

Anbefalingene i utkast til nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser.

Begrunnelsen for anbefalingene er dokumentert i egne skjema i vedlegg. Nummeret gjentas på skjemaene.

Evidensnivå graderes fra 1a til 4, der 1a begrunnes ut fra kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier. 4 kan begrunnes i konsensus hos kliniske eksperter og brukerrepresentanter området samt ulike rapporter, rundskriv eller lignende.

Bokstavene A til D brukes til å gradere styrken i anbefalingene, der A er den sterkeste.

Mer informasjon om gradering av evidensnivå og anbefalinger er beskrevet i kapitlene 2.6.1 og 2.6.2

Nr	Evidensnivå	Brukermedvirkning	Gradering	Sidetall i dokumentet
1	4	Behandling og oppfølging av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.	A	35
2	3	Intervensjonsprogrammer, som "Brukermedvirkning i praksis", bør tas i bruk for å bedre helsepersonell og brukeres kompetanse om brukermedvirkning.	B	35
3	4	For ungdom mellom 16 og 18 år er det viktig at foresattes rett til tilstrekkelig informasjon, for å utøve sin foreldrerolle på en god måte, blir ivaretatt. Samtidig må den unges behov for uavhengighet ivaretas.	A	37
4	3	Rutiner for samarbeid med pårørende tilpasses de rollene de har, og fokuserer på kunnskapsutveksling, veiledning og støtte.	B	38
	Evidensnivå	Generelle prinsipper for god praksis	Gradering	
5	3	Det må tilrettelegges for et godt personlig møte og en god relasjon mellom bruker og fagperson.	C	40
6	2b	Kontinuitet i behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser er sentralt og	A	41

		bør opprettholdes også i perioder når brukeren trekker seg tilbake.		
	Evidensnivå	Psykose i ulike faser	Gradering	
7	1b	Psykiske lidelser, herunder psykoselidelser, utvikler seg i stadier eller faser. Utredning, behandling og oppfølging må være fasespesifikk og individuelt tilpasset.	A	64
8	1b	Alle regionale helseforetak bør ha en strategisk plan for systematiske informasjons- og antistigmatiltak.	A	65
9	4	Spesialisthelsetjenesten bør ha særlige utrednings- og behandlingsopplegg for de pasientene som ikke kommer ut av førstegangpsykose innen tre måneder	B	69
	Evidensnivå	Samtidige lidelser (komorbiditet)	Gradering	
10	1b	Samtidige psykiske tilstander skal identifiseres og behandles for å redusere negativ innvirkning på prognose og resultat av behandlingen.	A	71
	Evidensnivå	Utredning	Gradering	
11	2b	Utredningen bør skje i henhold til en utrednings- og behandlingslinje som også inneholder en anbefalt tidsakse for de ulike utredningsinstrumentene.	A	82
12	3	Utredning av psykoser hos unge må ta hensyn til utviklingsnivå og evnenivå, samt større variasjon i symptom- og fungeringsnivå og et mer differensiert klinisk bilde enn i andre aldersgrupper	B	84
13	1b	Kognitive vansker er vanlig ved psykose, og ses hos en majoritet av personer med schizofreni. Det er viktig å ta hensyn til dette ved utredning, behandling og oppfølging, samt å gi informasjon til pasienter og pårørende når det er aktuelt.	A	86
14	2b	Det anbefales å screene for kognitive vansker med et	B	86

