Nasjonale faglige retningslinjer

IS-xxxx

Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser

Utkast til ekstern høring

He

Heftets tittel:	Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser
Utgitt:	**Utgis i 2012**
Bestillingsnummer:	IS-1957
	ISBN-nr. 978-82-8081-242-1
Utgitt av:	Helsedirektoratet
Kontakt:	Avdeling Psykisk helsevern og rus
Postadresse:	Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse:	Universitetsgata 2, Oslo
	Tlf.: 810 20 050 Faks: 24 16 30 01 www.helsedirektoratet.no
Heftet kan bestilles hos:	Helsedirektoratet v/ Trykksakekspedisjonen e-post: trykksak@helsedir.no Tlf.: 24 16 33 68 Faks: 24 16 33 69 Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1957

Utkast til ekstern høring

Forord

Psykoselidelser debuterer oftest hos unge mennesker og de aller fleste har en innledende fase med alminnelige tegn på følelsesmessige problemer. Disse tegnene kan være de første signaler på en psykoseutvikling og de kan vare over tid. Varighet av ubehandlet psykose, fra første tegn til psykose og til adekvat behandling gis, er oftest mellom ett og to år i den vestlige verden.
Faser og stadier i psykoseutvikling viser at lidelsene i dag ses i et dimensjonalt perspektiv, og vi ser mulighet for å forebygge utviklingen av de alvorligste psykoselidelsene ved å komme tidligere til med et behandlingstilbud.

Denne retningslinjen beskriver hvordan stadietenkningen og den fasespesifikke forståelsen er tatt inn i de anbefalinger som gis. Reduksjon av varigheten av ubehandlet psykose og individuelt tilpasset behandling bestående av kunnskapsbaserte virksomme elementer bedrer prognosen.
En særlig utfordring er at personer med langvarige psykoselidelser har en markert redusert levealder, og den somatiske helsen må vies større oppmerksomhet i alle faser av lidelsen.

Retningslinjen gir anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser med unntak av organiske og affektive psykoser. Den erstatter Statens Helsetilsyns kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni fra 2000 og retter seg mot alle deler av tjenesteapparatet. Anbefalingene er basert på forskning, klinisk kompetanse og brukerkompetanse. Det vedlegges dokumentasjon av begrunnelsene for hver enkelt anbefaling.

Helsedirektoratets retningslinjer er faglig normerende og skal bidra til at kunnskapsbasert praksis implementeres slik at pasienter/brukere og deres familie kan få best mulig hjelp tilpasset egne valg og prioriteringer.

Ved å støtte seg til retningslinjens anbefalinger vil helsepersonell kunne være tryggere på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp, men det må alltid gjøres individuelle vurderinger sammen med aktuell pasient/bruker i hver enkelt situasjon.
Når Helsetilsynet vurderer om det er handlet i samsvar med god praksis, tar de utgangspunkt i anbefalinger som er utviklet systematisk og kunnskapsbasert. Det medfører at retningslinjen bør være sentral i arbeid med kvalitetsforbedring i praksisfeltet.
Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen er sammensatt av sentrale fagpersoner og brukerrepresentanter. Helsedirektoratet takker arbeidsgruppen for et kyndig og utholdende arbeid som vil føre til kvalitetsforbedring i tilbudet til personer med psykoselidelser.

Utkast til ekstern høring

Innhold

Forord **3**

Sammendrag **9**

1 Innledning **11**

2 Nasjonale faglige retningslinjer **14**
2.1 Metode for utarbeidelse av retningslinjen 14
2.2 Arbeidsgruppen 14
2.2.1 Habilitet 16
2.3 Referansegruppen 16
2.4 Bakgrunn for utarbeidelse av ny retningslinje 16
2.5 Kunnskapsgrunnlaget 16
2.5.1 Forskningsbasert kunnskap, styrker og svakheter 17
2.6 Vurdering av kunnskap og anbefalinger 18
2.6.1 Gradering av kunnskapsgrunnlaget 19
2.6.2 Gradering av anbefalingene 19
2.7 Retningslinjens rettslige betydning 21

3 Anbefalingene **22**

4 Definisjoner **33**

5 Brukermedvirkning **34**
5.1 Brukermedvirkning som lovfestet rettighet 35
5.2 Overordnet mål for brukermedvirkning 35
5.3 Informasjon og opplæring til pasienter og pårørende 36
5.4 Pårørende 36
5.4.1 Pårørende til ungdom 37
5.4.2 Barn som pårørende 37
5.5 Pårørendes roller og behov 38
5.6 Brukerkompetanse og selvhjelp 38

6 Generelle prinsipper for god praksis **40**
6.1 Etiske aspekter 40
6.2 Relasjonens betydning 40
6.2.1 Kontinuitet 41
6.3 Kultursensitive tjenester 41
6.4 Helsehjelp for hele mennesket 42

7 Hva er psykose? **43**

Utkast til ekstern høring

7.1 Diagnoser 43
7.2 Psykiske lidelser utvikler seg i faser eller stadier 43
7.2.1 ”Varselsfasen” (prodromalfasen). 46
7.3 Særskilte forhold ved diagnostisering av unge 47
7.3.1 Utviklingsnivå/evnenivå 47
7.3.2 Symptomer skifter og varierer 47
7.3.3 Unge forteller sjeldnere spontant om psykosesymptomer 47
7.4 Symptomer 48
7.4.1 Positive symptomer 48
7.4.2 Negative symptomer 50
7.4.3 Kognitive vansker 50
7.5 Schizofreni – en av mange psykosediagnoser 52
7.5.1 Schizofreni hos yngre pasienter 54
7.6 Andre psykoser 54
7.6.1 Vrangforestillingslidelser 55
7.6.2 Akutte og forbigående psykoser 55
7.6.3 Psykose Ikke Nærmere Angitt (INA) 56
7.6.4 Rusutløste psykoser 57

8 Forekomst, forløp og prognose 60
8.1 Forekomst av psykoselidelser 60
8.2 Forekomst av psykose hos unge 61
8.3 Forløp og prognose 61

9 Psykose i ulike faser 64
9.1 Forebygging og tidlig oppdagelse 64
9.1.1 Tiltak rettet mot befolkningen og bestemte grupper 65
9.1.2 Skoleprogram om psykisk helse 66
9.2 Årsaker til forsinket igangsettelse av behandlingen 66
9.3 Eksempler på to typiske forløp med ulikt utfall ved førstegangspsykose 66
9.4 Bedringsfasen og de første årene 68
9.5 Viktige aspekter de første årene 69
9.6 Optimal langtidsbehandling 69
9.7 Når behandling ikke virker (non-responders) 69

10 Samtidige lidelser (Komorbiditet) 71
10.1 Komorbiditet ved tidlig debut 72
10.2 Angstlidelser og belastningslidelser 72
10.3 Depressive lidelser 72
10.4 Personlighetsforstyrrelser 73
10.5 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD) inkludert Asperger syndrom. 74
10.6 Rusmisbruk og rusproblemer 74
10.7 Samtidige somatiske lidelser 76

11 Kompliserende faktorer ved psykoselidelser 77
11.1 Traumer og sårbarhet for utvikling av psykose 77
11.2 Selvmordsrisiko 78

Utlagt til ekstern høring

11.3 Farlighet knyttet til psykoselidelser 79

12 Utredning 81
12.1 Diagnostisk utredning 82
12.1.1 Anamnese 83
12.1.2 Strukturert diagnostisk intervju 83
12.1.3 Differensialdiagnostisk utredning 84
12.1.4 Utredning av psykose hos unge 84
12.1.5 Positive og negative symptomer 85
12.1.6 Depresjon og selvmordsfare 85
12.1.7 Global fungering 86
12.1.8 Kognitiv funksjon 86
12.1.9 Familien 88
12.2 Utredning av tilleggsproblemer og samtidige lidelser (komorbiditet) 88
12.2.1 Rusmiddelbruk 88
12.2.2 Oppstemthet 89
12.2.3 Angstlidelser og belastningsrelaterte lidelser 90
12.2.4 Personlighetsforstyrrelser 90
12.2.5 Voldsrisiko 90
12.2.6 Traumatiserte pasienter 91
12.2.7 Somatiske helseproblemer hos personer med psykoselidelser 92
12.2.8 Tannhelse hos pasienter med psykiske lidelser 94
12.3 Løpende vurdering av symptomer (monitorering av symptomer) 95

13 Behandling 96
13.1 Behandlingsformer som har dokumentert effekt 96
13.2 Spesielt om behandling av Varselsfase (ARMS/UHR) 97
13.3 Rettslig grunnlag for behandlingen 97
13.3.1 Riktig bruk av tvang 97
13.4 Familiesamarbeid ved psykotiske lidelser 98
13.4.1 Bakgrunn 99
13.4.2 Familiesamarbeid i tidlig fase 100
13.4.3 Innhold i familiesamarbeid i tidlig fase 102
13.4.4 Familieintervensjon i rehabiliteringsfasen 102
13.4.5 Opplæring og implementering 103
13.4.6 Barn av foreldre med en psykoselidelse 103
13.4.7 Søsken til personer som har utviklet psykose 105
13.4.8 Andre familietilnærminger 105
13.5 Kognitiv terapi 106
13.5.1 Kognitiv atferdsterapi ved psykoser 106
13.6 Psykodynamisk psykoterapi (inkludert psykoanalyse) 109
13.7 Miljøterapi 112
13.7.1 Sykehusmiljøets betydning for pasienter med en psykose 112
13.8 Kunstterapi 114
13.9 Kognitiv trening 115
13.9.1 Andre tiltak ved kognitive vansker 115
13.10 Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi 116

Utkast til ekstern høring

13.11 Sosial ferdighetstrening 117
13.12 Gruppeterapi ved psykoselidelser 117
13.13 Behandling med legemidler 118
13.13.1 Virkningsmekanismer 120
13.13.2 Klinisk virkning 121
13.13.3 Praktisk bruk av antipsykotika 124
13.13.4 Andre biologiske behandlingsformer og kombinasjonsbehandlinger 134
13.13.5 Behandling av spesielle pasientgrupper 135
13.14 Oppfølging av behandling 142
13.14.1 Behandling med legemidler 142
13.14.2 Familiesamarbeid 143

14 Behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen 144
14.1 Skolehelsetjenestens og helsesøsters rolle 145
14.2 Helsestasjon for ungdom og studenthelsetjenesten 146
14.3 Fastlegens rolle 146
14.4 Psykologer i kommunene 147
14.5 Helse- og omsorgstjenester 148
14.6 Kartlegging av den enkeltes hjelpebehov 149
14.7 Integrert hjelp 150
14.8 Kontakt og samtalebehandling 150
14.9 Inntekt og forvaltning av økonomi 150
14.10 Lavterskeltilbud 151
14.11 Boformer 151
14.11.1 Brukerens egne mål og ønsker 152
14.11.2 Tilrettelagte boliger 152
14.11.3 Omgivelser, nærmiljø og sammensetting av beboere 153
14.12 Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter 154
14.12.1 Betydningen av sosiale nettverk 154
14.12.2 Nettverksarbeid 154
14.12.3 Sosial støtte og følgetjenester 155
14.12.4 Egne treffsteder 156
14.12.5 Andre aktivitetstilbud 156

15 Samhandling og ansvarsdeling 157
15.1 Psykoselidelser og utfordringer i samhandling 157
15.2 Kommunens ansvarsområde 157
15.3 NAV 158
15.4 Ansvar innen psykisk helsevern 158
15.5 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste 159
15.6 Samhandling mellom kommune og DPS 160
15.6.1 Ambulant virksomhet 161
15.7 Kriseplan 163
15.8 Individuell plan 164
15.8.1 Ansvarsgruppe 165

16 Skole, utdanning og arbeid 166
16.1 Skole og opplæring 166
16.2 Arbeid – verdi og funksjoner 167

Utkast til ekstern høring

16.2.1 Yrkesdeltakelse 168
16.2.2 Sammensatte årsaksforhold 168
16.2.3 Særlige forhold for yrkesdeltakelse for ungdom 168
16.3 Tilnærmingsmetoder 169
16.3.1 Arbeidstrening og attføring til arbeid 169
16.3.2 Skaffe arbeid og beholde dette 169
16.3.3 Individuell plassering og støtte (IPS) 169
16.3.4 Vilje Viser Vei 170
16.3.5 Jobbmestrende oppfølging 170
16.3.6 Kvalifiseringsprogrammet 171
16.3.7 Varig tilrettelagte arbeidstilbud 171
16.3.8 Kartlegging av arbeidsevne – et verktøy 171
16.4 Lover 172

17 Særskilte pasientgrupper 173
17.1 Eldre 173
17.1.1 Aldring hos personer med psykoselidelse. 173
17.1.2 Forskjeller i forekomst av psykoser hos yngre og eldre 173
17.1.3 Funksjonelle psykoser 173
17.1.4 Organiske psykoser 174
17.1.5 Utredningsverktøy 175
17.1.6 Behandling med legemidler 175
17.1.7 Annen behandling av psykoselidelser hos eldre 176
17.2 Personer med psykisk utviklingshemming 177
17.3 Hørselshemmede, døve og døvblinde 179
17.4 Gravide og ammende 180
17.5 Minoriteter 181
17.5.1 Tilrettelegge informasjon og bruk av tolk 181
17.5.2 Tilrettelegge for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging 182
17.5.3 Personer med migrasjonserfaring 182
17.6 Den samiske befolkningen 182

Utkast til ekstern høring

Sammendrag

Formålet med retningslinjen er å forbedre kvaliteten i tilbudet til personer med psykoselidelser og deres nærmeste ved at kunnskapsbasert praksis implementeres. Anbefalingene er relevante for alle nivåer i tjenesteapparatet og skal danne grunnlaget for mer ensartede og likeverdige tjenester. De er basert på oppsummert internasjonal og nasjonal forskning og vurdert i forhold til kliniker- og brukererfaringer i Norge.
Anbefalingene viser til ønsket praksis, noen vil kreve oppbygging av kompetanse.

Retningslinjedokumentet beskriver hvordan psykoselidelser betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser eller stadier. Schizofreni representerer det alvorligste, og i noen tilfeller det endelige, stadium i en langvarig utviklingsprosess. Intervensjoner i de ulike stadier eller faser kan gi mulighet for forebygging av videre sykdomsutvikling, dette er nærmere beskrevet i kapittel 7 Hva er psykose?

Retningslinjens overordnede anbefaling er at utredning, behandling og oppfølging må være fasespesifikk og individuelt tilpasset.

Retningslinjen fokuserer ikke bare symptomer, diagnoser og funksjonsfall. Innledningsvis er det et kapittel om Brukermedvirkning (kapittel 5) der rettigheter, målsetting, opplæring av pasienter/brukere/pårørende, pårørendes roller og behov og brukerkompetanse er beskrevet. Anbefalingene i dette kapittelet er viktige og må ses i sammenheng med de andre anbefalingene. Det samme gjelder kapittel 6 Generelle prinsipper for god praksis som blant annet omtaler relasjonens betydning og kultursensitive tjenester.
Skole, utdanning og arbeid har plass i et eget kapittel, og det anbefales at tiltak innen disse områdene blir en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet.

Anbefalinger om utredning og behandling beskrives i en Utrednings- og behandlingslinje som inneholder en anbefalt tidsakse for hvilke tiltak som bør gjøres i spesialisthelsetjenesten. Kapittel 14 inneholder anbefalinger om behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen, mens det i kapittel 15 Samhandling og ansvarsdeling er beskrevet utfordringer i samhandling, ulike ansvarsområder og målgruppe for samhandling og samtidig oppfølging fra flere tjenestesteder og –nivåer.

I utredning, behandling og oppfølging må pasientens/brukerens sterke sider vies særlig oppmerksomhet. Ressursene til den enkelte må ivaretas gjennom hele forløpet, det er sentralt for god faglig praksis. Ressurser i familie og nettverk er også viktige for bedringsprosessen og må involveres i den grad pasienten/brukeren samtykker til det. Pårørendes rettigheter er beskrevet i kapittel 5.
Retningslinjen vektlegger familiesamarbeid, psykososiale behandlingsformer og

Utkast til ekstern høring

tiltak, utdanning og arbeid, eller annen meningsfull aktivitet som avgjørende faktorer for tilfriskning.
I tillegg må utredning og oppfølging av fysisk helsetilstand få større fokus innen psykisk helsetjeneste, personer med alvorlige psykoselidelser har en betydelig økt risiko for somatiske sykdommer og studier viser vesentlig redusert levealder. Kapittel 12.2.7 beskriver dette nærmere og gir anbefalinger om hvilke undersøkelser som bør gjennomføres. Fysisk aktivitet og trening bør inngå som en del av behandlingen.

