

Helsedirektoratet

Oslo, 10. september 2025
Journalnr. 143-2025/ Vår ref: HKS/AFJ

Norsk Psykologforenings innspill til Nasjonal faglig retningslinje for personlighetsforstyrrelser

Norsk Psykologforening mener det er svært positivt at det utarbeides en nasjonal faglig retningslinje for personlighetsforstyrrelser og takker for muligheten til å gi innspill. Det bes om innspill via forms, men malen oppfattes både uhensiktsmessig og uklar. Vi velger derfor å sende vårt innspill som generelle kommentarer slik at de blir mest mulig meningsbærende og helhetlig.

Om lesbarhet, opplevde nytte og oppbygning av retningslinjen

Innholdet i overskriftene fremstår noe tilfeldig med en del gjentakelser. Standardoverskriftene: *Anbefaling, Praktisk informasjon, Begrunnelse* og til dels *Forskningsgrunnlag* er lite beskrivende og kan virke forvirrende. PICO – forskningsgrunnlag – kan med fordel forklares og begrunnes. Flere overskrifter mangler innhold som samsvarer, for eksempel pårørendes opplevelser. Det hadde også vært naturlig å omtale forekomst, samt individuelle og samfunnsmessige omkostninger i innledningen til retningslinjen.

Kommentarer til anbefalingene:

Kompetanse- opplæring, veiledning og teamarbeid

Psykologforeningen mener det er behov for en holdningsendring til personlighetsforstyrrelser (PF). Det bør derfor tydeliggjøres mer at PF ikke er en kronisk diagnose, men en tilstand som kan ha god prognose ved individuelt tilpasset helsehjelp. Kompetanseheving er nødvendig for å endre holdningene, og dermed også behandlingstilnærmingen og forståelsen.

Vi mener man bør vurdere om PF burde omfattes av prioriteringsveilederne. Diagnoser utløser rett til helsehjelp, men kunne identitetsvansker, og relasjonelle vansker vært tilstrekkelig for å utløse tiltak/behandling? Kriteriene *alvorlighet, nytte og ressursbruk* er ikke direkte omtalt i veilederen, men pasienter vurderes utfra fungering langs en alvorlighetsskala basert på blant annet personlighetstrekk. Undergruppene vil på sikt bli fjernet og erstattet av alvorlighetsgrad. Denne endringen kan med fordel ses i sammenheng med alvorlighet, nytte og ressurs-kriteriene.

Det står i begrunnelse for rådene «Diagnostikk skal fortsatt gjøres fortsatt i henhold til ICD-10. Før publisering av retningslinjen vil Helsedirektoratet utarbeide en oversikt over hva dette innebærer.» Vi er kjent med at ICD-11 bidrar til ny forståelse, utredning og behandling av PF¹. Retningslinjene bør derfor revideres så snart ICD-11 foreligger.

I retningslinjen listes det opp opplæringsressurser tilgjengelig hos både kommersielle og ikke-kommersielle aktører. Det er ikke hensiktsmessig at et nasjonalt normerende produkt inkluderer konkrete navn på kommersielle tilbydere. Psykologforeningen mener en det heller bør henvises til generelle kriterier for kvalitet og innhold i opplæringsressurser, fremfor å navngi spesifikke tilbydere.

Når det gjelder veiledning til behandlende helsepersonell anbefaler vi fokus på fellesfaktorer, kliniske ferdigheter og etiske refleksjoner, samtidig som det åpnes for fordypning i ulike metoder. Personer med personlighetsforstyrrelser har ofte sammensatte behov. For ensidig vektlegging av metodespesifikk veiledning kan gjøre det vanskelig å ivareta helheten i pasientens situasjon, særlig når man må kombinere flere tilnærminger. Veiledningsordningen bør utformes slik at den fremmer dialog og samarbeid mellom ulike fagtradisjoner, heller enn å sementere metodiske skillelinjer.

Videre oppleves retningslinjen som uklar når det gjelder oppgavedeling mellom kommuner og sykehus. Det bør blant annet komme frem tydeligere hvem som har ansvaret for hva når det gjelder behandling og oppfølging i kommunen. Samt hvilke typer kompetanse som fordres for å kunne gi slikt tilbud Vi mener også at anbefalingen om samarbeid bør få graderingen *skal* i stedet for *bør* blant annet fordi det samsvarer med samarbeidsreformen. Mange pasienter med alvorlig PF har en kompleks tilstand med behov for samtidige tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjeneste for at tilbudet skal være forsvarlig.

Oppdagelse, utredning og behandling

Tidlig intervensjonsfokus er viktig, og behandlere bør ha en utviklingspsykologisk innfallsvinkel i behandling og utredning. Forebyggende tiltak som kan iverksettes tidlig har effekt. Dette bør tydeliggjøres.

Vi anbefaler at retningslinjen understreker at ungdom med personlighetsforstyrrelse kan følges opp i BUP frem til 23år. Overgangen fra ungdom til voksenhelsetjeneste er en kritisk fase hvor mange faller ut av behandlingstilbudet. Forlenget oppfølging vil kunne bidra til å bevare en stabil relasjon til behandler i en særlig sårbar periode for personlighetsutvikling. Dette vil gi bedre forløp, redusere risiko for avbrudd i behandling og på sikt kostnadsbesparende.