		testbatteri som fanger opp mest mulig relevante kognitive funksjoner.		
15	2a	Ved samtidig psykose og rusbruk anbefales anvendelse av kompetanse både på rus og psykose for utredning, behandling og oppfølging.	B	88
16	1b	Screening for alkohollidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT.	A	89
17	3	Screening for stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT.	B	89
18	4	Screening for ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som supplement til annen type screening, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger.	C	89
19	3	EuropASI kan brukes som hjelpemiddel til utredning av sosiale forhold, utdanning, arbeid og økonomi, bruk av alkohol og stoff, kriminalitet, familie og nettverk.	B	89
20	3	Ved rusinduserte psykoser bør primærpsykose vurderes dersom psykosesymptomene vedvarer etter en måned ved fravær av stoffbruk, og ved gjentatte episoder eller varighet av rusutløst psykose på mer enn 6 måneder. Oppfølging over tid er viktig for å validere diagnoser fra akutte psykoseepisoder med samtidig rusbruk.	B	89
21	2b	Ved begrunnet mistanke om økt farlighet kan V-RISK-10 eller HCR-20 anvendes for å predikere voldsrisiko på kort sikt.	A	91
22	1b	Somatisk helsetilstand må vurderes jevnlig og følges opp med en årlig kontroll av somatisk helsestatus.	A	92
23	2b	Det er viktig å legge til rette for rutinemessige tannlegebesøk. Når legemidler med antikolinerg effekt brukes, må pasientene	B	94

		få informasjon om viktigheten av regelmessig rengjøring av tennene. Det kan også vurderes å oppmuntre til bruk av spyttstimulerende midler, som selges reseptfritt i apotek.		
	Evidensnivå	Behandling – generelle forhold	Gradering	
24	1b	Behandling må settes inn så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Varighet av ubehandlet psykose må være så kort som mulig, og ikke overskride 4 uker.	A	96
25	1b	Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi.	A	96
26	4	Det er begrenset forskning om behandling av unge med psykoselidelser. Foreløpig anbefales å bruke psykososiale behandlingsmetoder for voksne for denne gruppen, men tilpasset unges utviklingsnivå og kontekst.	D	96
27	4	Ved psykose og samtidig rusbruk anbefales samtidig fokus og kompetanse på rus og psykose i utredning, behandling og oppfølging.	D	96
	Evidensnivå	Familiesamarbeid	Gradering	
28	1b	I tidlig fase av en psykose inviteres pasient og nære familiemedlemmer til et kunnskapsformidlende familiesamarbeid i en "enkeltfamiliegruppe".	A	99
29	1a	Pasienter som, på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad, vil ha behov for hjelp over lengre tid, får tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en kunnskapsformidlende flerfamiliegruppe.	A	99

30	1b	I tidlig fase av en psykoseutvikling (ved innleggelse innen tre dager) bør nære familiemedlemmer kontaktes snarest mulig, etter behandlingsstart for et samarbeid med behandlingspersonalet. Dette må skje i samsvar med regelverk som regulerer hvilken informasjon som skal og kan gis til pårørende.	A	101
31	1a	Senere i et psykoseforløp bør nære familiemedlemmer inviteres når pasienten ikke viser tegn til bedring og/eller familien rapporterer vedvarende belastninger.	A	102
32		Helsepersonell har ansvar for å ivareta mindreårige barns behov for informasjon om foreldrenes psykoselidelse, jf. helsepersonelloven § 10 a. Samtalene tilrettelegges i samarbeid med foreldrene. Informasjonen bør skje ved oppstart av behandlingen, og informasjonen må tilpasses barnets alder.	A	103
	Evidensnivå	Kognitiv atferdsterapi	Gradering	
33	1a	Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykotiske symptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15-20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser av psykoselidelsen.	A	106
	Evidensnivå	Psykodynamisk psykoterapi	Gradering	
34	2a	Psykoanalytiske og psykodynamiske prinsipper kan anvendes av helsepersonell for å forstå erfaringene til mennesker med psykoselidelser, både i deres eget følelsesliv og i forholdet til andre mennesker Etter individuell vurdering kan tilpasset støttende psykodynamisk psykoterapi, etter fasespesifikke prinsipper, tilbys i ikke-psykotisk fase.	B	109