Kapittel 13.13 om behandling med legemidler er omfattende. Det innebærer ikke et signal om den relative betydningen av de ulike behandlingselementer, men reflekterer den grundighet dette kanskje mest omdiskuterte behandlingsaspektet bør behandles med.

I kapittel 17 om Særskilte pasientgrupper er det ikke beskrevet særskilte anbefalinger, men det er omtalt spesielle hensyn som bør vurderes i sammenheng med anbefalingene retningslinjen gir. Brukermedvirkning og kultursensitive tjenester vil dekke mye av de individuelle hensyn, men de grupper som er presentert i kapittelet er beskrevet nærmere for å gjøre praksisfeltet kjent med særskilte forhold i utredning, behandling og oppfølging av eldre, personer med psykisk utviklingshemming, hørselshemmede, døve og døvblinde, gravide og ammende, minoriteter og den samiske befolkningen.

Utkast til ekstern høring

1 Innledning

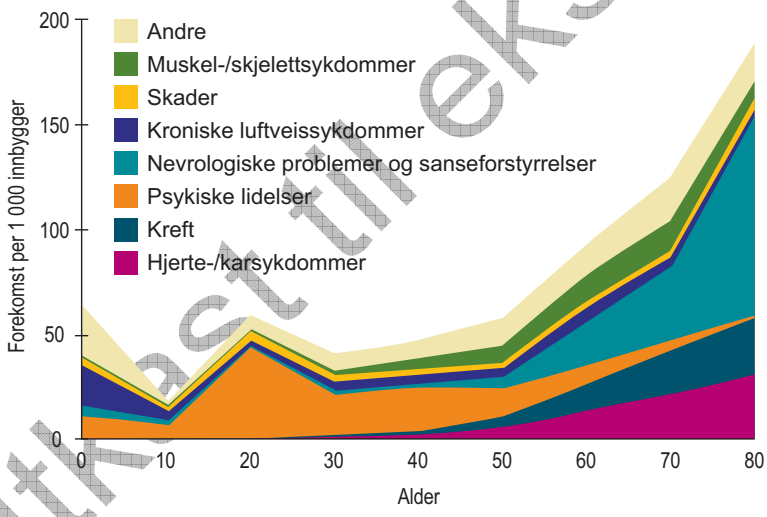
Dette kapittelet vil bli endret etter at det er gjennomført økonomiske vurderinger av anbefalingene.

Psykiske lidelser er unge menneskers lidelser

De alvorligste psykiske lidelsene kaller vi psykoselidelser. Disse lidelsene innebærer store påkjenninger for dem som rammes og familien deres. Psykoselidelsene har også store omkostninger for samfunnet. Dette har sammenheng med at lidelsene debuterer tidlig, ofte gir store funksjonstap og varer lenge. Den mest vanlige debutalder er tidlig i 20-årene. 75 % av all psykisk lidelse har sin debut før fylte 25 år.

Figurene under er hentet fra Yung og Nelson, 2011 (1) og referansene som står inne i figurene er ikke tatt inn i referanselisten.

Forekomst per 1 000 innbygger, inndelt etter alder og bredt definerte sykdomsgrupper (Broad Disease Grouping, Victoria 1996)

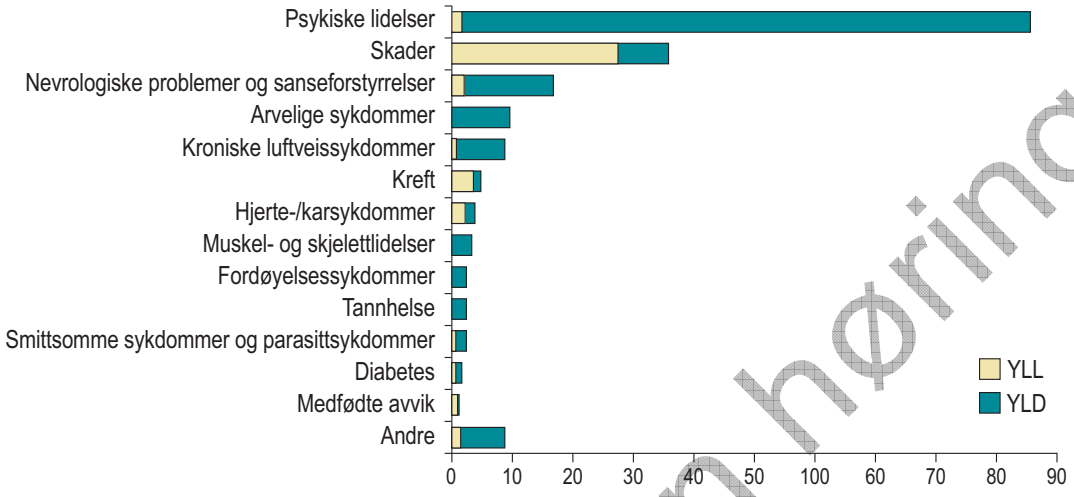


- Psykiske lidelser og stoffmisbruk utgjør 60 % av de ikke-dødelige sykdomsbelastningene blant yngre personer i alderen 15–34 år (Public Health Group 2005)
- 75 % av problemene innenfor psykisk helse opptrer før 25-årsalder (Kessler et al 2005)
- 14 % av unge i alderen 12–17 år og 27 % av unge i alderen 18–24 år har psykiske helse-problemer i enhver 12-månedersperiode (Sawyer et al 2000, Andres et al 1999, ABS 2008)

Utkast til ekstern høring

Unge med problemer

Sykdomsbelastning innenfor de største sykdomsgruppene blant 15-24-åringer i Australia i 2003. DALY (disability-adjusted life years) viser tapte leveår med god helse, YLL (years of life lost) måler for tidlig død som skyldes sykdom eller skade, YLD tapte leveår på grunn av sykdom, uførhet eller skade (a). Gjengitt med tillatelse fra Australian Institute of Health and Welfare.



(a) Omfatter akutte luftveisproblemer, graviditetsproblemer, underernæring, ernærings- og stoffskifteproblemer, svulster, hudsykdommer og andre vanskelig definerbare tilstander

I mange tilfeller er lidelsen livslang med behov for støtte til nødvendig livsopphold, bolig og sysselsetting. Mange pasienter vil ha behov for helsetjenester både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i store perioder av livet. Denne retningslinjen bygger på et helhetlig utrednings-, behandlings- og oppfølgingsperspektiv, og understreker behovet for samhandlende helsetjenester på primær- og spesialistnivå i hele forløpet fram til tilfriskning.

To og en halv prosent av landets uføretrygdede har en schizofrenidiagnose, og bare om lag 30 % av alle som har eller har hatt schizofreni, er i ordinært arbeid. I rapporten «The global burden of disease» fra Verdens helseorganisasjon oppføres unipolar depresjon, alkoholmisbruk, bipolare lidelser, schizofreni og tvangslidelser blant de ti viktigste årsaker til uførhet i verden sett under ett (2).

Økonomiske vurderinger

I vestlige land går i gjennomsnitt 1 % av brutto nasjonalproduktet med til behandlings-, omsorgs- og støttetiltak til mennesker med en schizofrenidiagnose.

I 1994 ble det gjort et estimat av direkte og indirekte kostnader i forbindelse med denne pasientgruppen i Norge. Denne viste at de totale kostnadene utgjør nær 4 milliarder i året (3). Omregnet til dagens pris- og kostnadsnivå dreier det seg om rundt 7 milliarder i året. Basert på kunnskap om at sykdomskostnader relatert til behandling og tapt produksjon må ses i et livsløpsperspektiv, er det ikke gitt at slike kostnader kan reduseres ved behandling av enkeltsykdommer.

De samfunnsøkonomiske velferdseffektene i form av flere leveår med bedret livskvalitet vil imidlertid uansett være betydelige dersom alvorlig sykdom som

Utkast til ekstern høring

rammer unge mennesker, kan behandles. Ved systematiske beregninger i Australia av hva som oppnås med dagens tilbud er det estimert at de fjerner 13 % av de samlede konsekvensene av schizofreni i samfunnet (4-6).

Med en optimal behandling, ut fra det en i dag kjenner til av behandlingsmetoder med dokumentert effekt, ville en ut fra deres beregninger kunne fjerne 22 % av konsekvensene, altså nesten dobbelt så mye (7).

Det ser ut til at mer konsekvent bruk av dokumenterte former for behandling kan gi stor gevinst. Behandlingsopplegg der en kombinerer de behandlingselementene som i dag er dokumentert virksomme, har vist seg å være de mest kostnadseffektive, også overfor pasienter med langvarige sykdomsforløp (8). Det må i alle tilfeller være riktig å bruke ressurser på at disse pasientene kan leve utenfor institusjon, fordi det for de fleste, vil gi høyere livskvalitet (9).

Undersøkelser fra London School of Economics (UK) og Melbourne,(Australia) viser at spesialiserte tidligintervensjonstjenester er kostnadseffektive og gir betydelige økonomiske fordeler sammenliknet med standard behandlingssystemer (4-6).

Dette stiller oss overfor utfordringer når det gjelder hvordan helsetjenestetilbudet innrettes og organiseres. ”Timingen” av behandlingen synes like viktig for behandlingsresultatet som selve kvaliteten på behandlingen. Dette understreker betydning av tidlig og riktig behandling, og innebærer at en må tilby lett tilgjengelige helsetjenester, spesielt rettet inn mot den yngre delen av befolkningen, dem som ikke oppsøker lege for sine somatiske plager.

Utkast til ekstern høring

2 Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratet har, ifølge Nasjonal helseplan, ansvar for å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer i Norge. Nasjonale faglige retningslinjer gir uttrykk for det direktoratet anser som god kunnskapsbasert praksis på utgivelsestidspunktet og inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger som viser nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging.

Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel i de avveininger tjenesteytere må gjøre for å oppnå faglig forsvarlighet i tjenesten, og som et virkemiddel til å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og for å hindre uønsket variasjon.

2.1 Metode for utarbeidelse av retningslinjen

Helsedirektoratet har, i arbeidet med retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser, fulgt internasjonale krav til retningslinjearbeid. Arbeidsgruppen har vært sammensatt av medlemmer som har brukerkompetanse, klinisk kompetanse fra ulike deler av tjenesteapparatet og vitenskapelig kompetanse. I tillegg har en bredt sammensatt referansegruppe og konsulenter med spesiell ekspertise gitt innspill underveis i arbeidet. (*Helsedirektoratet gjennomførte en tre måneders ekstern høring og fikk inn ? høringssvar. Disse er vurdert og tatt hensyn til i dokumentet. Gjennomføres des. 2011 – mars 2012)*

AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) (10) er benyttet for å sikre at arbeidet med retningslinjen har fulgt en strukturert og nøyaktig utviklingsmetode. I tillegg har ”Retningslinjer for retningslinjer” (11) og ”Helsedirektoratets metodebok for utarbeidelse av faglige retningslinjer” (12) vært hjelpemidler i prosessen.

I utarbeidelsen av anbefalingene er metodikk fra Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) brukt, og vurderingene som ligger til grunn for anbefalingene er dokumentert ved hjelp av et skjema basert på ”Considered judgement form” fra SIGN.

2.2 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har vært ledet av:

Jan Olav Johannessen, sjeflege dr.philos. ved Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus, og professor ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.

Utkast til ekstern høring

Arbeidsgruppemedlemmer har vært (i alfabetisk rekkefølge):

Anne Fjell, klinisk sosionom og spesialkonsulent i familiearbeid ved Regionalt kompetansesenter for tidligintervensjon ved psykoser, TIPS Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Anne Martha Kalhovde, psykiatrisk sykepleier og stipendiat, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Norsk sykepleierforbund.

Arnhild Almås, brukerrepresentant, Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse

Bjørg Nitteberg Sørensen, overlege, spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, Legemiddelverket fra august 2010.

Even Sundal, spesialist i indremedisin til august 2010.

Else-Marie Løberg, førsteamanuensis, psykologspesialist, Universitetet i Bergen og Helse Bergen HF. Norsk psykologforening

Ingrid Melle, seksjonsoverlege, professor dr.med., Enhet psykoseforskning, Avdeling FoU, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus & Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

John Ole Jørgensen, klinisk sosionom, Sykehuset Telemark. Fellesorganisasjonen.

Leila Hodali, spesialist i allmennmedisin og styremedlem i Norsk Forening for Allmennmedisin, Bergen fra august 2010. Norsk legeforening ved **Manjit Kaur Sirpal**, spesialist i allmennmedisin til august 2010.

Petter Dahle, sosionom og faglig rådgiver**,** Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

Roger Hagen, førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt, NTNU. Norsk psykologforening.

Torbjørn Garberg, brukerrepresentant, Mental Helse

Helsedirektoratets prosjektleder for arbeidet har vært seniorrådgiver **Åste Herheim** til august 2010 og fra august 2010 seniorrådgiver **Karin Irene Gravbrøt**.

Else-Marie Løberg har ledet en arbeidsgruppe som har utarbeidet tekst og utformet anbefalinger til unge med psykoselidelser. Denne gruppen har bestått av:

Greta Jentoft, helsesøster, Tromsø kommune.
Jo Erik Brøyn, barne- og ungdomspsykiater.
Kjersti Karlsen, psykologspesialist, Regionalt kompetansesenter for tidligintervensjon ved psykoser, TIPS Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus, Ullevål.
Rune Johansen, barne- og ungdomspsykiater, privatpraktiserende.

Utkast til ekstern høring

Det har i tillegg vært brukt konsulenter på andre spesialfelt.

Miljøterapi:	Overlege **Jan Ivar Røssberg**
Eldre:	Psykologspesialist **Mirka Kraus** og psykiater **Asgeir Bragason**
Arbeid:	Overlege **Erik Falkum**
Den samiske befolkningen:	Overlege **Helge Haugerud**
Personer med psykisk utviklingshemming:	Overlege **Siv Helene Høidal**, forsker ph.d **Trine Lise Bakken** og psykolog **Arvid Nicolai Kildahl**
Hørselshemmede, døve og døvblinde:	Overlege **Hege Saltnes,** psykologspesialist/doktorgrads-stipendiat **Beate Øhre**, psykologspesialist **Knut Petter Sæthre Langlo**, psykolog **Hanne Urnes**

Seniorrådgiver **Vårin Hellevik** fra Helsedirektoratet har skrevet om retningslinjens rettslige betydning og rettslig grunnlag for behandling. I tillegg har hun vurdert de juridiske forhold i dokumentet som helhet.

2.2.1 Habilitet

Alle deltakerne i arbeidsgruppen har avgitt skriftlige erklæringer, der de har redegjort for mulige faglige eller økonomiske interessekonflikter knyttet til dette arbeidet. Helsedirektoratet har vurdert deltakere i arbeidsgruppen med hensyn til habilitet. Ingen ble funnet inhabile til å delta i arbeidet med retningslinjen.

2.3 Referansegruppen

Referansegruppen har bestått av et bredt utvalg av interessenter, se vedlegg 1. Det har vært avholdt to møter, og innspill fra gruppen er vurdert og tatt hensyn til i dokumentet.

2.4 Bakgrunn for utarbeidelse av ny retningslinje

Begrunnelsen for å utarbeide ny nasjonal retningslinje var blant annet behov for revidering av "Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni" fra 2000 (13). Siden den gangen har det kommet til mye ny kunnskap om forståelse, utredning og behandling av psykoselidelser. Nyere kunnskapsbaserte metoder på dette feltet er av stor betydning for at mennesker med psykoselidelser skal kunne opprettholde eller forbedre sin evne til å mestre et selvstendig liv med deltakelse i skole, arbeid og sosiale nettverk.

2.5 Kunnskapsgrunnlaget

Nasjonale retningslinjer skal styrke kunnskapsbasert praksis i tjenesteapparatet og bidra til at pasienter og pårørende (brukere) får tilbud om utredning, behandling og oppfølging, basert på best tilgjengelig kunnskap.

