom dette er et generelt holdbart funn, betyr det at nær halvparten av mennesker med schizofreni etter DSM-4 kriteriene, bør diagnostiseres innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Dessverre er det fortsatt slik at de færreste diagnostiseres så tidlig. Dette gir alt for mange ungdommer en lang varighet av ubehandlet psykose, med medfølgende kraftig svekket prognose for tilfriskning og helbredelse. Chuma J, Mahadun P. (2011)

konkluderer i sin systematiske gjennomgange av “*prospective studies investigating the predictive validity of prodromal criteria in schizophrenia*” med at “*Both ultra-high-risk criteria and basic-symptoms criteria are useful in predicting the development of schizophrenia among high-risk populations*”(2). Dette gir psykisk helsevern både større mulighet og større ansvar for et godt forebyggende arbeid overfor ungdom og voksne i risiko for utvikling av denne svært alvorlige psykiske lidelsen.

Psykisk helsevern for barn og unge: Det er sterk evidens for at kort varighet av ubehandlet psykose gir betydelig bedret prognose. Retningslinjen tar mål av seg til å bidra til dette. Ut fra forskningsfunnene nevnt ovenfor, vil altså systemforbedringer og kompetanseheving innen psykisk helsevern for barn og unge (PHBU,) samhandling mellom barne- og ungdomspoliklinikkene for psykisk helsevern (BUP) og kommunens aktuelle tjenester, kunne gi vesentlig bidrag til reduksjon i VUP. Det er derfor en svakhet at det ansvaret som hviler på BUP ikke kommuniseres tydeligere i retningslinjen. Videre er det viktig at ambulante spesialteam for psykose ikke organiseres for fjernt fra de allmennpolikliniske teamene i BUP. Dette for å sikre kompetanseutveksling begge veier, gjennom at medarbeiderne ved poliklinikkene får anledning til direkte klinisk samarbeid om konkrete pasienter med Tidlig intervensjon ved psykose teamet (TIPS). Dermed settes også de allmennpolikliniske BUP-teamene bedre i stand til å oppdage tidlige tegn på psykose/risiko for psykose og å sørge for å få disse pasientene utredet av spesialteamet.

Forslag:

3	Alle BUP skal ha/ha tilgang til et poliklinisk ambulant team for tidlig intervensjon for barn/ungdom med psykose (TIPS) og for barn/ungdom i risiko for utvikling av psykose (UHR). Teamet skal ha stort nok opptaksområde til å få tilstrekkelig mengde- og breddeerfaring. Videre skal teamet være organisert og ha sine arbeidsoppgaver utformet slik at en gjensidig kompetanseutveksling kan finne sted mellom TIPS-teamet og de allmennpolikliniske teamene ved BUP.	A
---	--	---

Beste effektive omsorgsnivå; BEON-prinsippet (tidligere lavest effektive omsorgsnivå; LEON-prinsippet)

Det er videre en svakhet at retningslinjen ikke tydeligere understreker BEON-prinsippet. Forskning viser at prognosen i de aller fleste tilfeller blir best når utredning og behandling av pasienter med psykose/risiko for psykose gjennomføres poliklinisk eller ambulant. Døgn- og sykehusinnleggelse vil være nødvendig i en del spesielt komplekse tilfeller og i tilfeller der alvorlig selvmords- eller voldsrisiko er tilstede. For ungdom er BEON-prinsippet særlig viktig med tanke på i størst mulig grad å sikre deltakelse i naturlig miljø og aktiviteter og redusere sannsynligheten for kronifisering.

Forslag:

Det tydeliggjøres i retningslinjen at utredning og behandling av psykoselidelser fortrinnsvis skal foregå lokalt, ambulant og poliklinisk

Hvordan utrede samtidige lidelser?