	Evidensnivå	Miljøterapi	Gradering	
35	2b	Miljøet i døgneheter for personer med psykoselidelser bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet.	A	112
36	2b	Miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter, bør etterstrebes.	A	112
37	1b	Miljøet i døgneheter bør monitoreres ved hjelp av jevnlig målinger ved Ward Atmosphere Scale (WAS) med tanke på om miljøet er tilpasset psykosepasienter.	A	112
	Evidensnivå	Kunstterapi	Gradering	
38	1a	Kunstterapi (unntatt danseterapi) fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i akutfase med henblikk på å moderere de negative symptomene. Behandlingen må utføres av offentlig godkjente kunstterapeuter.	A	114
	Evidensnivå	Kognitiv trening	Gradering	
39	1b	Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming ved oppøving av ferdigheter rettet mot daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse.	B	115
	Evidensnivå	Andre tiltak ved kognitive vansker	Gradering	
40	4	Ved kognitive vansker kan det være nyttig med hjelpemidler og praktisk hjelp, samt tilrettelegging av arbeid og skole.	D	115
	Evidensnivå	Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi	Gradering	
41	2a	Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet og tilrettelegging av aktivitet og trening bør inngå som en del av en helhetlig behandling.	B	116
	Evidensnivå	Behandling med legemidler Generelle forhold.	Gradering	
42	1a	Alle pasienter med en diagnostisert psykotisk lidelse bør tilbys og motiveres til å prøve ut et adekvat gjennomført behandlingsforsøk med	A	119

		antipsykotiske legemidler.		
43	1a	Virksom dosering for pasienter som har hatt flere psykotiske episoder, ligger vanligvis i et doseringsområde ekvivalent med 300-1000 mg klopromazin (1-3 definerte daglige døgndoser). Det bør ikke gis doser over denne øvre grensen uten etter nøye vurdering og begrunnelse, og dosering ved vedlikeholdsbehandling bør normalt ligge i nedre område.	A	119
44	1b	For enkelte pasientgrupper gjelder særlige forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg, dosering og vaksomhet for bivirkninger. Dette gjelder <ul style="list-style-type: none"> • pasienter som kommer til behandling for første gang • barn og ungdom • eldre og pasienter med kompliserende somatisk sykdom • gravide og ammende • pasienter med samtidig rusmisbruk • pasienter fra forskjellige etniske grupper • pasienter med psykisk utviklingshemming • pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autisme/Asperger 	A	120
45	1b	Pasienter med såkalte "høyrisiko"-tilstander (prodromal, UHR, ARMS) bør ikke rutinemessig tilbys behandling med antipsykotiske legemidler.	A	120
	Evidensnivå	Førstegangsbehandling	Gradering	
46	3	Pasienter som kommer til førstegangsbehandling, bør i utgangspunktet tilbys antipsykotika i tablettform. Valget av legemiddel bør tas	B	124

		av <u>behandler og pasient i felleskap</u> . Dersom pasienten ønsker det, bør også pårørende tas med på råd. Pasienten bør på forhånd få god informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. I denne valgprosessen bør det tas med i vurderingen i hvor stor grad det enkelte legemiddel kan føre til ekstrapyramidale bivirkninger, metabolske forstyrrelser eller andre bivirkninger.		
47	1b	Før behandlingen startes bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer <ul style="list-style-type: none"> • egen- og familiehistorie for diabetes og hjertesykdom • registrering av blodtrykk, vekt, BMI, sentrale metabolske mål (blodlipider) • EKG dersom dette er anbefalt i preparatomtalen for det valgte preparatet, eller sykehistorie/undersøkelse indikerer mulig hjertesykdom hos pasienten 	A	124
48	1b	Ved oppstart bør dosen være i den lavere delen av doseringsintervallene i preparatomtalen og deretter økes gradvis, men ikke over bivirkningsgrensen (ekstrapyramidale). Etter oppstart bør et preparat prøves ut i antatt optimal dosering i minst 4-6 uker. Effekten av den igangsatte behandlingen bør monitoreres nøye og resultatene journalføres.	A	124
49	1a	Hurtig økning av dosen (rask nevroleptisering) bør ikke brukes.	A	124
50	1a	Samtidig bruk av flere antipsykotika bør kun brukes i perioder hvor det skiftes fra ett	A	124

