

# HVA MÅ GJØRES MED DE PSYKISKE HELSETJENESTENE?

## Innhold

<b>En innledende utfordring .....</b>	<b>1</b>
<b>Hvordan forstår vi psykisk helse? .....</b>	<b>2</b>
<b>Hovedproblemer med den medisinske modellen .....</b>	<b>4</b>
<b>En humanistisk og relasjonell tilnærming.....</b>	<b>5</b>
<b>Hvordan ser dette ut i praksis? .....</b>	<b>6</b>
Anerkjenn det helhetlige, ressurssterke mennesket.....	6
Støtte basert på relasjoner og tillit .....	6
Effektiv tids- og ressursbruk gjennom tilbakemeldingskultur .....	7
<b>Hva må gjøres? .....</b>	<b>7</b>
Løvarbeid.....	8
Økonomi og ledelse.....	8
Samarbeid og effektmåling .....	9
Tilsyns- og forbedringsarbeid .....	9

# HVA MÅ GJØRES MED DE PSYKISKE HELSETJENESTENE?

De psykiske helsetjenestene i Norge er i krise. Altfor mange som tar kontakt for å få hjelp, opplever ikke bedring, og mange får for dårlig og for sen hjelp. Mad in Norway (MiN) mener at hovedproblemet er måten vi gir hjelp på. Det er behov for en grunnleggende endring i hvordan vi forstår psykisk helse og hvordan vi organiserer tjenestene som skal hjelpe folk.

## En innledende utfordring

Vårt samfunn er preget av store sosiale utfordringer man ikke forutså da man designet den moderne velferdsstaten. Blant disse er store psykososiale utfordringer, en stadig aldrende befolkning med tilhørende kroniske sykdommer, framveksten av en lang og dels krevende ungdomstid med lengre utdanningsløp og tilspissede prestasjonskrav, den gjennomgripende digitale transformasjonen, samt økende både befolkningsmangfold og utenforskap. I tillegg står vi overfor framtidige utfordringer knyttet til «velferdsstatens bærekraft», det vil si mangel på tid, folk og penger til å opprettholde dagens velferdsnivå.

Selv om velferdsstaten på mange måter har vært vellykket, har den ikke klart å demme opp for markedskreftene og de sosiale problemene som følger av det, inkludert økende ulikhet, vedvarende fattigdom og meningstap.

Disse sosiale utfordringene løses ikke av en velferdsstat som er rigget på den industrielle æraens prinsipper, det vil si etter en produksjons- og samlebåndslogikk. Innenfor denne logikken er det enkelt å behandle et lårhalsbrudd, ettersom et lårhalsbrudd er et lårhalsbrudd uansett. Når disse prinsippene fra produksjons- og økonomisfæren overføres på det psykososiale feltet, blir det langt vanskeligere, ettersom en psykisk lidelse slettes ikke er en enhetlig størrelse.

New Public Management og markedsstyringen av offentlig sektor er svært dårlig egnet til å løse de utfordringene vi står overfor. Disse krever helhetlige tilnærminger, relasjonelt arbeid og egeninnsats. Det er for eksempel ikke mulig å «sette inn» ett enkelt tiltak som gjør deg mindre ensom, at du spiser sunnere, eller at du får en meningsfull jobb. Det krever at du får støtte til å selv gjøre endringer i livet. Det forutsetter at den som skal hjelpe deg, faktisk har din tillit og at du kan være ærlig (overfor deg selv og hjelperen) på hva som egentlig er behovene, de underliggende årsakene, og ønskene dine.

Den moderne velferdsstaten er i altfor stor grad preget av «portvokting», det vil si at man må bevise – dokumentere – at man virkelig har behov for hjelp, før man får det. Den stadig mer omfattende rettighetsfestingen, med tilhørende omfattende dokumentasjonskrav, sies å skulle sikre at de som har behov, får hjelp; at vi prioriterer ressursene riktig; og at vi streber etter å

behandle alle likt og rettferdig. Dette bygger på premisset om at velferden vår er en begrenset ressurs som må fordeles blant mange «verdige trengende».

Men er dette den beste måten å organisere velferdssamfunnet vårt på?

Og hva er det vi mister på veien?