Utkast til ekstern høring

Kunnskapsbasert praksis defineres som: ”Å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen” (14).

Definisjonen illustreres ofte med denne figuren:

Kunnskapsgrunnlaget for utforming av retningslinjen er basert på følgende:

- Kunnskapssenteret har gjennomført søk etter systematiske oversikter og sortert referanser etter bestilling.
- Helsedirektoratets bibliotek har gjennomført ulike litteratursøk.
- Arbeidsgruppemedlemmenes kompetanse
- To møter med en bredt sammensatt referansegruppe
- Konsulentbistand
- “National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care” fra 2009 (15).

Utkast til retningslinje har vært til intern høring i Helsedirektoratet, og innkomne høringsvar har blitt vurdert og innarbeidet i dokumentet.

2.5.1 Forskningsbasert kunnskap, styrker og svakheter

I faglige retningslinjer har resultater fra randomiserte kontrollerte studier en sentral plass. Samtidig er det viktig å understreke at det i klinisk forskning anvendes en rekke ulike metoder, som kasusstudier og brukerundersøkelser. Alle disse tilnærmingene er

Utkast til intern høring

verdifulle. De utfyller hverandre med sine ulike sterke sider.

En styrke ved randomiserte kontrollerte undersøkelser er at en har styring over observasjonsbetingelsene og et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner av resultatene.
En svakhet kan i noen tilfeller være overføringsverdien til vanlig klinisk praksis.
I den kliniske hverdagen vil pasientene ofte ha flere former for psykiske lidelser samtidig, gjerne i kombinasjon med andre belastninger, som sosiale problemer, rusmiddelproblemer, somatisk sykdom eller kroppslige smerter. Slike problemer forsterker de psykiske plagene. Dette kan igjen få følger for hvilke standarder som er realistiske med hensyn til behandlingens omfang og varighet. Behandling av pasienter med sammensatte problemer kan for eksempel kreve lengre tid enn ved mindre komplekse tilstander. Et viktig satsingsområde for behandlingsforskning er derfor også naturalistiske studier rettet mot alle pasientgrupper som behandlere møter i sin kliniske hverdag. Like viktig er studier av samhandlingen og samarbeidet mellom behandler og pasient, og eventuelt også pårørende.

2.6 Vurdering av kunnskap og anbefalinger

Anbefalingene i retningslinjen bygger på en systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur, samt faglige og erfaringsbaserte vurderinger gjort av involverte parter i arbeidet.
I retningslinjen til NICE fra 2009 (15) er kildene kvalitetsvurdert, og forskning og annen kunnskap er systematisk dokumentert, men anbefalingene er ikke gradert. Denne retningslinjen støtter seg blant annet på dokumentasjonen som beskriver NICE' vurderinger.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratets bibliotek har søkt etter systematiske oversikter ved bruk av databasene Embase, Medline, Cochrane Library og PsycInfo.

Det er gjennomført systematiske søk på utvalgte områder:

- Nettverkstilnærminger (open dialogue approach)
- Boligformer (supported housing)
- Kontinuitet i behandlingen (continuity of care)

Disse tre områdene resulterte i 903 treff, hvorav Kunnskapssenteret vurderte 37 treff som relevante, 33 systematiske oversikter, metaanalyser og oversikter og 4 enkeltstudier.

- Rusinduserte psykoser

Søket resulterte i 468 treff, hvorav 457 ble vurdert irrelevante. 11 systematiske oversikter ble levert, med spørsmål om de var relevante i henhold til bestillingen fra arbeidsgruppen.

- Fysioterapi ved schizofreni/psykoselidelser

Søket resulterte i 181 treff. Kunnskapssenteret gjennomførte en sortering som resulterte i 16 relevante studier.

Utkast til ekstern høring

- Schizofreni/psykoselidelser i den samiske befolkningen. Søket resulterte i 47 treff.

De oppsummerende anbefalingene som gis i hvert kapittel i retningslinjen, er gradert etter evidensnivå 1a til 4 og anbefalingsgrad A til D.

Der det ikke finnes evidens eller noen form for empirisk støtte, er anbefalingene basert på etablert og akseptert klinisk praksis som har konsensus blant eksperter på fagområdet og blant brukerrepresentanter. Kunnskap om klinisk praksis er også hentet fra ulike rapporter og rundskriv utgitt av Helsedirektoratet, beskrivelser av behandlingstilbud, behandlingslinjer og annen tilgjengelig informasjon.

Vurderingene er dokumentert for hver anbefaling i egne skjema for vurdering av kunnskapsgrunnlag og gradering av anbefalinger i retningslinjer, vedlegg 2.

2.6.1 Gradering av kunnskapsgrunnlaget

Det vitenskapelige grunnlaget for vurdering av kunnskapsgrunnlaget i anbefalingene er delt inn i seks nivåer etter modell fra NICE.

Studietype	**Evidensnivå**
Kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier. Kunnskap som bygger på minst en randomisert kontrollert studie.	Nivå 1a Nivå 1b
Kunnskap som bygger på minst en godt utformet kontrollert studie uten randomisering. Kunnskap som bygger på minst en annen godt utformet kvasieksperimentell studie uten randomisering.	Nivå 2a Nivå 2b
Kunnskap som bygger på godt utformede, ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og case-studier.	Nivå 3
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra eksperter, komiteer og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter	Nivå 4

2.6.2 Gradering av anbefalingene

Anbefalingene er gradert i fire nivåer, avhengig av hvordan det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget er vurdert, og hvordan etiske, politiske og økonomiske forhold påvirker anbefalingens styrke.

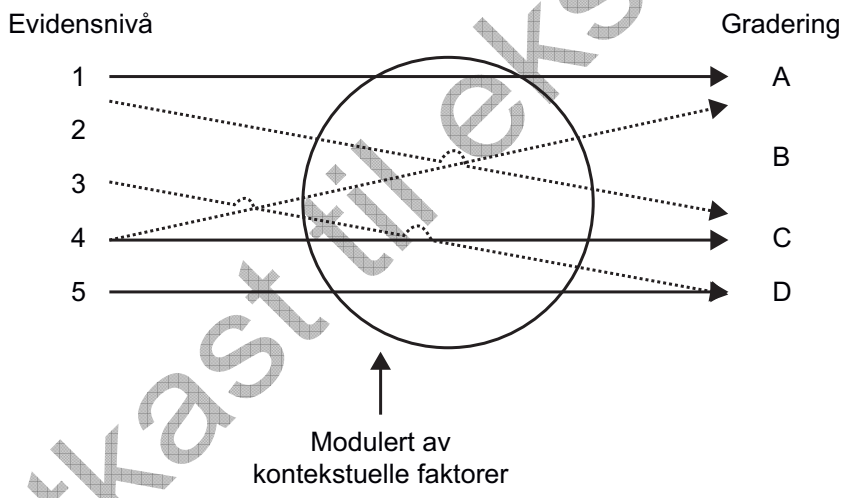
A	Trenger støtte i kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte, kontrollerte studier eller minst en randomisert kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens. • Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold

Ukast til ekstern høring

B	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier når det gjelder den spesifikke anbefalingen. • Kunnskapsgrunnlag nivå 2a og 2b og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold
C	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier når det gjelder den spesifikke anbefalingen. • Kunnskapsgrunnlag nivå 3 og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold
D	Trenger støtte i rapporter eller uttalelser fra autoritative fagkomiteer og eller klinisk ekspertise fra andre respekterte autoriteter. Styrkegraden indikerer en mangel på direkte anvendbare kliniske studier av akseptabel kvalitet. • Kunnskapsgrunnlag nivå 4 og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold

European Health Committee (CDSP) har laget et system for oppgradering eller nedgradering av anbefalinger. Figuren nedenfor er hentet fra "Draft Recommendation Rec (2001) of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices" (16).

Evidens - gradering



Figuren illustrerer hvordan forhold som forskningens generaliserbarhet og overførbarhet, klinisk anvendbarhet eller bruker- og pårørendepreferanser kan påvirke graderingen av en anbefaling.
I tillegg kan konteksten være en vesentlig faktor for hvordan anbefalingene vurderes og graderes. Juridiske forhold, etiske vurderinger, helseøkonomi, organisatoriske forhold og/eller kulturelle variasjoner kan spille inn.

Retningslinjens anbefalinger kan være gradert opp eller ned. I de tilfeller det er gjort, har arbeidsgruppen dokumentert hvilke forhold som har bidratt til å justere graderingen. Se skjema i vedlegg 2.

Utkast til ekstern høring

2.7 Retningslinjens rettslige betydning

Råd og anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er basert på oppdatert faglig kunnskap framskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte, og er ment som et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Helsetjenestens eiere og ledelse har ansvaret for å tilrettelegge virksomheten slik at de nasjonale retningslinjene kan følges og kravene om faglig forsvarlighet overholdes.

Helsepersonelloven (17), spesialisthelsetjenesteloven (18) og kommunehelsetjenesteloven (19) pålegger helsepersonell å yte faglig forsvarlig helsehjelp.

Nasjonale faglige retningslinjer skal, som faglig normerende, langt på vei styre de valgene helsepersonell tar. Ved å følge nasjonale faglige retningslinjer vil helsepersonell lettere oppfylle lovverkets krav om faglig forsvarlig helsehjelp. Når Helsetilsynet tar stilling til om det er handlet i samsvar med god praksis, tar de utgangspunkt i råd og anbefalinger framskaffet på en systematisk, kunnskapsbasert måte, slik de framkommer i Nasjonale faglige retningslinjer.

Når det står ”skal” i retningslinjen, betyr det at noe er lov- eller regelfestet eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. For øvrig er anbefalingene i retningslinjen ikke juridisk bindende. Men dersom en ikke velger å følge dem, bør begrunnelsen dokumenteres i pasientens journal.

Utkast til ekstern høring

3 Anbefalingene

Anbefalingene er basert på kunnskapsbasert praksis og utarbeidet i henhold til internasjonal standard for faglige retningslinjer Se kapittel 2.

	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 bør opprettholdes også i perioder når brukeren trekker seg tilbake.	**A**	41
	Evidensnivå	**Psykose i ulike faser**	**Gradering**	
7	**1b**	Psykiske lidelser, herunder psykoselidelser, utvikler seg i stadier eller faser. Utredning, behandling og oppfølgning må	**A**	64

		være fasespesifikk og individuelt tilpasset.		
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 førstegangspsykose 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 testbatteri som fanger opp mest mulig relevante kognitive funksjoner.	**B**	86
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	**A**	89

Utkast til ekstern høring

		lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT.		
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 pusteprøve 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 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.	**B**	94
	Evidensnivå	**Behandling – generelle forhold**	**Gradering**	
24	**1b**	Behandling må settes inn så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Varighet av ubehandlet psykose må være så	**A**	96

Utkast til høring

		kort som mulig, og ikke overskride 4 uker.		
25	**1b**	Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsfomidlende) 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	**A**	102

Utkast

		tegn til bedring og/eller familien rapporterer vedvarende belastninger.		
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 døgnenheter 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 døgnenheter bør monitoreres ved hjelp av jevnlige målinger ved Ward Atmosphere Scale (WAS) med tanke på om miljøet er tilpasset	**A**	112

Utkast til høring

		psykosepasienter.		
	Evidensnivå	**Kunstterapi**	**Gradering**	
38	**1a**	Kunstterapi (unntatt danseterapi) fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i akuttfase 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 antipsykotiske legemidler.	**A**	119
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	**A**	120

Utkast til høring

		forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg, dosering og vaktsomhet for bivirkninger. Dette gjelder • 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		
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 av behandler og pasient i felleskap. 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 legemidlet kan føre til ekstrapyramidale bivirkninger, metabolske forstyrrelser eller andre bivirkninger.	**B**	124
47	**1b**	Før behandlingen startes bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer • egen- og familiehistorie for diabetes og hjertesykdom • registrering av blodtrykk,	**A**	124

Utkast til fastsetting

		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		
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 legemiddel til et annet (i henholdsvis opptrappende og nedtrappende doser).	**A**	124
	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	**B**	129

Utkast til ekstern høring

		årlig.		
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 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.	**A**	131
	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

Utkast til høring

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 fellesareal og bemanning på heldøgnsbasis dersom behov tilsier det.	**B**	153
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 meningsfylte 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	**D**	158

Utkast til høring

		vurderinger og samtidige lidelser ved psykose.		
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 behandlings- og oppfølgingstilbudet til personer med psykoselidelser.	**B**	168
73	**1**	Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen bør benyttes framfor andre tilnærminger.	**A**	169

Utkast til ekstern høring

4 Definisjoner

Brukerbegrepet
I rapporten "Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse" (20) har Helsedirektoratet fastsatt følgende definisjon: "En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form." Pårørende er inkludert i brukerbegrepet, og brukermedvirkning omfatter både pasienter og pårørende. En bruker i denne retningslinjen er en person som har behov for tjenester innen psykisk helsefeltet. Ordene "pasient" og "pårørende" brukes flere steder om "bruker".

Screening
Begrepet screening anvendes om det å undersøke og eventuelt avdekke behov for videre utredning og behandling av potensiell sykdom eller fungeringsnedsettelse. En har ikke et egnet norsk ord for screening.

Psykoselidelser: De lidelser som er omtalt i denne retningslinjen er definert og beskrevet i kap 6.

Demoralisering:
En depressiv reaksjon på egen lidelse med manglende tro på tilfriskning.

Flere definisjoner og ordforklaringer skal settes inn før publisering.

Utkast til ekstern høring

5 Brukermedvirkning

All god psykisk helsehjelp har pasient og pårørende i fokus, og målet for all behandling og oppfølging er å bidra til at pasienten kan ta ansvar for eget liv og egen utvikling. Det må legges vekt på at pasienten, som bruker av helsetjenestene, får stor innflytelse på egen behandling, og at pårørende får den hjelpen og støtten de trenger.

Brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet i Norge ble for alvor satt på dagsordenen på 1990-tallet. Utgangspunktet var en økende erkjennelse av at brukerne hadde verdifull erfaringskunnskap, som kunne være ressurs i behandlingen av psykiske lidelser, og som derfor måtte tas i bruk. Det hadde etter hvert grodd fram en begynnende forståelse for at helsetjenestene kan påvirkes positivt av tjenestebrukernes erfaringer. Det kom et gjennomslag med opptrappingsperioden for psykisk helse og de nye helselovene som fulgte. Brukerne fikk rett til å delta i avgjørelser som angår deres egen behandling. De fikk også rett til å ha innflytelse på utformingen av tjenesteapparatet. I ettertid er innføringen av brukermedvirkning blitt omtalt som et paradigmeskifte innen psykisk helsetjeneste.

Pasienter og pårørende som brukerrepresentanter skal ha plass i de fora hvor det tas beslutninger om prioriteringer og videreutvikling av helsetjenestene, både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
Det er de senere årene etablert ulike former for tilbud som drives og styres av brukerne selv. Eksempler på dette er pasientveiledere med brukererfaring, Fontenehus, brukerstyrte sentre, støttegrupper, selvhjelpsgrupper (jf. Norsk Selvhjelpsforum) og krisetelefontjenester. Lærings- og mestringssentre ivaretar opplæring av pasienter og pårørende.

Det å bli lyttet til, respektert for verdighet og autonomi og bli møtt med et helhetlig helseperspektiv er viktig. De gode fortellingene fra brukere og pårørende reflekterer nettopp dette. Informasjon og veiledning skal vise at helsepersonell har brukerens beste for øye. Håpet er viktig, og en god og positiv kommunikasjon er styrkende og helende i seg selv. Den moderne brukeren har ofte mye kunnskap om rettigheter og høye forventninger og krav til helsetjenestene.

Det er ikke enkelt å gjøre brukermedvirkning til en praktisk realitet (21;22). Brukermedvirkning er ikke noe som skjer av seg selv. Det forutsetter en helt ny måte å tenke på i tilrettelegging og gjennomføring av tilbud i tjenestene. Tjenesteapparatets holdninger til brukernes rolle må endres.
Brukerne og brukerrepresentantene må få oppleve likeverdighet i forholdet til både behandler og til tjenesteapparat. Når brukerne opplever at deres erfaringskompetanse blir tatt på alvor, fungerer brukermedvirkning i tråd med målsettingen.