		legemiddel til et annet (i henholdsvis opptrappende og nedtrappende doser).		
	Evidens	Vedlikeholdsbehandling	Gradering	
51	1a	Etter behandling av den første psykotiske episoden bør pasienten informeres om at risikoen for tilbakefall er svært stor dersom behandlingen avsluttes i løpet av de neste ett til to årene.	A	127
52	1a	Pasienter som er til førstegangsbehandling for en psykotisk episode, og som fyller diagnosekriteriene for schizofreni, bør tilbys vedlikeholdsbehandling i to år.	A	127
53	3	Pasienter med tilbakefall bør tilbys langvarig vedlikeholdsbehandling (opp til fem år). Pasientens kliniske status, inkludert symptomer og bivirkninger, samt behov for fortsatt behandling, bør evalueres grundig minst en gang årlig.	B	129
54	1b	Dersom pasienten likevel ønsker å avslutte behandlingen, bør det skje ved gradvis nedtrapping med nøye oppfølging av tidlige tegn på tilbakefall.	A	129
55	1b	Etter avsluttet legemiddelbehandling bør pasienten følges opp for tegn på tilbakefall i minst to år.	A	129
56	1b	Vedlikeholdsdosen bør være lavest mulige effektive dosering, og vanligvis lavere enn dosering i akuttfasen. Dosering utenfor standard doseringsintervaller bør begrunnes.	B	129
57	1b	Intermitterende behandling bør ikke brukes rutinemessig. Unntaket er pasienter som ikke aksepterer kontinuerlig behandling.	B	130
	Evidensnivå	Behandling av tilbakefall	Gradering	
58	1a	Ved tilbakefall eller akutt forverring av en psykotisk lidelse bør det startes behandling etter de samme prinsippene som ved oppstart	A	131

		første gang. Pasientens erfaringer, virkninger og bivirkninger, inkludert subjektive opplevelser under bruk av antipsykotiske legemidler – nå og tidligere – bør være en sentral del av vurdering i forkant av preparatvalg.		
	Evidensnivå	Behandling av pasienter med dårlig behandlingsrespons på legemiddelbehandling	Gradering	
59	1a	Tilby behandling med klozapin til pasienter med schizofreni som ikke har hatt tilfredsstillende behandlingsrespons på minst to forskjellige antipsykotika (hvorav minst ett AGA), gitt i tilstrekkelig lang tid og i tilstrekkelige doser.	A	132
	Evidensnivå	Behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen	Gradering	
60	3	For personer med langvarige hjelpebehov er det viktig at oppfølgingen skjer på regelmessig basis. I tillegg bør den utføres av fast personell.	C	148
61	4	Kommunen bør gjennomføre en grundig kartlegging av de individuelle hjelpebehovene til personer med psykoselidelser ut fra brukerens personlige mål, ressurser og livssituasjon.	D	149
62	4	Kommunen bør tilse at brukerens rettigheter når det gjelder inntekt og økonomi er sikret, og bør tilby hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning dersom behovene tilsier det.	B	151
63	3	Kommunene bør tilby varige boliger framfor midlertidige boligløsninger. Brukernes egne ønsker og mål bør tillegges stor vekt ved tildeling.	B	152
64	4	Kommunen bør tilby tilrettelagte boliger til personer som er i behov av særskilt oppfølging og støtte for å mestre et liv i egen bolig. Det bør tilbys boliger med	B	153