Et hovedproblem ved denne organiseringen er, etter vår oppfatning, at vi har fratatt folk myndighet, selvstendighet og eierskap til sitt eget liv. Innbyggerne blir ansett som «brukere», eller enda verre, «kunder», av ulike tjenester, istedenfor å være aktive subjekter og eksperter i sine egne liv. Vi har mistet det helhetlige mennesket av syne og kraftig redusert rommet for innbyggerens eget perspektiv og det faglige skjønnet, til fordel for skjemaer, kontrollmekanismer og standardiserte forløp som bestreber en falsk objektivitet.

Resultatet er at velferdsstaten bruker for mye tid, penger og ressurser på oppgaver som ikke oppleves som viktige for innbyggeren, men som er viktige for forvaltningen av systemet, samtidig som altfor mange får feil, lite eller ingen støtte på veien til å oppleve et bedre liv.

Vi spør om velferdsstaten er rigget på best mulig måte for å møte utfordringene vi står overfor.

Vårt svar på dette er nei.

Vi vil med dette invitere politikere, byråkrater, interessegrupper og andre til å tenke grunnleggende nytt rundt hvordan vi forstår og kan organisere tjenestene rettet mot psykososial helse.

## Hvordan forstår vi psykisk helse?

Hvordan vi forstår en utfordring, bestemmer hvordan vi tenker det kan løses. For som kjent: holder man en hammer, ser hele verden ut som en spiker.

Det er på tide å legge bort hammeren innenfor psykisk helse.

For å få til varige endringer i de psykiske helsetjenestene, er det ikke tilstrekkelig å bevilge mer penger, opprette nye sengeposter, eller omorganisere virksomheter slik at de blir mer tverrfaglige. Det er behov for en grunnleggende endring i synet på *hva* psykiske problemer er og *hvorfor* de oppstår.

Det eksisterer, grovt sett, to hovedretninger i hvordan vi forstår årsakene til psykiske problemer og plager:

- Den biomedisinske modellen: Psykiske plager er resultat av biologiske, kjemiske prosesser; det skyldes kjemiske ubalanser i hjernen og/eller genetikk.

- Den humanistiske-erfaringsbaserte modellen: Psykiske plager er menneskers naturlige reaksjoner på uholdbare hendelser; de kan forstås «logisk» ut ifra hva det mennesket har erfart i livet.

Det finnes selvsagt mange nyanser i dette bildet. Den biologiske variasjonen er stor og noen kan oppfattes å ha en biologi som gjør dem mer utsatt, men dette er noe annet enn å snakke om biologisk patologi, dvs. at noen har en biologi som disponerer for psykiske lidelser. Markører som kan forsvare et slikt standpunkt er ikke funnet. På den andre siden må det også legges til at knapt noen vil benekte at alvorlige livserfaringer kan medføre psykiske plager.

Det som derimot er tydelig, er at svaret på hvordan man best kan hjelpe mennesker med psykiske plager blir radikalt forskjellig, basert på hvilket utgangspunkt man har.

Dersom man mener at psykiske plager i all hovedsak er en konsekvens av kjemiske ubalanser i hjernen, vil man være på jakt etter en kjemisk løsning som kan «rette opp feilen». Dersom man ved hjelp av medikamenter kan gjenopprette den biologiske balansen, er pasienten kurert, eller «stabilisert» som det ofte hevdes. Fordi psykiske helseplager forstås som «medisinske», kan de organiseres, standardiseres og kategoriseres etter «objektive» målestokker. Fordi disse målestokkene påberoper seg å være objektive, må de være synlige og etterprøvbare, og fokuset blir dermed på symptomer. Det blir da innbyggerens ytre symptombilde som blir førende for hvordan man forstår problemet, og det er symptomene man forsøker å løse (noe som ofte er ensbetydende med å fjerne eller dempe dem). Diagnosemanualene DSM-5 og ICD-10 er ypperste eksempel på denne tankegangen.

Dersom man imidlertid forstår psykiske plager som et resultat av et samlet «livstrykk» – det vil si summen av alle store og små erfaringer som har formet et menneske – skiftes fokus fra ytre symptomer til indre opplevelser og erfaringer. Fordi livet er sammensatt, og alle mennesker er forskjellige, er det ikke mulig å standardisere et behandlingsløp, selv ikke når symptomene ligner. To mennesker som har like symptomer, og som derfor får samme diagnose (f.eks. angst) kan ha vidt forskjellige erfaringer i livet, og dermed to helt forskjellige årsaker til hvorfor de har det vanskelig. De vil da også trenge forskjellige tilnærminger. Dette gjelder også motsatt: lignende livserfaringer kan gi helt ulike uttrykk hos to forskjellige mennesker.