Utkast til ekstern høring

Brukerne kan bli aktive bidragsytere i behandlingen, og ikke bare passive mottakere av tjenester.

Denne medvirkningen har i seg selv en verdi som terapeutisk virkemiddel. Den kan føre til større autonomi og gi brukerne økt kontroll over sitt eget liv. Helsepersonell må dyktiggjøres til de nye arbeidsmåtene som brukermedvirkning medfører. Det må skje gjennom informasjon, veiledning og skolering.

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**

5.1 Brukermedvirkning som lovfestet rettighet

Brukermedvirkning er en rettighet som er regulert flere steder i sosial- og helselovgivningen. Viktige bestemmelser finnes i "Lov om pasientrettigheter" (23), som trådte i kraft i 2001. Formålet med denne loven er blant annet å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasientens liv, integritet og menneskeverd (§ 1-1). Denne loven regulerer pasientens rett til individuell plan (§2-5) og fastsetter pasientens rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenesten (§3-1). Pasientens rett til informasjon for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen er belyst i § 3-2. Nærmeste pårørendes rett til informasjon er regulert i § 3-3.

5.2 Overordnet mål for brukermedvirkning

Sosial- og helsedirektoratets rapport "Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger" og tiltak i "Opptrappingsplanen for psykisk helse" (20) ble utgitt i 2006 i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. Denne kortfattede og lettleste rapporten er til god hjelp for brukere og tjenesteytere som vil skaffe seg solid kunnskap om brukermedvirkning. Rapporten kan også stimulere til ytterligere utvikling av reell brukermedvirkning. Kapittel tre i rapporten (side 14 og 15) dreier seg om mål for brukermedvirkning. Det overordnede målet beskrives slik:

"Brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå. Brukeres erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/behandlingsveiledere". (20)

I samsvar med det overordnede målet må det innen psykisk helsefeltet utvikles en faglig kompetanse, der forståelse for brukernes synsvinkler og erfaringsbaserte kunnskap alltid skal være en sentral faktor.

3	**Intervensjonsprogrammer som "Brukermedvirkning i praksis" bør tas i bruk for å bedre helsepersonell og brukeres kompetanse om brukermedvirkning.**	**B**

"Brukermedvirkning i praksis" er et program for økt bevissthet og økt kompetanse på brukermedvirkning i daglig praksis innen psykisk helsevern. Programmet er utviklet av en gruppe ved Universitetet i Stavanger (24).

Utkast til ekstern høring

5.3 Informasjon og opplæring til pasienter og pårørende

Reell brukermedvirkning forutsetter at brukere får tilpasset og god informasjon.

Pasientrettighetsloven (23) regulerer pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, også om risiko og bivirkninger ved behandling. Informasjon må alltid tilpasses brukerens forutsetninger, og den bør gis både muntlig og skriftlig i et forståelig språk. Informasjonen skal bidra til å gi brukeren et bedre grunnlag for å foreta gode valg om egen behandling. Informasjonen må omfatte kunnskap om symptomer, diagnose og ulike behandlingsalternativer. Informasjon om tilgjengelige tilbud, fagpersonenes vurderinger og forslag til behandling og/eller annen oppfølging må komme tydelig fram.
God kommunikasjon og forsikring om at brukeren har mottatt og forstått informasjonen er en nødvendig del av dialogen.

Pasient og, ved pasientens samtykke, pårørende må tidligst mulig få informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer – fra inntak/innleggelse, via behandling til utskriving og oppfølging. En fast kontaktperson fra helsetjenesten bør følge pasient og pårørende gjennom hele forløpet. Informasjon gitt tidligere i et behandlingsforløp må gjentas underveis. Tilpasset informasjon må gis for hver ny fase i behandlingen. Det bør legges opp til at informasjon kan gis i en dialogsituasjon, hvor pasient og pårørende får stille spørsmål, komme med innspill og forslag og oppleve forståelse og respekt.

Helsedirektoratet utga i 2008 ”Pårørende – en ressurs” (25), en veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjeneste. Den beskriver hvordan gode rutiner som sikrer ivaretakelse av pårørendes rettigheter, ønsker og behov, kan etableres i virksomhetene.

5.4 Pårørende

Pårørende (jf. pasientrettighetsloven (23) § 1-3 første ledd bokstav b) til et familiemedlem med en psykoselidelse vil være sentrale samarbeidspartnere med betydelig erfaring med og kunnskap om personen som er syk.
Pårørende som blir involvert i utredning og behandling, kan medvirke til å redusere risiko for tilbakefall (26-28) og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende (29). Pårørende har rettigheter i gjeldende helselover, og det er viktig at pårørende gjøres kjent med sine rettigheter så snart et familiemedlem kommer i kontakt med helsetjenesten.

Hvis forholdet mellom pasient og pårørende er vanskelig, bør fagpersonene vurdere om de kan bidra til å bedre situasjonen. Det er viktig å sørge for god kommunikasjon og godt samarbeid med pårørende.

Utkast til ekstern høring

5.4.1 *Pårørende til ungdom*

4	**For ungdom mellom 16 og 18 år er det viktig at foresattes rett til tilstrekkelig informasjon for å kunne utøve foreldrerollen på en god måte blir ivaretatt. Samtidig må den unges behov for uavhengighet ivaretas.**	**A**

Ungdom er i større grad enn voksne pasienter del av et daglig familiesystem. Balansegangen mellom tilhørighet og avhengighet til familien og ungdommens løsrivelsesprosess må vurderes kontinuerlig. Ungdom er også i stor grad avhengig av familien sin.
For en ungdom vil det vil derfor ha stor betydning å trekke familien inn i behandlingen, og derved bidra til at begge parter får hjelp. Ungdom med psykose bor som regel hjemme hos foreldrene. I noen tilfeller er de under omsorg av barnevernet og bor i fosterhjem eller barneverninstitusjon. I begge tilfeller er det viktig å tilrettelegge for et sammenhengende tjenestenettverk, og ofte må hjelpeapparatet forholde seg både til barnevernet og biologiske foreldre som pårørende.

Hvis det er konflikt mellom disse partene, erdet av stor betydning å bidra til at de kan få hjelp til å samarbeide om å hjelpe ungdommen

Juridisk er det et skille ved 16-årsalder, da ungdommen selv kan oppsøke helsehjelp uten at foreldrene informeres. Noen ungdommer over 16 år vil at behandlere skal ha taushetsplikt overfor foreldrene. Helsepersonell har som hovedregel taushetsplikt overfor foreldre når det gjelder barn over 16 år, med mindre barnet samtykker i at opplysninger gis. I disse tilfeller er det viktig å være klar over pasientrettighetslovens (23) § 3-4 tredje ledd ”Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret skal allikevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år”. Ved alvorlige psykiske lidelser vil det som regel være riktig å forholde seg til denne lovteksten, da det vil være vanskelig å utøve foreldreansvaret overfor en ungdom med psykose uten å ha informasjon om vedkommendes lidelse og hva den medfører.

5.4.2 *Barn som pårørende*

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.

Barn av foreldre med psykoselidelser er en særlig sårbar gruppe. Foreldre som er i en vanskelig situasjon, kan trenge hjelp til å ivareta barna.
Helsepersonelloven (17) § 10a pålegger helsepersonell å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som barn av pasient med blant annet psykisk lidelse, kan ha som følge av foreldrerens tilstand.
Helsepersonellovens § 25 tredje ledd åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta pasientens barn, med mindre pasienten motsetter deg dette.
I spesialisthelsetjenesteloven (18) § 3-7a er det lovfestet at alle helseinstitusjoner ”i nødvendig utstrekning” skal ha barneansvarlig personell. De barneansvarlige skal

Utkast til ekstern høring

fremme og koordinere oppfølgingen av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadede pasienter. Se Helsedirektoratets rundskriv "Barn som pårørende" (30).

Barn av foreldre med psykiske lidelser er utsatt for selv å få psykiske problemer. Helsepersonell bør derfor snakke med personer som har psykoselidelser om barna deres og forhøre seg om hvordan barna har det. Det bør stilles spørsmål om hvordan det kan legges til rette for at barna trives, og det bør tas stilling til hvilken informasjon barna trenger om problemene mor eller far har.

De fleste pasientene ønsker at helsepersonell snakker med dem om barna deres, selv om det kan være et ømtålig tema.

Selv om foreldre ønsker det beste for barna sine, vil mange være bekymret for ikke å strekke til når de som mor eller far har en psykisk lidelse. En saklig samtale om dette kan ofte være til hjelp, det er viktig å støtte foreldre på det de mestrer, og ikke utelukkende fokusere det som er problematisk.

5.5 Pårørendes roller og behov

3	**Rutiner for samarbeid med pårørende tilpasses de rollene de har, og fokuserer på kunnskapsutveksling, veiledning og støtte.**	**B**

Pårørende kan ha ulike roller. De kan være en kunnskapskilde, en omsorgsgiver, en viktig del av nettverk og nærmiljø og de kan være pasientens representant. De fleste foreldre har flere roller samtidig. Hvilken rolle pårørende har i pasientens liv, vil være av betydning for hvordan de kan og bør involveres. I tillegg er pårørende mennesker med egne rettigheter og behov.
Fagpersoner kan, noen ganger, oppleve å møte pårørende som i sin fortvilelse framstår aggressive og krevende, og må være på vakt for ikke å stigmatisere dem som "vanskelige pårørende". Pårørende i krise og sorg må oppleve å bli møtt med sjenerøsitet og inviteres til dialog, slik at det kan tilrettelegges for en god samarbeidsrelasjon.

Noen pårørende kan selv bli syke av stress og belastninger som en følge av rollen som pårørende. Det kan være mulig å forebygge dette gjennom et samarbeid mellom fagpersoner og pårørende. Samarbeidet innebærer kunnskapsutveksling, veiledning, støtte og avlastning. Ved behov utover støtte knyttet til pårørenderollen, må pårørende få hjelp og støtte til å søke behandling for egen del.

5.6 Brukerkompetanse og selvhjelp

Gjennom opptrappingsperioden for psykisk helse ble det lagt stor vekt på holdningsendringer og brukermedvirkning. Det handler om å respektere brukernes erfaringer og den kunnskapen de har om egen situasjon, og om hvordan de ulike hjelpetilbudene fungerer. Selvhjelp (både veiledet og selvorganisert) er rettet mot egenmestring og brukermedvirkning (31).

Utkast til ekstern høring

Det er i følge Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp (www.selvhjelp.no) (32) vurdert at barn, ungdom og personer med alvorlige psykiske lidelser har best nytte av veiledet selvhjelp, men det er liten erfaring på området. Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp (og Link Oslo (www.linkoslo.no) (33)) drives av Norsk selvhjelpsforum (www.norskselvhjelpsforum.no) (34), som er rådgivnings- og samarbeidspartner for offentlige myndigheter/etater, interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner, fag- og forskermiljøer, offentlige bedrifter og enkeltmennesker. En av hovedoppgavene er å utvikle og formidle endringsverktøy (selvhjelp), samt å systematisere erfaringsbasert kunnskap innen selvhjelp, (bruker)medvirkning, forebyggende og helsefremmende arbeid og rehabilitering.

Det er etablert flere kompetansesentre som arbeider for å styrke og gyldiggjøre brukerkompetanse.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (NASEP, www.erfaringskompetanse.no) (35) samarbeider med aktuelle aktører innenfor bruker- og pårørendemiljøer, enkeltpersoner, høyskoler/universitet og praksisfelt innen forskning og kunnskapsutvikling for å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap.

Pårørende Kompetanse (www.pkompetanse.no) (36) har som sin hovedoppgave å utvikle og implementere tiltak for pårørende ved å innhente, systematisere og formidle erfaringsbasert kunnskap. De tilbyr helseforetakene tjenester som hjelper fagpersoner til å hjelpe pårørende. Målsettingen er å møte pårørende på deres egne premisser, generere pårørendekunnskap og øke pårørendes innflytelse på utviklingen av psykisk helsefeltet.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling (KBT Midt-Norge, www.kbtmidt.no) (37) er kompetansebase for Bruker Spør Bruker. Senteret samarbeider med brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, forsknings- og utdanningsinstitusjoner om utvikling av arbeidsmetoder for å styrke fag- og tjenesteutvikling. De bidrar til å dokumentere brukererfaring og -kompetanse og tilbyr kurs og opplæring av brukere og fagpersoner.

Utkast til ekstern høring

6 Generelle prinsipper for god praksis

Verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen (38) for psykisk helse er basert på et varmere og mer menneskelig samfunn, der medmenneskelighet og omsorg for de svakeste er en viktig faktor. Tjenestetilbudene skal utvikles slik at de fremmer uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Disse målene er grunnlaget for god praksis i tjenesten.

6.1 Etiske aspekter

Helsepersonell og andre tjenesteytere har et selvstendig ansvar for å gjennomføre arbeidet i tråd med lovverk og faglige og etiske retningslinjer, jf. Helsepersonelloven (17) § 4. Utredning, behandling og oppfølging av mennesker med psykoselidelser gir grunnlag for en rekke etiske overveielser. Respekt for autonomi og brukermedvirkning er vektlagt i lovgivning, forskrifter og andre sentrale føringer.

Å vise respekt er en forutsetning for etablering av gode relasjoner. Det er viktig å se brukere som medmennesker med rett til selvbestemmelse og medvirkning. I relasjonen mellom tjenesteyter og bruker vil det kunne oppstå situasjoner der etiske dilemmaer må overveies. Eksempel på dette er når selvbestemmelse kommer i konflikt med andre hensyn, som ved bruk av tvang.

6.2 Relasjonens betydning

3	**Det må tilrettelegges for et godt personlig møte og en god relasjon mellom bruker og fagperson.**	**C**

En god relasjon mellom bruker og hjelper er en forutsetning for god utredning, behandling og oppfølging. En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har betydning for utfallet av behandling både poliklinisk og i institusjon (39). Et fortrolig forhold preget av tillit og en grunnleggende enighet om målsettingen med behandlingen og oppfølgingen, samt de metoder som brukes, er vesentlig.

En god relasjon er preget av terapeutens empati, respekt og engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme. Forholdet til pårørende og familie krever samme tilnærming.

Møter og samtaler er de mest brukte virkemidlene i samhandlingen mellom brukere og tjenesteutøvere. Det er viktig at det personlige møtet mellom bruker og behandler skjer i en atmosfære av trygghet, forståelse og likeverd. Tjenesteyteren må legge vekt på å gi håp og tro på at økt mestring er mulig og det må legges til rette for at brukeren kan ta i bruk sine egne ressurser for å få et bedre liv.
Helsepersonell som får gode resultater, beskrives ofte som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive. De ser mennesket bak diagnosen.
God kommunikasjon og dialog mellom bruker og tjenesteyter fordrer at begge parter

Ukast til ekstern høring

er åpne og lydhøre for hverandre. Da kan fagkunnskap og brukererfaring utfylle hverandre (40).

6.2.1 Kontinuitet

2b	**Kontinuitet i behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser er sentralt og bør opprettholdes også i perioder der brukeren trekker seg tilbake.**	**A**

Kontinuitet i behandlingen er ansett å være et helt sentralt og nødvendig element i behandlingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser (41). Det er imidlertid gjort lite forskning på sammenhengen mellom kontinuitet i behandlingen og sykdomsforløp (prognose). Adair (42) viste at kontinuitet var assosiert med høyere livskvalitet, bedre fungering, lavere symptomnivå og høyere grad av tilfredshet med mottatte helsetjenester.

En undersøkelse fra samme forskergruppe angående en mulig sammenheng mellom kontinuitet i behandlingen og kostnader knyttet til behandling og oppfølging, viste at kostnadene var lavere når kontinuiteten ble bedret (43).