		fellesareal og bemanning på heldøgnsbasis dersom behov tilsier det.		
65	2	Personer med psykoselidelser bør ikke tilbys boliger i bomiljø preget av sosial uro og kriminalitet. Sammensetting av beboere er et hensyn som bør tillegges stor vekt.	A	153
66	3	Ansatte må, i samarbeid med brukerne, bidra til å styrke det personlige nettverket.	B	155
67	4	Ansatte må bistå brukerne til å delta på kultur- og fritidsaktiviteter. Bruk av støttekontakter kan også være et egnet tiltak i denne forbindelsen.	B	155
68	4	Kommunen bør tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter for personer med alvorlige psykiske lidelser, inkludert egne treffsteder for brukerne.	D	156
	Evidensnivå	Samhandling og ansvarsdeling	Gradering	
69	4	Spesialiserte psykoseteam skal ha tilstrekkelig mengde- og breddeerfaring med pasientgruppen til å fange opp kompleksiteten knyttet til differensialdiagnostiske vurderinger og samtidige lidelser ved psykose.	D	158
70	1a	Det anbefales at personer med alvorlige psykiske lidelser, som har store og sammensatte behov for ulike typer av tjenester, og som ikke greier å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging i ACT-team.	A	162
71	4	Skriftlig kriseplan bør utarbeides for å sikre at tiltak blir iverksatt tidligst mulig hvis en krise oppstår. Planen skal inneholde opplysninger om individuelle tegn på krise, og hva personen selv, og konkrete hjelpere, skal gjøre.	D	163
	Evidensnivå	Skole, arbeid og arbeidsrettede tiltak	Gradering	
72	2	Tiltak knyttet til arbeid skal være en sentral del av	B	168

		behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med psykoselidelser.		
73	1	Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen bør benyttes framfor andre tilnærminger.	A	169

05 DES 2011

MOTTATT

Høringsinstanser etter liste

Deres ref.:
Saksbehandler: KGRAV
Vår ref.: 11/7850
Dato: 28.11.2011

Høring: IS-1957 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser

Helsedirektoratet sender herved utkast til Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser til høring. Høringsinvitasjonen sendes til et bredt utvalg av instanser som erfaringsmessig har stor interesse av utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser i Norge.

Hensikten er å få innspill som kan føre til at den endelige versjonen av retningslinjen får et optimalt faglig innhold og at anbefalingene som gis kan bidra til mer likeverdige tjenester samt forhindre uønsket variasjon i tilbudene.

Høringsfrist: 1. mars 2012

Ny nasjonal faglig retningslinje for psykoselidelser erstatter Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og handling utgitt av Statens helsetilsyn i 2000 og inkluderer psykoselidelser med unntak av organiske og affektive psykoser.

Retningslinjen beskriver hvordan reduksjon av varighet av ubehandlet psykose og individuelt tilpasset behandling bestående av kunnskapsbaserte virksomme elementer bedrer prognosen. En ser muligheten av å forebygge de alvorligste psykoselidelsene ved å komme tidligere til med et bedre behandlingstilbud. Personer med langvarige psykoselidelser har en markert redusert levealder, og den somatiske helsen vies større oppmerksomhet i anbefalt utredning og oppfølging enn tidligere. Alvorlige psykoselidelser medfører utfordringer på de fleste livsområder for de personene som rammes og retningslinjen fokuserer derfor ikke bare på symptombehandling, men gir en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid.

Mål

- Kvalitetsforbedring ved implementering av kunnskapsbasert praksis i alle deler av tjenesteapparatet slik at personer med psykoselidelser får den best dokumenterte utredning, behandling og oppfølging.
- Anbefalingene gir pasienter/brukere og deres familie informasjon om ulike tilbud og bidrar til at de kan ta informerte valg tilpasset egne behov og prioriteringer.

Helsedirektoratet • «Soa_Navn»

«Sse_Navn»

«Sbr_Navn», tlf.: «Sbr_Tlf»

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Målgrupper

- Personer med psykoselidelser og deres pårørende
- Alle deler av tjenesteapparatet som har en rolle i utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Informasjon

- 1.1.2012 trer ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid i kraft. Henvisninger til lover som påvirkes av dette skal gjennomgås og erstattes før lansering av endelig versjon.
- Det skal gjennomføres en vurdering av økonomiske konsekvenser av anbefalingene før lansering.
- Ved ferdigstillelse av retningslinje blir det, i tillegg til papirversjon, utarbeidet webversjoner av retningslinjen som vil bli publisert på www.helsedirektoratet.no og www.helsenorge.no
- Implementering av retningslinjen er ikke omtalt i dokumentet, men en implementeringsplan er under utarbeiding.

Høringsspørsmål

Det er ønskelig med tilbakemeldinger om det faglige innholdet, prioritering av omtalte områder og om det er flere områder som burde vært omtalt. I tillegg er vi interessert i generelle kommentarer til lesbarhet og råd om ord som bør defineres eller forklares.