## Hovedproblemer med den medisinske modellen

Mad in Norway mener at det største hinderet for god psykisk helsehjelp er den rådende medisinske modellen. Vi mener at den diagnosebaserte sykdomsmodellen, med overdreven tro på bruk av medikamenter, ujevne maktforhold og et mangelfullt og ensidig kunnskapsgrunnlag, har mislyktes.

Diagnosemodellen er en lite egnet måte å forstå og hjelpe mennesker på. Psykiatriske diagnoser forteller oss ingenting om *mennesket* bak, er ikke vitenskapelig valide og har ikke sine motstykker i en biologisk sannhet i hjernen. De klassifiserer ikke hjernesykdommer, men beskriver grupper av symptomer. MiN fastholder at vi alle kan trenge hjelp, på ulike tidspunkt i løpet av livet og i ulik grad, til å forstå hvorfor vi er som vi er, men at diagnoser er dårlig egnet til å gi oss denne forståelsen.

Behandlingsmetodene som følger med en diagnose, har som mål å rette opp «feilene» som diagnosen har avdekket. Det finnes derimot ikke empirisk støtte for at en spesifikk behandling hjelper for en spesifikk lidelse (Ekeland, 2021). En metode, om det er en spesifikk medikamentell behandling eller en bestemt psykoterapi, er lite mer enn en oppskrift med ulike «ingredienser» som må følges nøyaktig. Svært få, om noen, mennesker følger en oppskrift. Metodene gir en dermed falsk trygghet som myndigheter og fagpersoner kan støtte seg til ved å si at man fulgte oppskriften (rutinene), uavhengig om innbyggeren faktisk har opplevd bedring i livet sitt.

Tett knyttet til diagnosesystemet er (tvangs)bruken av medikamenter, spesifikt psykofarmaka, for å «kurere» et menneske for sin «sykdom». Bevisbyrden for den positive effekten av psykofarmaka må ligge hos de som forfekter bruken av disse. Helsetjenestene har også krav om å drive en kunnskapsbasert praksis der forskningsbasert kunnskap og bruker- og pårørendemedvirkning står helt sentralt. Derimot finnes det hverken gode langtidsstudier eller tilfredsstillende placebokontrollerte forsøk som kan legitimere bruken av blant annet antipsykotika over lengre tid. Studier viser tvert imot at bruk av psykofarmaka bidrar til både «kronifisering» av innbyggerens plager og lidelser, forverring av disse eller andre plager/bivirkninger, og/eller overdødelighet. Allikevel tar behandlingsretningslinjer utgangspunkt i at medisinene er nødvendige for å rette opp såkalte kjemiske ubalanser i hjernen, og dermed rettfærdiggjøres også tvangsbehandlingen. Bruken av psykofarmaka er et verdensomspennende problem og en voksende folkehelsekatastrofe, og er regnet til å være den tredje hyppigste dødsårsaken i USA og EU etter kreft og hjerte- og karsykdommer (Gøtzsche, 2017).

Selv mord innenfor psykiatrien i Norge er også langt høyere enn det man har tidligere antatt. I 2019 viste en sammenkobling av data fra Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret at i perioden 2008 til 2015 døde i snitt rundt 250 psykiatriske pasienter i selvmord. Det dør altså mer enn én psykiatrisk pasient i selvmord annenhver dag, nesten fem hver uke. Til sammen utgjorde disse 43 prosent av alle registrerte selvmord i perioden.

Den overdrevne troen på biologiske «sannheter», diagnoser og (tvangs)medisinering fører til en alvorlig maktubalanse mellom behandler og pasient. Innenfor den biomedisinske modellen er

det behandleren som har stor makt til å bestemme hva slags behandling som er best for mennesket som søker hjelp. Et slikt maktmisforhold ødelegger istedenfor bygger tillit i relasjonen. Det fører til alvorlige menneskerettighetsbrudd, som blant annet bruk av tvang ved innleggelse, behandling og medisiner. Dette får en særlig alvorlig tilleggsdimensjon når det gjelder barn og unge, ettersom barn og unge allerede befinner seg i en underlegen maktposisjon overfor voksne.