6.3 Kultursensitive tjenester

Norge er et flerkulturelt samfunn, og det er viktig å tilrettelegge for gode og kulturelt tilpassede helsetjenester med en ikke-diskriminerende praksis. Det er behov for et systematisk minoritetsperspektiv i alle ledd i helsetjenesten. Et slikt perspektiv innebærer kunnskap om

- alminnelige reaksjoner i migrasjonsprosessen
- særskilte helseproblemer i ulike etniske grupper
- arbeid med tolk
- at medisiner kan ha ulik effekt avhengig av etnisk opprinnelse
- ulike måter å forstå sykdom på
- at pasienter og pårørende kan ha annen hjelpsøkende atferd enn majoritetsbefolkningen

Det kan være behov for å informere om og organisere tilbudet på en annen og mer fleksibel måte, slik at tjenestene er tilgjenglige for ulike grupper i befolkningen. Annen kunnskap om hvordan en samarbeider med familie og nettverk kan også være aktuell. Det er flere miljøer som arbeider med minoritetshelse og/eller flyktningehelse, og som kan bistå med kompetanse. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), www.nkvts.no, har forskningsprosjekter om flyktningehelse og traumatiserte flyktninger som et av senterets kjerneområder. De regionale ressurssentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som oppgave å bidra til kompetanseoppbygging i tjenesteapparatet gjennom opplæring, kurs og veiledning. I tillegg er Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI), www.nakmi.no, en sentral kilde til informasjon og veiledning.

Utkast til ekstern høring

6.4 Helsehjelp for hele mennesket

Opptrappingsplanen for psykisk helse hadde som en del av mål og verdigrunnlag, kapittel 1.2, at:

> *"En person med psykiske problemer må ikke bare sees som pasient, men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester."* (38)

Personer med psykoselidelser har ulike behov, ønsker og erfaringer om hvilken type helsehjelp som er virkningsfull. Dette kan innebære at noen ønsker legemiddelfri behandling, fordi de ikke aksepterer uheldige bivirkninger av psykofarmaka, og fordi de vil ha kontroll over egen kropp og psyke. De kan for eksempel ha lært seg å leve med sine hallusinasjoner. Enkelte pasienter forteller at psykose og hallusinasjoner kan oppleves som en ressurs og en kilde til et rikere og tydeligere liv.

Tanker omkring eksistens, tro, fenomenologi (inkludert subjektive opplevelser) (jf. Møller (44)) og andre viktige og store spørsmål kan for en del pasienter bli mer synlig og påtrengende ved psykoselidelser. Det er viktig at helsepersonell er åpne for pasientenes åndelige behov (45), og at de har forståelse for at en pasient kan ha behov for samtaler med for eksempel prest, imam, filosof eller behandler med egnet kompetanse, og at det legges til rette for at samtaler kan gjennomføres.

Det er viktig å være oppmerksom på signaler om slike behov, om mulig, allerede i en tidlig fase av symptomutviklingen, og videre ved utredning, behandling og oppfølging. Dette er spørsmål som kan berøre helsepersonellets eget verdi- og menneskesyn, og det er vesentlig at de opptrer objektivt og imøtekommende.

For pasienter som er opptatt av verdispørsmål, tro, undring og mening, kan det å få gjenhør for tanker om dette bety mye for selvrespekt, selvforståelse og opplevelse av mening.

Eksistensiell støtte, hjelp til å forstå og bearbeide vanskelige opplevelser, spørsmål om liv og død, sykdom og lidelse kan for mange ha stor betydning. Å bli møtt med forståelse for ulike ønsker for behandlingen av psykoselidelsen er viktig for opplevelsen av respekt.

Helsehjelp for hele mennesket innebærer også at pasient, pårørende og behandlere har fokus på pasientens fysiske helse og velvære. Disse aspektene, som lett overses og undervurderes, er mer utfyllende behandlet blant annet i kapitlene om Samtidige somatiske lidelser (10.7), Fysisk aktivitet (13.10) og Fastlegens rolle (14.3).

Utkast til ekstern høring

7 Hva er psykose?

7.1 Diagnoser

Diagnose kommer fra gresk, og betyr ”gjennom (dia) kunnskap (gnosis)”. Når en psykiater eller psykolog stiller en diagnose som psykose, betyr det at han/hun sammenfatter de symptomer og tegn som pasienten forteller om eller viser til en samlebetegnelse, diagnosen. Hensikten med dette er flerfoldig. Gjennom grundig og nøyaktig diagnostisering forsøker en å definere ulike sykdommer eller lidelser og skille dem fra hverandre. Dette kan bidra til mer tilpasset behandling, samt legge grunnlaget for øktkunnskap om disse sykdommene gjennom forskning og metodeutvikling. Diagnosene er også et slags språk, en terminologi, som letter kommunikasjonen innad i fagmiljøer. Siden diagnosene stort sett er på latin, gir det også et ensartet internasjonalt språk i denne sammenhengen.

Men diagnostisering er også beheftet med ulemper, og innen psykisk helsevern må en være særlig oppmerksom på mulige uheldige sider ved diagnoser.
Den viktigste ulempen er faren for at en reduserer mennesket til diagnosen, at en glemmer å se det hele mennesket bak diagnosen. Diagnoser kan virke overforenklende.
Diagnoser kan også være stigmatiserende og bidra til selvstigma. Det vil si at pasienten tenker på seg selv som sin sykdom, mer enn et fullt og helt menneske med muligheter for utvikling (46).

De diagnosene denne retningslinjen omhandler, krever ekstra aktsomhet med tanke på stigmatisering og selvstigmatisering.

Diagnostisering ved psykoselidelser kan også være særlig utfordrende på grunn av potensielt kompliserte differensialdiagnostiske vurderinger og mange samtidige lidelser (47).
Tilstrekkelig mengde- og breddeerfaring med pasientgruppen er viktig for å fange opp denne kompleksiteten.

Norge er, gjennom sitt medlemskap i WHO, forpliktet til å følge det internasjonale diagnosesystemet ICD 10 (48).

7.2 Psykiske lidelser utvikler seg i faser eller stadier

De alvorlige psykosene betraktes i dag som dynamiske prosesser, som utvikler seg i stadier (49). Schizofreni representerer det alvorligste, og i noen tilfeller endelige, stadium i en langvarig utviklingsprosess.

Nesten alle psykosetilstander har et forstadium med «alminnelige» symptomer og/eller tegn på at personen har følelsesmessige problemer. Det kan for eksempel vise seg som depresjon, angst eller sosial isolering.

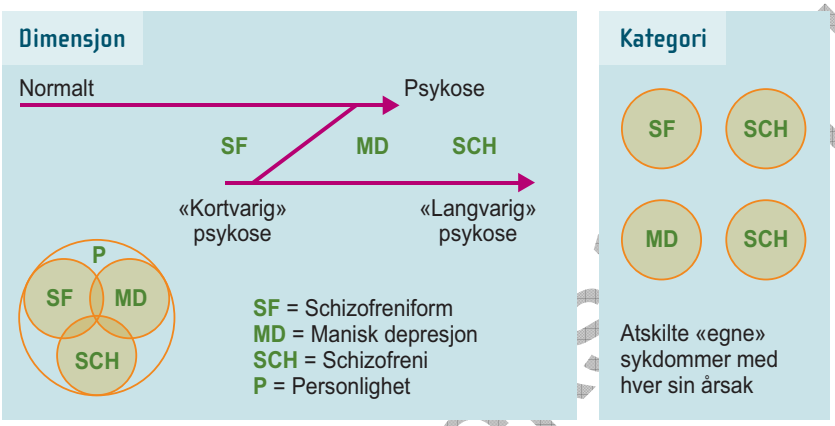
Utkast til ekstern høring

I moderne psykiatrisk forskning og klinisk praksis vil det være avgjørende at en definerer hvilken sykdomsfase en står overfor.

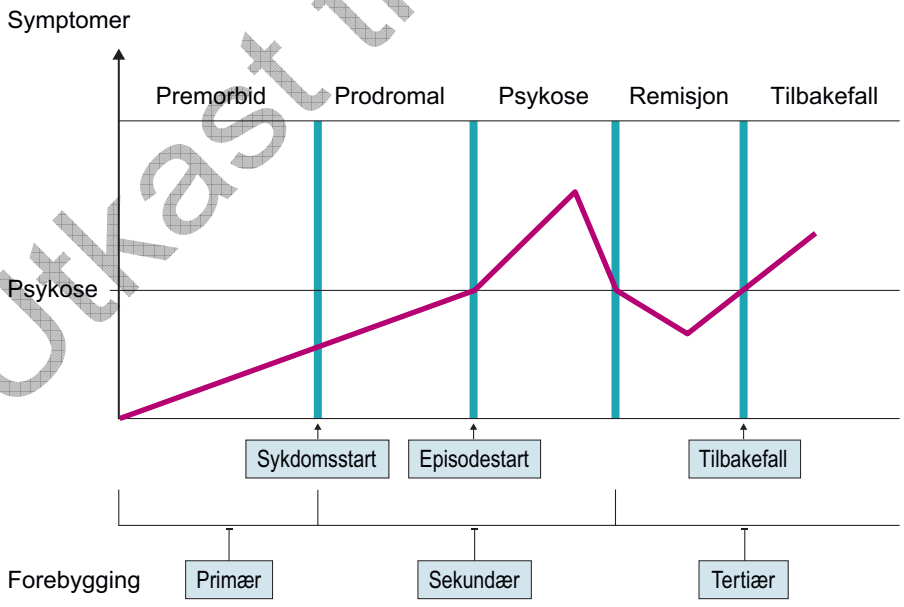
Det å betrakte psykiske lidelser som lidelser med betydelig overlapping mellom de ulike diagnosegruppene, kalles tradisjonelt for et dimensjonalt perspektiv (50). Det står i motsetning til det såkalte kategoriske perspektivet, hvor en betrakter de ulike diagnostiske kategorier som atskilte tilstander med separate, og mer biologiske, årsaksforhold. En benevnelse på dette er begrepet "Einheitspsychosen" (= enhetspsykose) (51).

Dette er illustrert i figurene nedenfor.

Psykiske lidelser –Dimensjon eller kategori

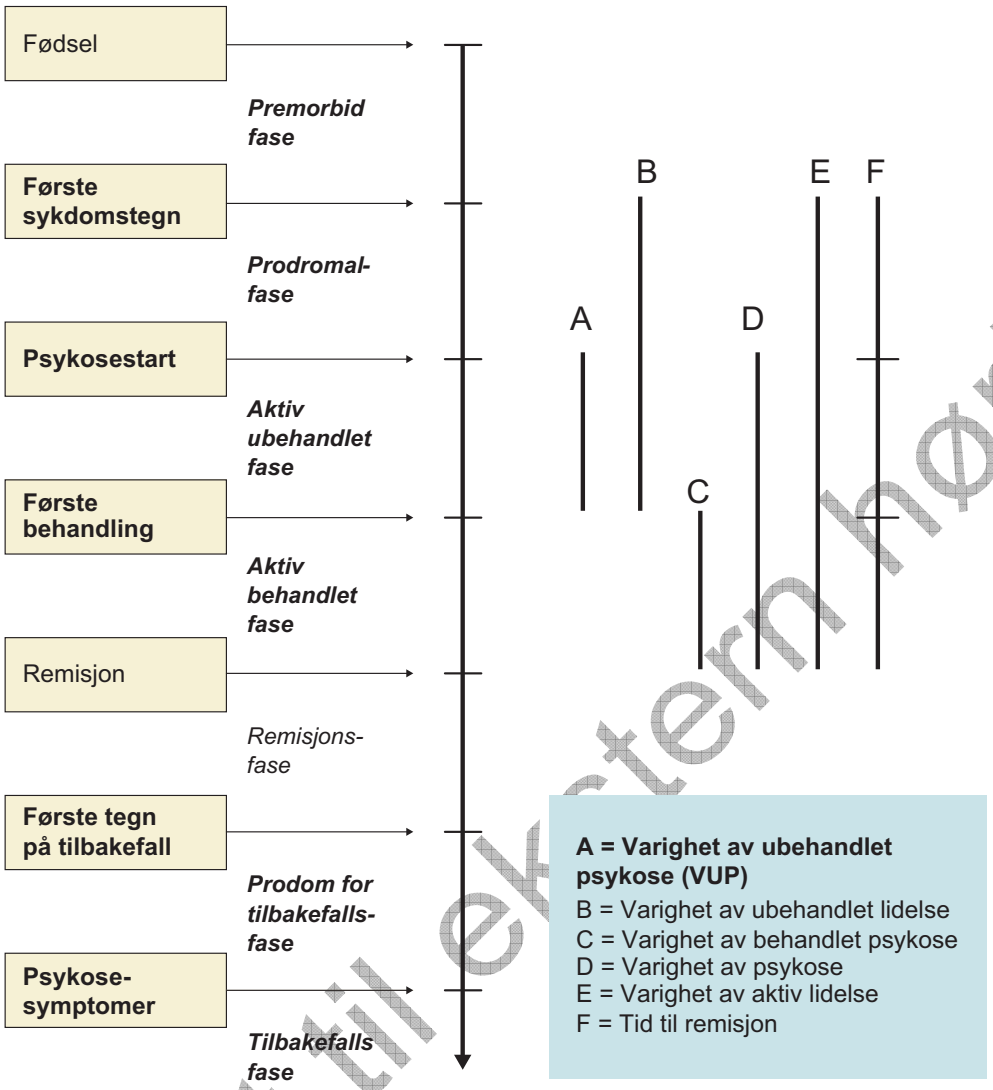


Psykosestadier og forebyggingsnivåer



Utkast til ekstern høring

Tidlig forløp av psykose. Ulike faser.



Utkast til ekstern høring

Fra et dynamisk perspektiv betraktes psykose som et sammenbrudd av psykologiske mestringsstrategier eller psykologiske forsvarsmekanismer som følge av en følelsesmessig overbelastning av disse. Det er vanligvis kontinuitet mellom såkalt «normalitet» og utviklingen av psykotiske forstyrrelser.
Denne fasespesifikke tenkningen og forståelseen ligger til grunn for den videre oppbyggingen av denne retningslinjen, og er forsøkt tatt hensyn til i de anbefalinger som gis (52;53).
En slik forståelsesramme innebærer også at en må legge stor vekt på å forebygge videre sykdomsutvikling. Dette gjelder både primærsykdom og tilbakefall.

Stress-sårbarhetsmodellen integrerer de psykologiske modellene med mulige biologiske forklaringsmodeller for sårbarhet for psykoseutvikling. En lav terskel for psykotisk sammenbrudd kan skyldes enten biologiske eller psykologiske forhold, eller begge samtidig.

Ulike risikofaktorer knyttet til arv og miljø er gjenstand for intens forskning og omfatter blant annet genetiske markører, forhold i svangerskap og ved fødsel og forhold av fysisk og psykologisk art.
Forskning har slått fast at miljøet har betydning. Både oppvekst i storbyer, migrasjon, rusbruk og traumatiske opplevelser ser ut til å være risikofaktorer.
Det er ikke funnet en klar sammenheng mellom forekomsten av schizofreni og sosial klasse, men prognosen er dårligere for pasienter fra lavere sosiale klasser. Dårligere prognose skyldes sannsynligvis forekomst av flere risikofaktorer, og at det tar lengre tid før denne gruppen kommer i behandling.

7.2.1 "Varselsfasen" (prodromalfasen).

Den første fasen kalles vanligvis "varselsfasen" (prodromalfasen). Denne kan vare fra noen dager til flere år. De som senere utvikler en psykoselidelse, har vanligvis hatt en gradvis utvikling av angst- og/eller depresjonssymptomer i en periode på opp til fem år før psykosegjennombruddet. Denne varselsfasen kalles i den internasjonale litteraturen for "UHR ("Ultra High Risk") eller ARMS ("At Risk Mental State") (54-58).
Varselssymptomene er alminnelig symptomer og tegn på at den det gjelder ikke har det bra psykisk, for eksempel depresjon, angst, indre uro, konsentrasjonsvansker, hukommelsesbesvær, isolasjon, søvnvansker.
Men, det er ingen sikre "varselstegn". Det gjør at det først etter et psykosegjennombrudd er mulig å si at det som viste seg faktisk var tegn på en kommende psykoseutvikling.