Generelt bør kapittelet om komorbide lidelser revideres slik at det faglige innholdet fremstår tydeligere. Differensialdiagnostikk for psykose lidelser og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er særlig utfordrende og komplisert. Det er derfor av betydning at retningslinjen er klar og tydelig. Psykologforeningen har et konkret forslag til hvorledes teksten kan forbedres. Se vedlegg 1.

Hvilke terapiformer har dokumentert effekt?

Psykologforeningens innvending er hvorledes direktoratet vekt elementene i kunnskapsbasert praksis, og hvilke føringer dette legger for behandling av psykoselidelser. Retningslinjens anbefalinger tar utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis hvor forskning, klinisk erfaring og brukermedvirkning danner grunnlaget for behandling. Psykologforeningen mener at det er en stor utfordring å tydeliggjøre hvordan klinisk erfaring utfyller forskning og brukermedvirkning, og retningslinjen savner gjennomgående dette perspektivet til tross for at premisset om tredelingen legges til grunn i innledningen.

Avsnitt 13.6 Psykodynamisk psykoterapi (inkludert psykoanalyse)

Psykologforeningen er av den oppfatning at avsnittet om psykodynamisk terapi er fragmentert, usammenhengende og mangler en overordnet teoretisk overbygning. Kapittelet trenger en særlig omskrivning. På side 111 under behandling skrives ”Det kan i praksis være vanskelig å skille mellom dagens strukturerte kognitive tilnærminger og moderne psykodynamisk psykoterapi ved psykoser”. Dette bør i så fall få tydeligere konsekvenser for behandlingsanbefalingene.

Er kapittelet om samhandling og ansvarsdeling dekkende?

Retningslinjenes omtale av ansvar i kommunen er mer veiledende enn at en setter en klar retning for hvorledes dette skal foregå. Vi mener dette er en svakhet. Se for øvrig forslag til hvorledes Psykologforeningen mener dette kunne konkretiseres nærmere (vedlegg 2). I de kommuner hvor psykolog er en del av tjenestetilbudet bør der være en automatisk kobling til denne når bekymring om utvikling eller mistanke om psykoselidelser foreligger. Direktoratet beskriver også hvorledes fastlegen kan være en koordinerende instans for gode helsetjenester til denne gruppen. Selv om intensjonen her er gode er det et spørsmål om beskrivelsen er tilpasset fastlegens praktiske hverdag og dermed at premisset for førstelinje behandlingen hos sårbare pasienter er urealistisk. Den nye loven om kommunale helse og omsorgstjenester krever at kommunene etablerer en egen koordineringsenhet og en personlig koordinator for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. En retningslinje fra myndighetene bør omtale hvilken funksjon denne skal ha for pasienter med psykoselidelse.

3) Virkemidler som kan bidra til god implementering

Til dette spørsmålet mener Psykologforeningen at det særlig er nødvendig med en ny revisjon av retningslinjene slik at den fremstår som mer brukervennlige. Når dette foreligger kan en tanke være at kompetansemiljøene i Oslo og Stavanger pålegges et særskilt ansvar fra helsedirektoratet til undervisning og implementering i spesialisthelsetjenesten samt kommunale helse og omsorgstjenester.

Spesifikke kommentarer

I det følgende vil Psykologforeningen gi enkelte spesifikke kommentarer på områder som anses som vesentlige.

11.3 Farlighet knyttet til psykoselidelser

Det fordrer tydelighet og nøkternhet å formulere kunnskapsbasert praksis rundt psykoselidelser og vold. Særlig fordi faren for belastende stigmatisering er betydelig. Det bør også på en helt annen og langt tydeligere måte fremkomme at komorbid psykoselidelse og ruslidelse utmerker seg som risikofaktor. Dette bør få klare implikasjoner for behandlingsdelen av veilederen. Avsnittet fremstår tekstmessig dels selvmotsigende og forvirrende når det gjelder risikofaktorer og psykose. Det bør videre tydeliggjøres i større grad at det er sprikende evidens når det gjelder sammenhengen mellom farlighet og psykoselidelser (6).