Helsedirektoratet imøteser alle tilbakemeldinger, men ønsker spesielt innspill på følgende:

1. Bidrar retningslinjen til:
 - Å tydeliggjøre brukermedvirkning, pårørendes roller og behov og betydningen av brukerkompetanse
 - Å øke forståelsen av psykoselidelser som dynamiske prosesser
 - Å dokumentere betydningen av:
 - kort varighet av ubehandlet psykose
 - fasespesifikk og individuelt tilpasset utredning og behandling
 - utdanning, arbeid og sosiale nettverk
 - trygge boforhold
 - forutsigbar økonomi
2. Svarer anbefalingene på følgende faglige spørsmål:
 - Hvordan ivareta brukermedvirkning i ulike deler av forløpet?
 - Er utrednings- og behandlingslinjen for personer med førstegangpsykose tydelig?
 - Hvordan uttrede samtidige lidelser?
 - Hvilke terapiformer har dokumentert effekt?
 - Hva er viktige psykososiale tiltak?
 - Er kapittelet om samhandling og ansvarsdeling dekkende?
3. Helsedirektoratet ønsker tilbakemeldinger på virkemidler som kan bidra til en god implementering av retningslinjen.

Høringsinstansene står også fritt i å vurdere andre spørsmål.

Utkast til retningslinje foreligger kun elektronisk på følgende nettsadresse:
www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/horinger/saker

Kontaktinformasjon


Spørsmål om høringen kan rettes til Karin Irene Gravbrøt, telefon 24 16 39 90 eller e-post KarinIrene.Gravbrot@helsedir.no

Høringsuttalelser sendes elektronisk til postmottak@helsedir.no

Vennlig hilsen

Arne Johannesen e.f.
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk


Karin Irene Gravbrøt
seniorrådgiver

Inviterte høringsinstanser til høring av IS-1957 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser.

I alfabetisk rekkefølge:

- Actis - Rusfeltets samarbeidsorgan
- Akuttpsykiatrisk nettverk
- Aldring og helse. Nasjonalt kompetansesenter
- Arbeids- og velferdsdepartementet
- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
- De regionale helseforetakene (RHF)
- De syv regionale kompetansesentrene for rus (KORUS)
- Den hvite ørn
- Den norske legeforening
- Distriktpsykiatriske sentre
- Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
- Fellesorganisasjonen
- Folkehelseinstituttet ved divisjon for psykisk helse
- Fylkesmennene
- Helse- og omsorgsdepartementet
- Helseforetakene (HF)
- Institutt for aktiv psykoterapi
- Institutt for psykoterapi
- Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
- Kommunenes Sentralforbund
- Landsforbundet mot stoffmisbruk
- Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP)
- Mental Helse
- Mental Helse Ungdom
- Nasjonal samarbeidsgruppe for medisinsk og helsefaglig forskning (NSG) v/Nasjonalt nettverk for forskning på alvorlige psykiske lidelser
- Nasjonalt kompetanseenheter for minoritetshelse (NAKMI)
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Nasjonalt kunnskapssenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) - Det medisinske fakultet og Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse
- Norsk forening for barn og unges psykiske helse
- Norsk forening for psykisk helsearbeid
- Norsk kognitiv forening
- Norsk psykoanalytisk institutt
- Norsk psykologforening
- Norsk sykepleierforbund
- Pasient- og brukerombudene
- Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
- Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Rådet for psykisk helse
- Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS)
- Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)

- Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF)
- Statens helsetilsyn
- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
- Universitetet i Agder - Fakultet for helse- og idrettsfag
- Universitetet i Bergen - Det psykologiske fakultet og Det medisinskodontologiske fakultet
- Universitetet i Oslo - Det samfunnsvitenskapelige fakultet og Det medisinske fakultet
- Universitetet i Stavanger - Det samfunnsvitenskapelige fakultet
- Universitetet i Tromsø - Det helsevitenskapelige fakultet
- Voksne for barn
- We shall overcome (WSO)