Dette reiser spesielle utfordringer både når det gjelder etiske problemstillinger (59;60) og utrednings- og behandlingsmessige forhold.
Denne fasen kan, og må ikke, på basis av de symptomene som er beskrevet her, kalles for en "kan-bli-psykose" eller en "kanskje-psykose", noe som kan oppfattes stigmatiserende.
Mennesker i "varselsfasen" må gis hjelp og behandling for de plager og symptomer de har. Overgangen kjennetegnes av uro, angst og depresjon (61;62).
Den psykosenære personen skaper sine egne forklaringer for å håndtere den smertefulle opplevelsen som oppstår, en opplevelse som personen ikke makter å gi den kritiske vurderingen som normalt sorterer og integrerer den indre og ytre verden. For eksempel kan en person bli overbevist om at et ondt menneske eller en organisasjon kontrollerer hans/hennes tanker, og sinnet han/hun føler kan overføres på disse.
Noen ganger kan gode og støttende hendelser og relasjoner bidra til å avbryte denne prosessen i den førpsykotiske fasen.
Går prosessen videre, kan uvirkelige sanseopplevelser (sanserefaring uten ytre stimulering av sanseorganene, for eksempel hørselshallusinasjoner) bli tydelige. Det er et tegn på at evnen til å skille tenkning og sansning har blitt mer forstyrret, inntil den realitetstestende evne (evnen til å skille mellom seg selv og omgivelsene) ikke fungerer.
Oftest skjer en slik overgang til psykose langsomt, over måneder eller år, i sjeldnere tilfeller mer plutselig. I de fleste tilfellene har personen som rammes, hatt betydelige og stadig sterkere depresjons- og angstopplevelser opptil flere år før vedkommende glir over i psykosen (se figurer side 44 og 45).

Utkast til ekstern høring

7.3 Særskilte forhold ved diagnostisering av unge

Grenseoppganger mellom ulike former for psykose hos unge kan være vanskelige å sette, og gråsonene er mange. Hallusinasjoner forekommer både ved affektive psykoser, schizoaffektive psykoser og dissosiative lidelser (63), mens negative symptomer er vanligere ved schizofreni (64).
Affektive symptomer er ikke uvanlig ved schizofreni, og tankeforstyrrelser ikke uvanlig ved affektive lidelser (65). Differensialdiagnostisering er særlig komplisert i ungdomstiden.

Det er i dag vanlig å tro at tidlig psykosedebut er forbundet med større grad av udifferensierte symptomer, og findiagnostisering av psykosen er derfor vanskelig (66). Diagnoser må derfor revurderes jevnlig.

7.3.1 Utviklingsnivå/evnenivå

Symptomer hos barn og ungdom må til enhver tid ses i sammenheng med evnenivå og den sosio-emosjonelle og motoriske utviklingen. Dette gjelder spesielt for yngre ungdommer.
Stemmehøring, hallusinasjoner og vrangforestillinger vil for eksempel ha ulikt innhold avhengig av alder. Innholdet i hallusinasjoner hos de yngste og de med svakt evnenivå er som regel knyttet opp mot mer konkrete forhold (leker, dyr, mennesker). Vrangforestillinger er ofte mindre komplekse (de skal ta meg, drepe meg, de er slemme mot meg) enn hos eldre ungdommer og voksne (67). Evnevurdering bør derfor inngå som en naturlig del av enhver psykoseutredning.

7.3.2 Symptomer skifter og varierer

Psykose er en fluktuerende lidelse, og kanskje i enda større grad for unge mennesker. Ungdomstiden er preget av mental og sosial fleksibilitet og beveger seg på mange ulike arenaer. Symptomer kan også øke og minske i grad, avhengig av opplevd stressnivå og andre faktorer. Fungeringsnivået gjenspeiler ikke alltid psykosenivået, og det at symptomer ikke er til stede kontinuerlig, betyr ikke at en kan utelukke en psykoselidelse (66).

7.3.3 Unge forteller sjeldnere spontant om psykosesymptomer

De alvorlige psykosene hos unge utvikler seg ofte snikende, og symptomene er gjerne diffuse og holdes skjult i tidlig fase av sykdomsutviklingen. Det er fullt mulig å være i en psykose og oppleve både hallusinasjoner og vrangforestillinger uten at dette gir seg uttrykk gjennom ytre synlige tegn.
Unge som har hatt hallusinasjoner fra de var barn, rapporterer ofte at hallusinasjonene i starten var av en positiv karakter (snille stemmer, hjelpere eller lignende). Noen vil oppleve disse hallusinasjonene som en naturlig del av seg selv, og de finner derfor ingen grunn til å fortelle om dem hvis de ikke blir spurt direkte.

For å oppdage psykoser så tidlig som mulig er det viktig, sammen med ungdommen, å utforske hans/hennes indre verden og gi hjelp til å sette ord på opplevelsene.

Ved mistanke om psykose bør en stille direkte spørsmål om psykotiske symptomer (66), (se kapittel 12 Utredning).

Utkast til høring

7.4 Symptomer

Psykoser er fellesbetegnelsen for en sammensatt gruppe psykiske lidelser som har nedsatt eller manglende realitetstestende evne (vansker med å skille mellom ytre og indre faktorer) som felles kjennetegn. Psykoselidelsene kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper av symptomer:

1) Realitetsbristen kan ta form av forstyrrelser i sansning (hallusinasjoner, uvirkelige sanseopplevelser) eller fastlåste og feilaktige endringer i tankeinnhold (vrangforestillinger, alvorlige og fastlåste misforståelser/feiltolkninger av omgivelsene). Disse symptomene kalles ofte positive symptomer, fordi de representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er der.

2) Mange pasienter opplever symptomer som representerer en reduksjon eller et bortfall av normale funksjoner, og som derfor ofte kalles negative symptomer. De negative symptomene kan være vanskelig å skille fra depresjonsutvikling (postpsykotisk depresjon), eller fra bivirkninger av spesielt de «gamle» typene av antipsykotiske legemidler.

3) I tillegg kan mange oppleve andre typer symptomer, som angst, depresjon (affektforstyrrelser) eller kognitive (tankemessige) vansker. Det kognitive fungeringsnivået er vanligvis redusert sammenlignet med før sykdommen debuterte, og dette påvirker læring, minne, sansning og motoriske ferdigheter.

Forstyrrelsen innebærer også ofte at de mer basale funksjoner som gjør at vi opplever oss som unike individer, selvoppfatningen, er annerledes enn vanlig.

7.4.1 Positive symptomer

7.4.1.1 Hallusinasjoner

Hallusinasjoner er en sansemessig opplevelse uten stimulering av det aktuelle sanseorganet og oppfattes som virkelig av personen som opplever dem.

Den mest vanlige formen for hallusinasjoner er at en tror at en hører stemmer, dvs. at tankelignende prosesser oppfattes som om de kommer utenfra, mens det i virkeligheten er egne tanker. Noen kan ha hørselshallusinasjoner som oppleves akkurat på samme måten som når personen hører faktiske stemmer, mens andre kan ha opplevelsen av å høre en tanke ”høyt” inne i hodet sitt.

En rekke teorier tar utgangspunkt i at kommenterende stemmer er nærmere knyttet til kjernepatologien ved schizofreni enn andre symptomer, og dette symptomet vektlegges derfor i dagens diagnostiske system. Kommenterende stemmer kan ha form av en stemme som løpende kommenterer det personen holder på med (som en sportskommentator under et idrettstevne), eller to eller flere stemmer som snakker sammen.
Hørselshallusinasjoner har en tendens til å bli kroniske, og siden stemmen(e) ofte kommer med negative utsagn, vil vedvarende hørselshallusinose ofte oppleves som en belastning for den det gjelder. Mange blir etter hvert klar over at stemmen(e) ikke er virkelig, uten at det alltid får stemmen(e) til å bli borte.

Utrast til eksten høring

Undersøkelser viser at de som opplever å høre stemmer, faktisk har aktivitet i eget hørselssenter på samme måte som når vi hører lyder gjennom hørselsapparatet, og at denne "interne" stemmehøring kan blokkere for ytre lydstimuli.
(68).

Det er også mulig å ha uvirkelige sanseopplevelser (hallusinasjoner) fra andre sanser, som syn, hørsel, lukt, smak og berøring, men dette er sjeldnere.
Innefor en psykodynamisk forståelsesramme vil slike uvirkelige sanseopplevelser oppfattes som uttrykk for en dypere, noen ganger tolkbar, mening, som et drømmeinnhold.

7.4.1.2 Vrangforestillinger

Vrangforestillinger er kulturelt tilsynelatende feilaktige, og/eller for omverdenen uforståelige, forestillinger som er basert på personens indre oppfatninger mer enn ytre realiteter, og som fastholdes på tross av informasjon om at andre oppfatter verden annerledes.

Vrangforestillinger kan handle om vanlig forekommende ting, eller de kan framstå som helt bisarre. Enkelte spesifikke positive symptomer har vært antatt å være karakteristiske for schizofreni. Dette gjelder selvhenføringsideer, oppfatningen av at tilfeldige hendelser har en spesiell betydning for personen (at det som står i avisen er spesifikt rettet til vedkommende), tankekringkasting (at personens tanker kan faktisk høres av andre), tankeinnsetting (at personens tanker er satt inn i hodet av andre) eller tanketyveri (at tanker er faktisk er fjernet fra hodet), og det som kalles influenssymptomer og passivitetsbevissthet (opplevelsen av at kroppen kan påvirkes eller styres av en ytre kraft).
Selv om disse symptomtypene er mer vanlige ved schizofreni enn ved andre psykotiske lidelser, er det ingen holdepunkter for at symptomene bare forekommer ved schizofreni.
Innenfor den psykodynamiske tradisjonen vil en hevde at alle symptomer har en bakenforliggende, dypere mening.

7.4.1.3 Disorganisering

Disorganisering blir ofte regnet som del av de positive symptomene. Disorganisert tale har form av avbrudd i normal taleflyt. Bak dette fenomenet ligger oftest assosiasjonsforstyrrelser.

I mild form kan dette gi seg uttrykk i at personen assosierer på siden av innholdet i samtalen, menssammenhengen forsvinner etter kort tid eller virker å være helt borte ved uttalte forstyrrelser.
Den som rammes, kan fortelle om opplevelsen av at tankene flyter svært fort, urimelig sakte eller at de helt stopper opp (tankeblokk). Konkret eller idiosynkratisk tenkning (problemer med abstraheringsevne eller symboliseringsevne), ufleksibelt eller lite rikt tankeinnhold (stereotyp tenkning) og i noen grad redusert verbal kommunikasjon på grunn av redusert ordvolum (alogi) regnes også som en assosiasjonsforstyrrelse.

Disorganisert atferd har form av endring i normale atferdssekvenser, som for

Utrast til ekstern høring

eksempel å avbryte en samtale for å gjøre noe helt uventet.
Katatoni, en tilstand hvor personen veksler mellom motoriske uroperioder og perioder med mangel på bevegelse og tilstivning i uvanlige positurer, regnes oftest som en form for disorganisering. Katatoni kan være kjennetegnet ved manglende bevegelse men er som oftest kjennetegnet ved uro og økt aktivitetsnivå i form av vedvarende og tilsynelatende formålsløse bevegelser.

7.4.2 Negative symptomer

Tilstedeværelsen av negative symptomer bedømmes oftest ut fra personens atferd, for eksempel ved sosial tilbaketrekning.

Negative symptomer har stor klinisk betydning, fordi de medfører sterkere reduksjon av fungeringsnivå enn positive symptomer.

Negative symptomer svarer dårlig på behandling, har en stor risiko for å bli langvarige og er en viktig del av de alvorligste psykotiske lidelsene. På tross av dette er symptomgruppen mindre undersøkt enn andre symptomområder.
Det er etter hvert blitt vanlig å dele dette symptomområdet i to grupper.

Den ene består av apati, avolisjon og anhedoni, som er symptomer som kjennetegnes ved en passiv tilbaketrekning fra omgivelsene.
Apati er betegnelsen på primært tap av motivasjon. Den som rammes, opplever manglende entusiasme og engasjement. Apati er nært beslektet, og til dels overlappende med, avolisjon, mangel på målrettede handlinger. Personen som rammes, framstår med lite vilje eller driv til å igangsette eller gjennomføre handlinger.
Anhedoni er betegnelsen på manglende evne til å glede seg over ting og er vanskelig å skille fra tegn på depresjon.
Undersøkelser tyder på at personer med schizofreni opplever glede ved de samme hendelsene som gleder andre, men at de i større grad mangler forventningen om glede knyttet til framtidige situasjoner.

Den andre symptomtypen en affektavflatning. Dette er gir seg uttrykk i manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråk og ansiktsmimikk. Personen kan derfor framstå som følelsesflat og uengasjert. Personer med psykotiske lidelser kan ha problemer med å gjenkjenne følelser hos andre, i tillegg til problemer med egen følelsesregulering eller med å gi uttrykk for sine følelser.

Det er imidlertid klinisk viktig i behandling av personer med affektavflatning ikke å mistolke manglende engasjement som mangel på følelser.

7.4.3 Kognitive vansker

Kognitive vansker kommer vanligvis til uttrykk som problemer med å ta inn og bearbeide informasjon om omverdenen.

Kognitive evner er de hjernebaserte ferdighetene vi trenger for å utføre både enkle og komplekse oppgaver, og betegner prosesser som persepsjon, tenkning, læring, problemløsning og oppmerksomhet.

Utkast til ekstern høring

Når kognisjon blir vanskelig, kan det gå utover evnen til å mestre vanlige utfordringer knyttet til jobb, skole og kontakt med andre mennesker.

Kognitive vansker kartlegges gjennom en klinisk nevropsykologisk undersøkelse ved hjelp av normerte tester (se kapittel 12.1.8).
Ofte vil en rekke kognitive funksjoner undersøkes, som språklige evner, visuospatiale/perseptuelle evner (evnen til å oppfatte gjennom synet), oppmerksomhet, arbeidshukommelse (evnen til mental bearbeiding), problemløsning, innlæring av nytt hukommelsesmateriell, hukommelse over tid og motorikk.

Kognitive vansker er ikke det samme som nedsatt evnenivå eller intelligens som måles ved tradisjonelle IQ-tester, og ofte vil evnenivået kunne være intakt, selv om for eksempel oppmerksomhet og innlæring er vanskelig.

Kognitive vansker ses ofte ved psykoser (69;70). Dette har særlig vært undersøkt ved schizofreni, hvor et flertall (ca. 75 %) av personer med en slik diagnose, har kognitive vansker (69;70). I tråd med dette er også enkelte subtile nevroanatomiske endringer sett på gruppenivå hos personer med schizofreni (71). Dette betegner små endringer i hjernens oppbygging og funksjon som kan føre til at hjernen ikke fungerer optimalt.
De vanligste områdene hvor kognisjon er svekket ved schizofreni, er prosesseringstempo (lengre generell reaksjonstid), verbal innlæring, oppmerksomhet og arbeidshukommelse, samt avanserte former for problemløsning og planlegging (ofte kalt for eksekutive evner) (72).

Typiske vansker som personer med schizofreni kan slite med, er problemer med å følge med når flere mennesker snakker fort til hverandre, og derfor mister tråden i samtaler (nedsatt prosesseringstempo, oppmerksomhet og arbeidshukommelse). Noen merker at de ikke lengre klarer å konsentrere seg nok til å se en film og lese bøker eller aviser, selv når dette er noe de alltid har satt pris på (nedsatt oppmerksomhet). Mange merker at det er vanskelig å lære seg noe nytt, særlig hvis læringen involverer teoretisk kunnskap, ikke er bygd på noe en kan fra før eller det kreves konsentrasjon og forståelse for å læres (nedsatt verbal innlæring og problemløsning). Noen merker også at det er vanskelig å organisere og planlegge egen hverdag, slik at de for eksempel glemmer avtaler, eller ikke klarer å holde orden på egen økonomi og husholdning (nedsatte eksekutive evner).
For personer med en langvarig schizofrenidiagnose vil ofte det å komme i gang med aktiviteter eller finne nye aktiviteter være en utfordring. Dette kan skyldes både eksekutive vansker og negative symptomer (se kap. 7.4.2 om negative symptomer).

Vanskene skyldes ikke medisiner eller psykosesymptomer, men observeres før utviklingen av psykose og etter stabilisering av symptomer gjennom behandling (73-75).