12.1.6 Depresjon og selvmordsfare

Det bør tydeligere komme frem at undersøkelse av selvmordsfare ikke bør være avgrenset til deprimerte pasienter. Selvmordsrisiko for pasientgruppen er jo generelt høy, slik det beskrives i kapittel 11.

12.2.5 Voldsrisiko

Når det gjelder utredning av voldsrisiko med Violence risk screening-10 (V-RISK-10) passer dette også godt i en mer ordinære polikliniske setting, noe som med fordel kan tydeliggjøres. Likelede kan retningslinjen gi inntrykk av at The Historical-Clinical-Risk Management -20 (HCR-20) også kan brukes som screening. HCR-20 er mye mer omfattende og krever særskilt sertifisering. HCR-20 kan eventuelt brukes der V-RISK-10 peker i retning av forhøyet voldsrisiko og dette må utredes nærmere (7). Retningslinjen avholder seg fra å gi langsiktige spesifikke behandlingsråd med tanke på vold. Dette oppfatter Psykologforeningen som ugreit. Når det foreligger en sterk sammenheng mellom bruk av vold og samtidig rus og psykoselidelser burde forebyggende langtidsbehandlingen klart inneha et fokus på rusfrihet og compliance.

Ad) barn som pårørende

I lys av hvor viktig omsorg og tilknytning er for risiko for utvikling av alvorlige psykiske lidelser og likeledes hvor sentral arvelighet er for slik risiko, er det uheldig at det ikke har blitt gitt en anbefaling med gradering (s 37f) for oppfølging av barn til foreldre med psykose. (se også pkt Gravide og ammende nedenfor)

Forslag:

1	Barn av foreldre med psykose skal følges opp etter lovkravene. Problemer med å fungere i foreldrerollen er en del av symptombildet i faser med psykose	A
---	--	---

Ad) gravide og ammende

Her (s 180) siteres Melle m.fl. (2002) på at *Barn av mødre med schizofrenidiagnose kan være mer omsorgskrevende spedbarn enn vanlig. Dette kan ha sammenheng med vansker med regulering av sult-/metthetsfølelse, søvnrytme, oppmerksomhet og motorikk (8)*. Slik dette er formulert her, kan en få inntrykk av at schizofrene mødre har en tendens til å få særlig omsorgskrevende barn, altså at dette er en egenskap ved barna. Nyere forskningen på samspill og relasjon mellom spedbarn og omsorgsgiver viser hvor avgjørende det inntonede og synkrone samspillet er for spedbarnets utvikling. Det er mulig at det i faser av en psykose kan være vanskelig for omsorgsgiver å gå inn i et slikt nyansert samspill med barnet. Sitatet fra Melle m.fl. (2002) kan gi leseren et begrenset og dermed feilaktig inntrykk og bør enten gis mer kommenterende tekst eller kuttes ut.

Videre bør det inn et ”kulepunkt” i anbefalingene for oppfølging under graviditet og spedbarnstid vedrørende tilbud om vurdering av og hjelp til å etablere og opprettholde ”godt nok” samspill med barnet. Både helsestasjon og Sped- og småbarnsteamene ved BUP har kompetanse til å yte slikt tilbud.

Ad) særskilte pasientgrupper

Avslutningsvis ønsker Psykologforeningen å gjøre oppmerksom på uheldig innledende setning i avsnitt 17.1.1. ”Det er selvfølgelig noen pasienter med alvorlig psykoselidelse (schizofreni) som blir eldre”.

Med vennlig hilsen

Tor Levin Hofgaard

President

Norsk Psykologforening

Referanser

1) Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, McGorry PD, Lambert M. Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res* 2007;95(1-3):1-8.

2) Chuma J, Mahadun P. Predicting the development of schizophrenia in high-risk populations: systematic review of the predictive validity of prodromal criteria. *Br J Psychiatry*. 2011 Nov;199(5):361-6.