Dagens praksis med omfattende tvangsmedisinering overfor pasienter innen psykisk helsevern kan ut fra gjeldende kunnskapsgrunnlag ikke forsvares. Praksisen er i strid både med norsk lov og menneskerettighetene. Overveldende bevis fra flere organisasjoner, som European Disability Forum (EDF), Mental Helse Europa (MHE), samt økende konsensus i FN – blant annet i Verdens helseorganisasjon (WHO) – viser at bruk av tvang skader ved å påføre mennesker med psykososial funksjonshemming ydmykelse og skam, stigmatisering og frykt, smerte og traumer. Det er en uholdbar situasjon som må endres.

## En humanistisk og relasjonell tilnærming

Mad in Norway mener at fremtiden ligger i sosiale og relasjonelle tilnærminger som fremmer menneskerettigheter, humanisme, fellesskap og åpen dialog. Vi er nødt til å gå fra en medisinsk sykdomsmodell, der fokuset er på symptomer, diagnoser, sykeliggjøring av normale reaksjoner og hva som er «feil» med pasientene, og over til en humanistisk forståelse og hjelp som er basert på gode menneskemøter, gode relasjoner, håp, mestring og mening.

Årsakene til at mennesker strever i livene sine, er sammensatte, og må sees i sammenheng med livet som helhet. Det er behov for å skape forståelse og sammenheng mellom livshendelser og situasjoner som kan forårsake menneskelig lidelse, og ulike uttrykk for denne smerten.

Enkeltmenneskets erfaringer og livsverden bør utgjøre kunnskapsgrunnlaget vi organiserer tjenestene rundt. Alle former for belastninger, også om de er fysiske, materielle eller strukturelle, som enkeltmennesker, eller grupper av mennesker, har erfart, må erkjennes og anerkjennes som primære årsaker til psykososiale utfordringer.

Det haster med å la denne kunnskapen ligge til grunn for utvikling av tjenestene. Helsetjenestene må endre sin tilnærming, og være mer opptatt av å forstå det enkelte mennesket og dets behov, enn å kartlegge og behandle symptomer. Vi fastholder at følelser ikke er en sykdom og at medikaliseringen av menneskers livsproblemer må ta slutt.

## Hvordan ser dette ut i praksis?

Anerkjenn det helhetlige, ressurssterke mennesket

Det "blikket" som velferdstjenestene setter på folk betyr mye for hvordan man forholder seg til vedkommende. Det man løfter fram og fokuserer på, er som regel det som forsterkes. Velferdsstaten må møte innbyggerne som mennesker med muligheter og ressurser, istedenfor å avviksforklare og problematisere. Folk er mer enn sine diagnoser, mer enn sine "mangler" og "sykdommer".

Ved å betrakte og anerkjenne mennesket som et helhetlig individ og som en integrert del av sosiale fellesskap, vil oppmerksomheten vendes mot det som naturlig fremmer helse og funksjonering. Symptomer på uhelse og sykdom som tolkes i en slik kontekst kan lede til en «behandling» som gjenoppretter og styrker menneskers mestring, trivsel og livskvalitet, fremfor en individualisert symptomlindrende behandling.

Vi må øke oppmerksomheten rundt funksjonsvariasjon, assistansebehov og antidiskriminering. Vi er primært borgere, ikke brukere. Vi kan alle en dag være i behov for hjelp og støtte fra tjenestene.

Støtte basert på relasjoner og tillit

I bunn for tenkningen for en humanistisk tilnærming til psykososiale helse, ligger betydningen av tilhørighet, relasjoner og tillit. Det vil si at ulike metoder, verktøy og/eller modeller kan i teorien fungere og være effektive, men dersom man ikke har en grunnleggende tillit i bunn – mellom innbygger og den som skal støtte innbyggeren på veien til et bedre liv – blir det umulig å gi hjelp som hjelper.

Å få god nok innsikt som ser bak og forbi adferd og symptomer og som når fram til dypereliggende årsaker krever tid, utforskning, nysgjerrighet, og ydmykhet. Å spørre «Hva er viktig for deg?», «Hva har hendt med deg?», og «Hvordan kan jeg være til hjelp for deg?» og faktisk få ærlige svar og tilbakemeldinger, krever trygghet.