Ofte vil en se et fall i kognitivt fungeringsnivå samtidig meden psykoseutvikling (76). Det er derfor mange som har klart seg bra på skolen og ikke har hatt noen tegn på kognitive vansker tidligere, som kan ha en markant kognitiv svikt som en del av sin psykoselidelse.
Tradisjonelt har en tenkt at de kognitive vanskene er ganske stabile over tid (70;76;77), men enkelte studier antyder at avgrensete kognitive funksjoner kan bli

Utkast til ekstern høring

svekket over tid (78).
Det er ikke klart om dette er en del av sykdomsbildet ved for eksempel schizofreni, eller om det skyldes negative effekter av psykose eller manglende stimulering av hjernefunksjonen på grunn av en passiv livsstil.

Kognitivt fungeringsnivå har betydning for planlegging av behandlingsoppfølging, og enkelte studier antyder at kognitive funksjoner har en større sammenheng med hvordan lidelsen utvikler seg enn psykosesymptomer (79;80). Det er likevel store variasjoner i kognitive vansker ved psykose, også innenfor lidelsen schizofreni (81). Det finnes derfor ingen typisk nevropsykologisk profil for schizofreni eller psykoser. Videre er det en stor minoritet som ikke har kognitive vansker, omtrent 15-30 %, avhengig av studie (70;81). Det kan derfor være avklarende at personer med psykoser går gjennom en klinisk nevropsykologisk undersøkelse. En kortere screeningundersøkelse (se kapittel 12.1.8 Utredning av kognitiv funksjon) bør inngå i enhver grundig utredning.

Kognitive vansker kan for mange fortone seg som et "usynlig handikap". På tross av store konsekvenser for fungering i hverdagen, blir disse vanskene ofte ikke tatt opp og forstått verken av behandlere, miljøpersonell eller pårørende. Det kan føre til urealistiske forventninger og kritikk når en person ikke klarer å imøtekomme krav fra omgivelsene på grunn avkognitive vansker, og dette kan dermed gi en ytterligere belastning for vedkommende.
Grundig informasjon om disse aspektene ved lidelsen er dermed nyttig for bedre å kunne forstå og vise sjenerøsitet overfor personer med schizofreni, i tråd med tenkning innenfor familiearbeid ved psykoser, se kapittel 13.4 Familiesamarbeid.
For ungdom i et utdanningsløp er det særlig viktig å kartlegge og tilpasse skolehverdagen til eventuelle kognitive vansker, se kapittel 13.9 Kognitiv trening og 13.9.1 Andre tiltak ved kognitive vansker og kapittel 16 Skole, utdanning og arbeid.

Kartlegging av kognitivt fungeringsnivå kan også være nyttig for å fange opp ressurser og sterke sider.

7.5 Schizofreni – en av mange psykosediagnoser

Den alvorlige og best undersøkte av de psykotiske lidelsene er schizofreni.
Selve ordet schizofreni er hentet fra gresk og betyr «fragmentert sinn». Dette begrepet ble tatt i bruk i 1911, for å beskrive at pasienter som utviklet denne lidelsen, lider av en omfattende oppløsning av sine mentale prosesser. Schizofreni er en betydelig utfordring for helsesystemet. Den innebærer omfattende og langvarige lidelser for de fleste som får sykdommen og familien deres.

Schizofrenibegrepet er omdiskutert, og en leter etter bedre begreper (82), men foreløpig er schizofreni en diagnose i de offisielle diagnosesystemene.

Schizofreni er et syndrom, det vil si en diagnose basert på en samling av tegn og symptomer, og ingen klart avgrenset sykdomstilstand. I et dimensjonalt og dynamisk perspektiv kan schizofreni betraktes like mye som et utfallsmål som en "sykdom", "forstyrrelse" eller "lidelse".

Utkast til eksternhøring

Det kliniske bildet ved schizofreni er mangfoldig, og det er ingen enkeltsymptomer som er spesifikke for schizofreni og ikke også kan ses ved andre psykoselidelser.

Diagnosesystemet som brukes i Norge, ICD-10 (48), vektlegger både her-og-nå-symptomatologi og forløpet av symptomene i vurderingene. For å stille diagnosen må det være omfattende symptomer mesteparten av tiden i minst en måned eller mer (uavhengig av behandling). ICD-10 krever enten tydelig tilstedeværelse av uforklarlige vrangforestillinger, som uttalte selvhenføringsideer (se forklaring nedenfor), tankekringkasting, tankeinnsetting, tanketyveri, influenssymptomer og passivitetsbevissthet kommenterende stemmer eller alternativt tilstedeværelse av minst to symptomer av typen hallusinose, desorganisering, tankeforstyrrelser eller negative symptomer. Dersom pasienten har klare affektive symptomer (=følelsesbetonte symptomer, for eksempel uttalte humørsvingninger eller dyp tristhet) må det ha vært klare schizofreniforme symptomer til stede før oppstarten av den affektive episoden.

Diagnosekriteriene er basert på det som personen formidler av opplevelser og observert atferd. Siden det ikke er noen tester, prøver eller unike symptomer på schizofreni er det viktig å være klar over at avgrensningene - for eksempel varighetskriteriene – er satt ut fra ekspertkonsensus.

Det har historisk vært vanlig å dele schizofreni inn i forskjellige undergrupper. Det finnes imidlertid lite empiri som viser at subtypene er stabile diagnostiske undergrupper med forskjellige årsaker. Følger vi en person gjennom livet, kan symptomer og subtyper variere. Fordi subtypene beskriver lett gjenkjennbare kliniske bilder i her-og-nå-situasjonen, kan kunnskap om disse likevel øke gjenkjenning av lidelsen.

Hebefren schizofreni (ICD-10 F 20.1) starter gjerne hos en unge (15-25 år) og er kjennetegnet av tydelig disorganisering både av tenkning og atferd, sammen med tydelige negative symptomer i form av affektavflating og apati. Klassiske psykotiske symptomer som vrangforestillinger eller hallusinasjoner er ikke det mest karakteristiske ved denne formen for schizofreni, selv om de som regel er til stede. På grunn av tidlig symptomstart og innslag av lite behandlingsresponsive symptomer er forløpet av denne typen schizofreni ofte alvorlig.

Katatoni (ICD-10 F20.2) er en særegen form for schizofreni som ses sjeldnere og sjeldnere. Katatonen schizofreni er preget av plutselige urofaser med psykomotrisk overaktivitet, preget av tildels meningsløse handlinger (som å dunke hodet i veggen eller synge den samme sangen gjentatte ganger). Uroperiodene avløses av perioder hvor personen bokstavelig kan gå helt i stå og inntar uvanlige tilstivnede posisjoner over lengre tid. På tross av det spesielle og alvorlige kliniske bildet kan katatone perioder gå relativt raskt over, og langtidsprognosen virker å være bedre enn med hebefren type.

Paranoid schizofreni (ICD-10 F 20.0) er kjennetegnet av tydelige vrangforestillinger ved klar bevissthet, ofte med hørselshallusinose. Det forekommer ikke disorganiserte symptomer, katatone symptomer eller tydelig affektavflatning. Vrangforestillingene har ofte form av forfølgelses- eller forgiftningsforestillinger og kan varierer fra det mer

Utkast til ekstern høring

plausible til det relativt bisarre. Paranoid schizofreni starter gjerne hos voksne personer, ofte i 30-årsalderen eller senere. De som rammes i så voksen alder har ofte relativt god premorbid fungering, og langtidsforløpet er relativt godt.

Udifferensiert schizofreni (ICD-10 F 20.3) og **residual schizofreni (ICD-10 F20.5)** er to subtyper som ofte ses i klinisk praksis. Udifferensiert schizofreni omfatter tilstander som fyller diagnosekriteriene for schizofreni, men ikke passer inn i beskrivelsen av de klassiske subtypene som er beskrevet ovenfor. Residualschizofreni kalles subtypen hvor en person som tidligere har hatt en eller flere aktive episoder, ikke lenger har tydelige psykotiske symptomene, men heller ikke er symptomfrie.

Schizoaffektiv lidelse (ICD-10 F25) er en tilstand kjennetegnet av symptomer som fyller kriteriene for schizofreni, og meden affektiv episode i samme sykdomsepisode, og dette er det mest typiske kliniske bildet. De affektive episodene kan være maniske og/eller depressive, og dersom en person som har hatt flere klare schizofreniforme episoder (eller klare bipolare episoder), har en episode med schizoaffektivt preg, skal ikke diagnosen endres. Schizoaffektiv lidelse er ofte episodisk og har vanligvis et noe bedre forløp enn andre former for schizofreni. Avgrensningen både motschizofreni og psykotisk lidelse er uklar, og diagnosen har ofte dårlig etterprøvbarhet (reliabilitet) i vanlig klinisk praksis.

Schizotyp lidelse (ICD-10 F21) er plassert sammen med schizofreni i diagnosesystemet, fordi det finnes en opphopning av lidelsen i familiene til personer med schizofreni. Det kliniske bilde inneholder både psykoseliknende symptomer (persepsjonsforstyrrelser, nærpsykotiske episoder som ikke når nivået av full psykotisk symptomatologi), og delvis tilbaketrekningssymptomer (underlig og eksentrisk atferd, ubehag ved sosiale kontakter, tenkningsforstyrrelser). Det er en viss risiko for at personer som på ett tidspunkt fyller kriteriene for schizotyp lidelse, senere utvikler schizofreni.

7.5.1 Schizofreni hos yngre pasienter

Schizofrenidebut før 12-13-årsalder kalles gjerne for Very Early Onset Schizophrenia (VEOS) og er en sjelden lidelse. Debut i ungdomsårene (mellom 12/13 og 18 år) beskrives gjerne som Early Onset Schizophrenia (EOS).
Det er evidens for at schizofreni hos barn og ungdom er forenlig med de samme lidelsene hos voksne (83), og at schizofreni hos barn ofte utvikler seg inn i voksen alder. Den genetiske komponenten er større hos de yngste (84). Grunnet utviklingsnivå, større grad av komorbiditet og mindre spesifisitet i symptombildet kan imidlertid symptomene hos de yngste til tider framstå som forskjellige fra den voksne formen.

7.6 Andre psykoser

Inndelingen av de alvorligste psykiske lidelsene i henholdsvis schizofreni og bipolar lidelse går tilbake til Kraepelin. Like lenge har det vært klart at det finnes tilstander

Likest til ekstern høring

med psykotiske symptomer som ikke helt passer inn i denne todelingen. Dette dreier seg om tilstander som er episodiske, og med relativt god fungering mellom episodene, men uten klar stemningssymptomatologi, eller tilstander preget av mer vedvarende, men avgrenset psykotiske symptomatologi. En del av disse tilstandene starter etter klare, ytre påkjenninger mens andre kan starte mer umerkelig og uten tydelig utløsende faktorer.

Omtrent 10 % av alle psykotiske lidelser som ses i behandlingsapparat, tilhører denne blandede gruppen med "andre psykoser". De enkelte tilstandene er isolert sett relativt sjeldne, og vi har derfor dårlig empirisk kunnskap om dem. De diagnostiske grensene i dagens diagnosesystem er også satt ut fra det som er tilgjengelig av empiriske studier, og ved usikkerhet er grensene satt basert på enighet mellom fagpersoner.

7.6.1 Vrangforestillingslidelser

Vrangforestillingene som forekommer i vrangforestillingslidelser, har et innhold som ikke er troverdig i pasientens nærmiljø, og som beskriver fenomener som de fleste vil være uenige i er virkelige. Disse tilstandene kalles også paranoide psykoser. Fordi den vanligst forekommende vrangforestillingen er forestillingen om forfølgelse, har "paranoid" både i allmenn og psykiatrisk språkbruk etter hvert blitt synonymt med forfølgelsesforestillinger. I tillegg til forestillinger om å bli forfulgt kan personer med vrangforestillingslidelser også ha forestillinger om å bli bedratt, være objekt for forelskelse, ha en alvorlig sykdom eller spesielle evner, religiøse temaer eller i noen tilfeller en blanding av disse. Personen kan ha en enkelt vrangforestilling eller flere nærbeslektede, som henger sammen i et system. Dersom det forekommer hallusinasjoner eller affektforstyrrelser, skal disse være lite omfattende og relatert til temaer i forestillingene.
Depresjon er ikke uvanlig og vil av vedkommende ofte relateres direkte til vrangforestillingen.

Diagnostisk skiller ICD-10 mellom vrangforestillingslidelser med varighet over tre måneder og akutte paranoide reaksjoner med varighet under tre måneder. Diagnosen vrangforestillingslidelse (F22) er derfor basert på forekomsten av vedvarende vrangforestillinger uten schizofreniforme symptomer.
Det skal heller ikke forekomme uttalte negative symptomer, desorganisering eller omfattende kognitive vansker. Fungeringsnivået er derfor relativt godt, med unntak av områder som er trukket inn i vrangforestillingene. Vrangforestillinger er vanlig hos eldre (se kapittel 17.1) med kognitiv svikt og kan også ses ved alkoholmisbruk (eksempelvis overdreven sjalusi) og flere andre rus- eller forgiftningstilstander. Organisk årsak til vrangforestillinger bør derfor ikke alltid utelukkes.

7.6.2 Akutte og forbigående psykoser

Akutte og forbigående psykoser har som fellestrekk at de starter akutt hos en vanligvis relativt velfungerende person.

Symptomatologien er blandet. Det forekommer ofte følelsesmessig ustabilitet og psykomotorisk uro, så uttalt at pasienten noen ganger kan framstå som forvirret. I den akutte fasen vil pasienten oftest framstå som svært preget av sin psykotiske tilstand. Med behandling vil imidlertid symptomene imidlertid gå raskt over. Uten behandling vil

Utkast til ekstern høring

det ta noe lengre tid. Personen gjenvinner også relativt raskt sitt vanlige fungeringsnivå. ICD-10 vektlegger følgende for diagnosen:

- En brå oppstart, med mindre enn to uker fra normalfungering til et fullt psykotisk syndrom
- Tilstedeværelse av ett gjenkjennbart syndrom
- Tilstedeværelse av en utløsende faktor

De akutte og forbigående psykosene deles inn i fire former:

Akutt polymorf psykose (uten schizofreniforme trekk)
Polymorf betyr "mange forskjellige utforminger". Schizofreniform betyr "likner på schizofreni": Dette er en tilstand som vanligvis starter svært brått, med et svingende bilde som kan skifte fra dag til dag – eller time til time. Pasienten har klare, men skiftende vrangforestillinger og hallusinasjoner, kan ha raskt skiftende stemningsleie – fra høyt oppe til langt nede i løpet av kort tid - samt være engstelig og irritabel. Tilstanden skal være gått tilbake i løpet av 3 måneder.

Akutt polymorf schizofreniform psykose
Dette er en tilstand som fyller kriteriene for en akutt polymorf psykose, men som også har symptomatologi som fyller kriteriene for schizofreni. Tilstanden skal være gått tilbake i løpet av tre måneder.

Akutt schizofreniliknende psykose
Dette er en relativ akutt oppstått tilstand, som har en relativt stabil forekomst av symptomer som fyller kriteriene for schizofreni. Det kan forekomme en viss grad av følelsesmessig uro, men ikke på samme måte som ved den polymorfe psykosen. Dersom tilstanden varer mer enn en måned, skal diagnosen endres til schizofreni.

Akutt paranoid psykose
Dette er en tilstand som oppstår relativt akutt, med en relativt stabil forekomst av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, vanligvis hørselshallusinasjoner, og som ikke fyller kriteriene for verken schizofreni eller polymorf psykose. Dersom tilstanden varer mer enn tre måneder, skal diagnosen endres til vrangforestillingslidelse.

7.6.3 Psykose Ikke Nærmere Angitt (INA)

Noen ganger er det helt klart at en person har en psykotisk lidelse, men det er umulig å fastslå sikkert hva slags type lidelse det dreier seg om. Dette kan være personer som har vedvarende hørselshallusinose uten klare vrangforestillinger, eller klart fungeringstap (og som derfor ikke fyller schizofrenikriteriene), eller personer med et blandingsbilde mellom schizofreni og bipolar lidelse som er vanskelig å plassere klart i det ene eller andre spekteret. Tilstander der det er usikkert om bruk av rusmidler kan spille en rolle, vil også kunne klassifiseres som en uspesifisert psykose.

Uspesifisert psykose er en utelukkelsesdiagnose, som forutsetter en grundig utredning i forkant, og som bør revurderes jevnlig.