3) Karterud, S. og Monsen, J.T. (1997). *Selvpsykologi, Utviklingen etter Kohut*.

4) Kim, D.M. , Wampold, B.E. & Bolt, D.M. (2006). Therapist effect in psychotherapy: *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.

5) Rønnestad, H.M. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi, *Tidsskrift for Psykologforeningen*, 45, 444-454.

6) NOU 2010:3 *Drap i Norge i perioden 2004-2009*

7) www.kompetansesenteret.no

8) Melle I, Johansen R. De usynlige barna - når mor eller far har schizofreni. *Tidsskrift Norske Lægeforening* 2002;122(23):2299-302.

Vedlegg 1)

Forslag til endring av tekst under kapittel 10.5. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (PDD) inkludert Asperger syndrom. Endringer/tilføyelser i hele eller deler av setninger er satt i fet kursiv. Opprinnelig tekst som bør stå er i normal skrifttype.

De gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene er kjennetegnet ved medfødte/tidlige avvik i sosial samspill, kvalitative avvik i kommunikasjon og repetitiv/stereotyp atferd. **Tegn som isolasjon, nedsatt sosial kompetanse, anhedoni, *initiativløshet*, *svak* øyekontakt, emosjonell dysregulering, stereotyp atferd, alogi, *idosynkratisk eller fattig* språk**, kan være til stede både ved PDD så vel som ved schizofreni (156). ***Disse symptomene vil i ulik grad være tilstede ved en aktiv psykose. Funn viser at personer med Asperger syndrom kan skåre høyere på mål på tankeforstyrrelser, disorgansiert tenkning og problemer med realitetstesting enn normalpopulasjonen. Man bør avklare om det foreligger en utviklingsforstyrrelse for best å vurdere graden av psykosesymptomer. Blant annet avvik ved kommunikasjon og kognisjon kan feiloppfattes som psykosesymptomer ved PDD.*** Feildiagnostisering kan forekomme begge veier (156;157) ***En bør også være oppmerksom på at studier har vist at personer med autismedidelser har en overhyppighet av ubehandlede psykisk lidelser, og at man i for stor grad kan oppfatte psykosesymptomer som en del av utviklingsforstyrrelsen. Videre kan symptomutvikling og symptomuttrykk ved psykisk lidelse være atypisk hos personer med utviklingsforstyrrelser. Diagnostikk er derfor særlig utfordrende i forhold til personer som har begge tilstander.*** Det er identifisert en gruppe personer som har både gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/Asperger og ulike psykoselidelser (158-160). Gruppen er spesielt utsatt for å utvikle stemningslidelser (159). ***God differensialdiagnostikk ved psykoser og utviklingsforstyrrelser fordrer grundige opplysninger vedrørende etiologi, anamnese og utviklingshistorikk, for å avklare i hvilken grad symptomene har vært en del av den permanente fungeringen, eller oppstått på et senere tidspunkt*** (162). Nylig har man identifisert en undergruppe barn/ungdom med PDD_NOS, ”Multiple Complex Developmental Disorder”, som har en overhyppighet for utvikling av psykose senere i livet (84; 163).

Vedlegg 2)

Er kapittelet om samhandling og ansvarsdeling dekkende?