Å møte en person med ønske om dialog kan være særlig krevende om utgangspunktet er et sammenbrudd eller en fornektning av selvet – av noen kalt psykose. Da er det ofte en møysommelig prosess å gjenopprette dialogen med den «normale» verden. Prosessen er avhengig av at personens opplevelse anerkjennes og at man finner fram til et felles språk som ikke fremmedgjør hva psykiske lidelser er, men er en hjelp til å skape mening og gjenkjenning.

Her som ellers må menneskerettighetene ligge til grunn, og etikken må ha forrang framfor evidensen. Som Ekeland (2021) sier, er risikoen for villfarelser og mulig inhumanitet størst når en forankrer kunnskapen objektontologisk, det vil si at vi tar for gitt et objektivt (biologisk) terreng som kan eksistere uavhengig av oss. Dialog er bare mulig mellom subjekter. Særlig der praksis handler om menneskelig nød og lidelse, må kunnskapen vurderes ut fra hva den gjør, ikke bare ut fra dens sannhetsgehalt.

## Effektiv tids- og ressursbruk gjennom tilbakemeldingskultur

Vi ønsker oss en velferdsstat der det er mulig å gi hjelp som faktisk hjelper uten å måtte gå «omveien» via utredninger, henvisninger, vedtak og diagnostiseringer. Ansattes tid og kompetanse må brukes på det som er viktig – som er å bidra til økt livskvalitet og opplevd bedring for innbyggeren.

For å lykkes med dette, må ansatte finne ut sammen med innbyggeren og/eller familien hva som bør gjøres, istedenfor å iverksette forhåndsdefinerte tiltak, metoder og behandlinger. Det krever at behandleren gir slipp på sine sannheter, er villig til å tenke kreativt, og lar sin kunnskap forkastes, tilpasses og utvikle seg sammen med de man skal hjelpe.

Hjelpen må utformes basert på tilbakemeldinger fra innbyggerne om hva som hjelper dem. Ofte er det noe annet som viser seg å være nyttig, enn det man hadde trodd på forhånd. Derfor trengs det verktøy og en kultur for systematiske tilbakemeldinger og dialog. Tjenestene må gjøre mer av det som fungerer, og – vanskeligst – slutte med det som ikke fungerer. Effekt må måles og dokumenteres ut ifra innbyggerens egenopplevde bedring.

Hvis et tilbud ikke fungerer etter hensikten, så er det hjelperen og tilbudet som må endres. Når en behandling ikke fungerer, er spørsmålet aldri «Hva er galt med pasienten?» og alltid «Hva kan vi gjøre annerledes for at behandlingen kan fungere bedre?». Ingen mennesker er «behandlingsresistente».

## Hva må gjøres?

Det er behov for en kulturendring – et paradigmeskifte – innenfor psykiske helsetjenester, i tråd med det som er beskrevet i dette dokumentet. For å lykkes med dette, krever det at politikere og ledere på alle forvaltningsnivåer jobber sammen, støtter oppunder tilbud som jobber helhetlig og menneskerettighetsbasert, og, ikke minst, viser mot og vilje til å jobbe annerledes og til å lære av sine feil. Det finnes mange modige fagfolk og ledere allerede som våger å utfordre systemet – vi trenger flere!

Å kreve mer penger til det som ikke fungerer, er ikke svaret på utfordringene vi står overfor. Vår tese er at det finnes nok ressurser i offentlig sektor, men at de er organisert på feil måte. Vi bruker for mye tid på det som ikke oppleves som viktig for folk, men som er viktig for vår forvaltning av systemet.

Dette arbeidet står helt sentralt i det bredere utviklingsarbeidet i offentlig sektor som kalles «tillitsreform». Både politiske partier og organisasjoner har tatt til orde for en tillitsreform som kan sikre bedre velferd til innbyggerne, basert blant annet på prinsippene om samarbeid, relasjoner, avbyråkratisering og tilbakemeldingskultur. Visjonen om et paradigmeskifte innenfor de psykiske helsetjenestene må ses i sammenheng med endringsarbeidet som foregår (og trengs) i hele offentlig sektor; en dreining bort fra New Public Management og dens kortsiktige



kost-nytte-analyser, skjemaer og manualer og over til å ta utgangspunkt i menneskers individuelle behov og å gi hjelp som gir varige resultater. Vi må bevege oss bort fra en medisinsk og instrumentell forståelse av mennesket, og over på en relasjonell og humanistisk forståelse.