Også ansvarsfordeling mellom barnevern og psykisk helsevern barn og unge (PHBU) bør beskrives tydeligere. Det kan oppstå misforståelser og ansvarspulverisering om hva som er gode hjelpetiltak. Unge jenter med ustabile personlighetstrekk er eksempel på en gruppe som særlig rammes av manglende felles forståelse mellom PHBU og barnevern². Psykologforeningen mener det er viktig at det utformes en felles retningslinje for hvilke

¹ <https://www.cambridge.org/no/universitypress/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology/making-sense-icd-11-mental-health-professionals?format=PB&isbn=9781009182249>

² [Høring-pilotering-av-spesialisthelseteam-barn-og-unge.pdf](#)

behandlingstiltak som skal igangsettes i tråd med evidensbasert praksis. Den tidvis svært splittede forståelsen fra de ulike tjenestene av hva denne gruppen behøver, skaper unødige forvirring og uforutsigbarhet for sårbare individer. Å bygge slik at barnevernsinstitusjonene har en helseansvarlig og BUP har en barnevernsansvarlig bør være en struktur som det er mulig å bygge videre på, både med tanke på faglig kompetanse og at disse funksjonene er knyttet til ledere med ansvar og myndighet.

Pasienter med personlighetsforstyrrelser har særlig behov for forutsigbarhet og kontinuitet i relasjonen til behandler, og retningslinjen bør tydeliggjøre dette. Bruk av vikarer og midlertidig ansatte bør begrenses, slik at risikoen for økte relasjonsbrudd minimeres. Dette vil forhindre at en allerede relasjonssensitiv pasientgruppe utsettes for ytterligere brudd som kan forverre tilstanden. Tiltaket vil styrke terapeutisk allianse og dermed bidra til bedre behandlingsutfall. Dette er også i tråd med blant annet NICE anbefalinger for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor enkeltstående oppfølging med kortere varighet frarådes og forløp med én hoved behandler tilstrebes³.

Innholdet i retningslinjen har en tydelig slagside mot emosjonell ustabil og unnvikende personlighetsforstyrrelse. Det bør vurderes om det skal komme frem tydeligere at man har bedre evidens for behandling av noen personlighetsforstyrrelser enn for andre. Våre medlemmer forteller at det i praksis ser ut som mennesker med noen personlighetsforstyrrelsers diagnoser får tilbud, mens andre får det mye sjeldnere.

Retningslinjen kan med fordel være enda mer eksplisitt og detaljert når det foreligger spørsmål om følgetilstander eller samtidige lidelser. Under punktet «Behandling av samtidige lidelser etter eller integrert i behandling av personlighetsforstyrrelsen», er noe tilstander omtalt, men oppfattes som utilstrekkelig. Er personlighetsforstyrrelser grunn til å unngå å gi behandling av samtidige lidelser eller henvise til mer spissede tilbud (OCD eller PTSD), eller er kontinuitet og behandling viktigst? For eksempel står det noe om at depresjon og andre angstlidelser vanligvis avtar når personlighetsforstyrrelsen behandles, men det må utdypes. Vi anbefaler også at nevroutviklingsforstyrrelser og evnenivå omtales her.

Anbefalingene om døgntil behandling fungerer godt, spesielt viktig er det at det understrekes at også pasienter med personlighetsforstyrrelser kan være i behov av døgntil behandling ved akutte kriser. Det kan likevel vurderes om det bør være en omtale av de utfordringene og risikoene som kan være forbundet med innleggelse ved borderline personlighetsforstyrrelse (BPD). Vi mener at dette bør inngå som en del av vurderingsgrunnlaget ved akutt innleggelser. For eksempel kan innleggelse noen ganger føre til negative terapeutiske spiraler, der både pasient og behandlere blir fanget i følelseladete dynamikker som hemmer effektiv behandling. Pasienter med BPD som har livstruende atferd, impulsivitet og emosjonell ustabilitet kan oppleves belastende og gir risiko for redusert kvaliteten på omsorgen.

Avsluttende kommentar

Psykologforeningen håper og tror at innspillene fra våre medlemmer er nyttige og vil styrke retningslinjen ved å understøtte de grunnleggende prinsippene om kontinuitet, relasjonell stabilitet og kompetansebygging. Selv om tiltakene vil ha organisatoriske og ressursmessige

³ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>

konsekvenser, vil det på lengre sikt gi mer effektive tjenester og bedre livskvalitet for pasientgruppen.

Som virkemiddel kan disse forslagene, ses i en større sammenheng ved å styrke rammene for generelt god behandling i psykisk helsevern. De representerer et systematisk grep for å sikre stabile relasjoner og helhetlige behandlingsforløp, og bør vurderes for å styrke kvaliteten i tjenestene på tvers av nivåer.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening



Håkon K. Skard
President