Det er vanskelig å få redusert VUP i Norge delvis på grunn av måten helsetjenestene er organisert på og delvis på grunn av manglende psykologkompetanse i de kommunale tjenestene. Gitt disse forhold blir det spesielt viktig at kravene om samhandling og ”sam-ansvar” er formulert entydig og ufravikelig. Dette kan ikke sies å være tilfelle med retningslinjens samhandlingskapitel. Det er også viktig at man i egne avsnitt forsøker å tydeliggjøre hvert av tjeneste nivåenes ansvar, slik retningslinjen gjør i bl.a. avsnittene 15.2 og 15.4. For å motvirke ansvarsdiffusjon er det nødvendig å bli helt tydelig på konkrete krav til samhandling, noe det gis enkelte forslag til nedenfor.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom (s145-6) er for utydelig tegnet inn i samhandlingen for å oppnå tidlig oppdagelse av ungdom med psykoselidelse. Likeledes er deres potensial for bidrag inn behandling, oppfølging og tilrettelegging for ungdom med psykoselidelse ikke tydeliggjort. Grunnen til at skolehelsetjeneste og helsestasjon bør tillegges en viktig rolle, er at dette er vel etablerte tjenester, som når hele årskullene, de innehar viktig lokal miljøkunnskap, er lavterskel og oppfattes lite stigmatiserende. Dessuten påpeker retningslinjen (s 147) ganske riktig, at ungdom benytter fastlegen i liten grad (6-11%). Derfor er det en bedre strategi å satse på tilbud som ungdom i større grad ”naturlig” benytter seg av, dvs. ”å gå med og utnytte tyngdekraften”, isteden for å forsøke ”å grave kunstige kanaler” for ungdoms hjelpsøkende atferd. Disse kommunale tjenestene er imidlertid avhengig av spesialisthelsetjenestens aktive bidrag ved at BUP-poliklinikker må forpliktes til å ha faste ”ute-dager” her. BUP’s medarbeidere kan da møte ungdom som skolehelsetjenesten / helsestasjonen har behov for vurdering av og samarbeid i forhold til. Direkte samhandling rundt aktuelle brukere og pasienter er dessuten den mest effektive form for faglig kompetanseheving begge veier mellom helsetjenestenivåene, og kan også bidra til å bygge ned myter om hverandres tjenester.

I det hele tatt er krav til at kommune- og spesialisttjenestene driver tilbud sammen, alá det som over er beskrevet ovenfor mellom BUP og skolehelsetjeneste/helsestasjon, for lite poengtert i utkastet. Det er bra at Assertive Community Treatment (ACT) -team gis gradering A, men dette er et tilbud overfor pasienter med svært komplekse tilstander langt ute i deres sykdomsforløp. For å redusere VUP og dermed bedre prognosen for pasienter med fare for psykoseutvikling bør også BUP’s tilstedeværelse i skolehelsetjeneste/helsestasjon graderes A.

Forslag:

3	Det skal utformes forpliktende samarbeidsavtaler mellom PHBU og kommunene om at BUP medarbeidere med kompetanse på psykoselidelser regelmessig skal ha ”ute-dag” ved skolehelsetjenesten på de videregående skolene. Her skal BUP’s medarbeidere bl.a. ha vurderingssamtaler med ungdom som helsesøster vurderer at kan være i risiko for utvikling av alvorlig psykisk lidelse	A
---	---	---

Til sist må det nevnes at det er påfallende at psykisk helsevern for barn og ungdom (PHBU) ikke er nevnt i samhandlingskapitelet. I innledningen til kapitelet (s 157) er det satt inn en ramme med en tekst som oppfordrer aktuelle instanser i kommunene og spesialisthelsetjenesten til å samarbeide fra første gang pasienten kommer i behandling. Det er ”symptomatisk” i forhold til retningslinjens ensidige ”voksen-fokus” at ikke BUP er nevnt som en av instansene her. Voksen-fokuset understreks ytterligere ved at samhandling mellom kommune og DPS er viet et eget avsnitt (avsnitt 15.6, s 160),

mens det ikke finnes noe tilsvarende avsnitt for samhandling mellom BUP og kommunen. De kommunale instanser som yter service til ungdom er til dels helt andre (barnevern, helsestasjon, skolehelsetjeneste, skole, barnehage, PPT, m.fl.) enn de som yter service til voksne. Altså har BUP en svært ulik kontaktflate med kommunene enn DPS.

Forslag:

Retningslinjens samhandlingskapittel må få et eget avsnitt for "Samhandling mellom kommune og BUP"