Mad in Norway ønsker en systemendring. Velferdstjenestene generelt og det psykiske helsetjenestetilbudet spesielt må lages og utvikles av og for innbyggerne, og ikke eksistere og fungere primært for systemenes skyld. Dette betyr at den enkelte blir sett og tatt på alvor som ekspert i sitt eget liv, samtidig som den enkelte har eierskap til egne ressurser og utfordringer. Man kan alltid møte mennesker med dialog, og en tro på at de kan nås – også mennesker med «alvorlige psykiske lidelser».

Mye av evidensgrunnlaget som dagens biomedisinske tilnærming bygger på, viser seg å være beheftet med store mangler. En erkjennelse av dette i sentrale fagmiljøer, både kliniske og i helseforvaltningen, er en nødvendig prosess slik at en humanistisk tilnærming blir ansett som "allment aksepterte faglige normer" og gjenspeiles i en nødvendig revisjon av nasjonale retningslinjer på feltet.

Under har vi listet opp en noen konkrete tiltak som MiN mener er avgjørende å gjennomføre på veien til et psykisk helsesystem som faktisk fungerer – og til et samfunn som er reelt universelt utformet for alle, også for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse. Listen er ikke uttømmende, men en begynnelse. Disse prinsippene og tiltakene må følges av veiledning og støtte til fagfolk, samt inngå i alle de relevante utdanningene.

#### Lovarbeid

- Avbyråkratisere tilgangen til psykososial hjelp, blant annet ved å fjerne kravet om at man må sette en diagnose før man får hjelp og støtte. Folk må få rask, helhetlig og ubyråkratisk hjelp, basert på hvilke behov de har.
- Sikre at lover og forskrifter er gjennomgående fundert i menneskerettighetene, og at de reflekterer et menneskerettighetsbasert syn på psykisk helse, både i språk og innhold.
- Inkorporere FN-konvensjonen for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk lovverk, samt undertegne Oviedo-protokollen (Den individuelle klageretten)
- Vedta et forbud mot tvangsmedisinering og sikre retten til fritt og informert samtykke.

#### Økonomi og ledelse

- At penger på kommune-, fylkes- og statsnivå kanaliseres til tiltak og behandlingstilbud som er fundamentert i en humanistisk og relasjonell tilnærming, og dokumenterer bedring i pasientens opplevelse av livsvelvære. Eksempler på disse er BET, medisinfritt tilbud Tromsø, og Stangehjelpa.
- At politikere og administrasjon gir støtte til og aktivt tilrettelegger for nye måter å jobbe på, prøving og feiling, og innovasjon. Fagfolk bør få bruke sin fagkunnskap og

kreativitet i samarbeid med innbyggeren for å komme fram til den beste løsningen.

Det krever at ledere er tett på og støtter sine ansatte i ord og handling.

- Jobbe for en kultur- og holdningsendring der man stiller seg spørsmålet på politiker- og ledelsesnivå: Hvilken risiko er det vi prøver å minimere ved dette grepet (tiltaket)? Er det for å redusere risikoen for *systemet* eller risikoen for *innbyggeren*?

#### Samarbeid og effektmåling

- Måle og dokumentere effekt av ulike tilnærminger og tilbud basert på hva innbyggeren selv opplever av bedring. Dette bør måles gjennom enkle digitale verktøy som bør utvikles sammen med innbyggerne selv og være i stadig endring ut ifra behovene.
- At innbyggere skal oppleve selvbestemmelse på individnivå og medvirkning på systemnivå. «Ingenting om oss, uten oss» skal være en grunnleggende verdi i utvikling av psykiske helsetjenester.

#### Tilsyns- og forbedringsarbeid

- Sette en ny standard for hvordan vi driver tilsyn og kvalitetssjekk. Dette må inkludere nye metoder og rutiner som sikrer at innbyggere og fagfolk får snakket ærlig og inngående om tilbudet som er under tilsyn. Det innebærer blant annet at tilsynspersonen(e) må bygge tillit (en relasjon) til personene som skal bidra inn i tilsynsrapporten. Å fullføre et tilsyn ved kun å «sjekke av bokser» er på ingen måte tilstrekkelig.
- Etablere systemer og kulturer for kontinuerlige forbedringsarbeid i helsetjenestene der man lærer av saker der det er gjort feil, også på tvers, og også uten at det er ført tilsyn eller felt en dom.