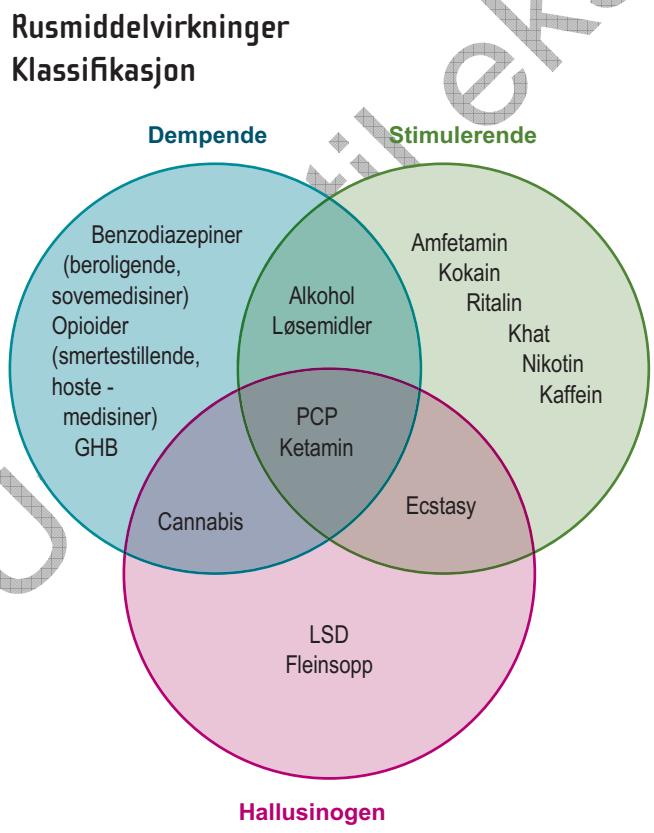
Utkast til ekstern høring

7.6.4 *Rusutløste psykoser*

Ved rusutløste psykoser er symptomene framkalt av den relativt umiddelbare effekten av kjemiske substanser.

Psykosesymptomene oppstår vanligvis etter noen timer eller dager i etterkant av inntak av det respektive stoffet. Alternativt kan symptomene skyldes fravær av et stoff som gir avhengighet og dermed være et resultat av abstinens.
Intoksikasjonseffekten skyldes akutte farmakologiske effekter av inntatt stoff og inkluderer bl.a. akutt beruselse (som ved alkohol) og «bad trips» (ved narkotiske stoffer), men ikke «flashbacks» (spontane gjenopplevelser av tidligere ruserfaring) (48).
Utbruddet av symptomer må være direkte forbundet med inntak av det psykoaktive stoffet. Når psykosen har startet senere enn episodene med rusbruk, skal rusutløst psykose kun diagnostiseres hvis psykosen klart skyldes restvirkninger av det psykoaktive stoffet (48).

Typiske symptomer er visuelle hallusinasjoner, men ofte også hallusinasjoner knyttet til flere sansemodaliteter. Ellers kan vrangforestillinger oppstå, gjerne av paranoid natur. Videre kan motoriske forstyrrelser, desorientering, forstyrret affekt og økt angst komme fram.
Hvordan symptombildet uttarter seg vil vanligvis være avhengig av type og mengde av stoffet som er inntatt.



Utgått til ekstern høring

Figur fra ”Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse” (85) med utgangspunkt i Folkehelseinstituttets faktaark om rusmidler. Se også vedlegg 3 med beskrivelse av ulike rusmidler

Særlig cannabis, amfetamin, kokain, LSD og ecstasy kan gi psykose ved intoksikasjon. Alkohol kan gi psykose som en del av abstinens (delir). Cannabisutløste psykoser utvikler seg ofte til primærpsykoser og kan være vanskeligere å differensiere fra disse (86). Det har derfor vært argumentert for at cannabisinduserte psykoser skal behandles som primærpsykose og schizofreni (86). Se mer om sammenhengen mellom cannabis og psykose i kapittel 10.6.
Metamfetaminbruk ses i økende grad i Norge (87). Brukere av metamfetamin regnes som en høyrisikogruppe for å utvikle psykose (88).

I klinisk praksis kan det være vanskelig å skille mellom rusutløst psykose og primærpsykoser med samtidig (komorbid) rusbruk, ettersom rusbruk og psykosesymptomer ofte opptrer samtidig (se mer om dette kapittel 9.6) (89). Videre kan det være vanskelig å differensiere de kliniske symptombildene, fordi likheten mellom disse er stor (90;91).
Der det har vært observert forskjeller i symptombildet, har det vært i form av flere visuelle (syn) og taktile (berøring) hallusinasjoner (uvirkelige sanseopplevelser) og større grad av avhengighetsdiagnoser ved rusutløst psykose sammenlignet med primærpsykose (90;91). Feildiagnostisering kan få uheldige konsekvenser for behandling og oppfølging.

Det har vist seg at diagnoser satt i tidlige faser både av rus og psykose ofte bør revurderes etter en tid.

I to studier ble diagnosen rusutløst psykose endret til primærpsykose etter ett år for henholdsvis 25 % og 21 % av pasientene (92;93). Det finnes også eksempler på at primærpsykosediagnoser har blitt vurdert til å være rusutløst psykose ved ettersyn ett år senere (92). Dette antyder glidende overganger mellom rusutløste psykoser og primærpsykoser.

Risikoen for at rusutløste psykoser utvikler seg til primærpsykoser øker med dårlig premorbid fungering, større familiebelastning av psykiske lidelser og mindre innsikt (93;94)I tillegg kan det synes som om det er en sensitiviseringsprosess til stede der det etter hvert skal mindre rusmiddelmengde og kortere bruksintervaller til for å utløse en psykose (90;95). Varigheten av psykosesymptomene etter at rusbruken er avsluttet er ofte brukt som et diagnostisk kriterium for rusutløst psykose.

Vanligvis vil psykosesymptomene ikke vare lenger enn en uke ved fravær av rus, og pasienten bør være i delvis bedring etter en måned. Det finnes noen unntak for kroniske rusbrukere, der psykosesymptomene kan vare lenger enn en måned (89). Vurderingen av dette kan være vanskelig på grunn av manglende perioder med avholdenhet fra det aktuelle rusmiddelet, inkonsistent rapportering og dårlig gjenkalling fra pasientens side (96).

Utsatt til ekstern høring

Videre kan det ved bedring være vanskelig å fastslå om dette skyldes avholdenhet eller behandling (96).
Spørsmålet om psykosegjennombruddet skyldes en underliggende primærpsykose bør overveies tidlig. Hvis psykosesymptomene vedvarer etter 6 måneder, skal en primærpsykosediagnose vurderes. Hvis der forekommer gjentatte episoder med rusutløst psykose, bør også en primærpsykose vurderes som aktuell diagnose.

Ved utredning blir det dermed særlig viktig å se på den tidsmessige sammenhengen mellom rusbruk og psykosesymptomer, samt innhente nøye beskrivelser av symptombilde, start av psykosesymptomer og livstidshistorie når det gjelder rusbruk. På grunn av faren for underrapportering bør informasjon fra selvrapportering, observasjoner fra pleiepersonell, komparentopplysninger og urinprøver kombineres. Fortsatt oppfølging over tid er viktig for å validere diagnosen med tanke på riktig oppfølging (89;90).

Utkast til ekstern høring

8 Forekomst, forløp og prognose

8.1 Forekomst av psykoselidelser

En stor, sammenliknende befolkningsundersøkelse fra WHO 1986 tydet på at insidensen (antall nye tilfeller pr. tidsperiode) av schizofrenilidelser varierte lite fra land til land og fra distrikt til distrikt, men nyere undersøkelser viser at forekomsten varierer til dels betydelig.

Insidensen er høyere hos menn enn hos kvinner, hos personer som bor i større byer enn hos ruralt (landlig) boende, hos immigranter enn hos ikke-immigranter, og hos 2. generasjonsinnvandrere enn hos 1. generasjon. Enhar vanligvis regnet med at livstidsrisikoen ligger rundt 1 % i de fleste befolkninger. Nyere undersøkelser tyder imidlertid på en viss variasjon også i denne måten å måle forekomst på, og antallet er i tillegg avhengig av hvor smalt eller bredt schizofreni er definert.
Smalt definert schizofreni (varighet på minst 6 måneder og oppstart før 45 år) har en livstidsrisiko ned mot 0,5 %, mens bredere definisjoner har en risiko mellom 2 - 4 %, avhengig av hvilke tilgrensende grupper av schizofreniliknende psykoser som inkluderes (97).
Antall nye tilfeller av schizofreni i løpet av et år (insidens) varierer mellom 5,5 til 40 pr. 100 000 innbyggere i ulike studier. Den gjennomsnittlige (median) forekomsten av nye tilfeller ser ut til å ligge rundt 15 pr. 100 000 pr. år, men variasjonen i forskjellige studier er stor og varierer med omgivelser/miljø (98).

Ut fra norske undersøkelser kan vi regne med i underkant av 20 nye tilfeller av førsteepisode ikke-affektiv psykose (FEP) (ikke inkludert rusindusert psykose, som det er veldig usikre tall på, anslagsvis ca. 5 tilfeller pr. 100 000 pr. år i Norges storbyer, og trolig noe lavere i landdistrikter).

For hele landet betyr dette omtrent 1000 nye tilfeller av førsteepisode ikke-affektiv psykose pr. år.

Det er uklart hvorvidt forekomsten er stigende, stabil eller synkende. Hos en mindre andel debuterer psykose før 18-årsalder. Erfaringsvis er tidligere debutalder forbundet med dårligere prognose (usikkert) og er derfor en stor utfordring for helsetjenestene.

Omtrent 40 000 mennesker i Norge vil i løpet av livet få en psykoselidelse av de typene som omhandles i denne retningslinjen.

Ikke alle disse vil ha kontinuerlig behov for behandling. Det anslås f. eks. at ca. 7 500 til enhver tid har en behandlingstrengende schizofreni.

Schizofreni er en av de relativt få psykiatriske lidelsene hvor det er liten kjønnsforskjell i forekomst, og tidligere ble det antatt at forekomsten var lik hos kvinner og menn. Nyere bearbeidinger av epidemiologiske studier tyder på at insidensen er høyere hos

Utkast til høring

menn enn hos kvinner, og det er dokumentert at menn utvikler symptomer tidligere enn kvinner. Menn har også et mer alvorlig forløp med mer sosial fungeringssvikt enn kvinner (99). De fleste utvikler symptomer fra slutten av tenårene fram mot 30-årsalderen. Personer med sen oppstart har ofte bedre premorbid (pre = før, morbid = syk, det vil si før sykdomsutbrudd) fungering og mindre kognitive vansker enn personer med oppstart i yngre alder.

Vrangforestillingslidelser starter gjerne senere i livet enn schizofreni, vanligvis hos en middelaldrende person med tidligere tilsynelatende god fungering.
Livstidsforekomsten virker å være lavere enn ved schizofreni, med en forekomst på rundt 1 promille (100).
Insidensen av akutte og forbigående psykoser oppgis til å ligge mellom 4 og 10 pr. 100 000 pr. år. Tilstanden virker å være litt hyppigere hos kvinner enn hos menn og ser ut til å starte i noe høyere alder enn schizofreni. Det vil si med en gjennomsnittsalder for første behandling i førtiårsalderen, noe senere hos kvinner enn hos menn.
De hyppigst forekommende tilstandene virker å være akutte paranoide psykoser, uspesifiserte akutte og forbigående psykoser og polymorfe psykoser uten schizofrenisymptomer (101).

8.2 Forekomst av psykose hos unge

Forekomsten av schizofreni i populasjonen 12–18 år er usikker grunnet få studier, relativt lav forekomst, og at diagnosekriteriene har blitt endret over tid. Mange steder anslås prevalensen (det vil si de som til enhver tid fyller kriteriene for en slik diagnose) av schizofreni *i ungdomspopulasjonen* 0,2–0,5 % (102;103) med en økende forekomst med økt alder (104). I det pågående arbeidet til NICE med retningslinjer for ungdom med psykose og schizofreni opererer de med en prevalens av psykoser på 0,4 %. Tallet er basert på offentlige statistiske data (105). Schimmelmann et al (106) fant at nær 20 % av pasienter med affektiv og schizofreniform psykose hadde debut under 18 år.

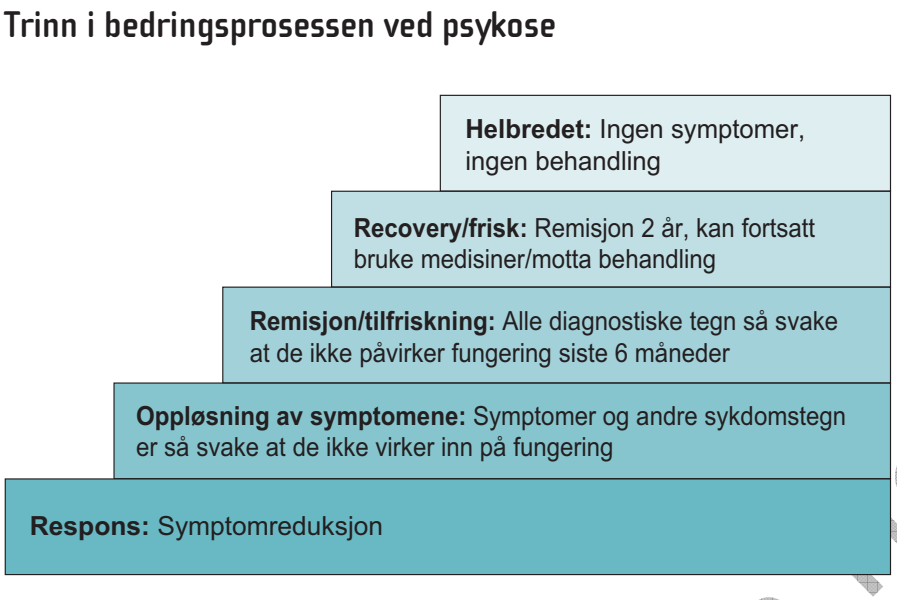
8.3 Forløp og prognose

Forløpet ved psykoselidelsene varierer. Ulike undersøkelser opererer også med forskjellige kriterier for remisjon (tilfriskning, bedring), slik at bildet ikke er entydig.

For førsteepisodepsykoser som samlet gruppe (ikke rusinduserte psykoser) vil en kunne forvente at ca. 70-80 % oppnår remisjon (det vil si er "tilfriskning") i løpet av 1-2 år, bedømt med noe videre kriterier, og at ca. 80-85 % er i remisjon 2 år (14 dagers varighet) etter første innleggelse/behandling (107).
Anvender en strengere kriterier (9 måneders varighet), vil remisjonsprosenten ved 2 års oppfølging ligge noe lavere (50-60 %) (108).
Kriteriene for remisjon (tilfriskning), frisk og helbredet er gjenstand for internasjonal konsensusdiskusjoner og defineres ved hjelp av PANSS (positiv og negativ symptomskala). Denne skalaen brukes også til å vurdere hvorvidt en pasient er psykotisk, og kriteriene for tilfriskning måles på samme, men inverse, måte som en måler sykdomsutvikling. Det er ennå ikke oppnådd internasjonal konsensus vedrørende alle disse begrepene, noe også forskningslitteraturen dessverre viser.

Utkast til ekstern høring

Skalaen måler de symptomdimensjoner som det er redegjort for i kapittel 6 (109-114):



Respons: Kriterier for forandring i symptomer (PANSS ↘ ≥ 20 % vs. baseline)

Remisjon/tilfriskning: Absolutt terskel for symptomers alvorlighet. Må ikke overstige 3 på PANSS 8 subskalaer, dvs. at tegn på aktiv psykoselidelse er borte.
Varighet minimum 6 måneder.

- Ingen atferds- eller fungeringsforstyrrelser begrunnet i symptomer
- Symptomers og andre sykdomstegns alvorlighetsgrad er ikke tilstrekkelig til å sette psykosediagnose
- Utelukker ikke behov for behandling

Recovery/frisk:
Som ved remisjon, men lengre varighet.

- Ingen diagnostiske symptomer (jf. remisjon) eller bedre
- Utelukker ikke behov for behandling

Helbredet

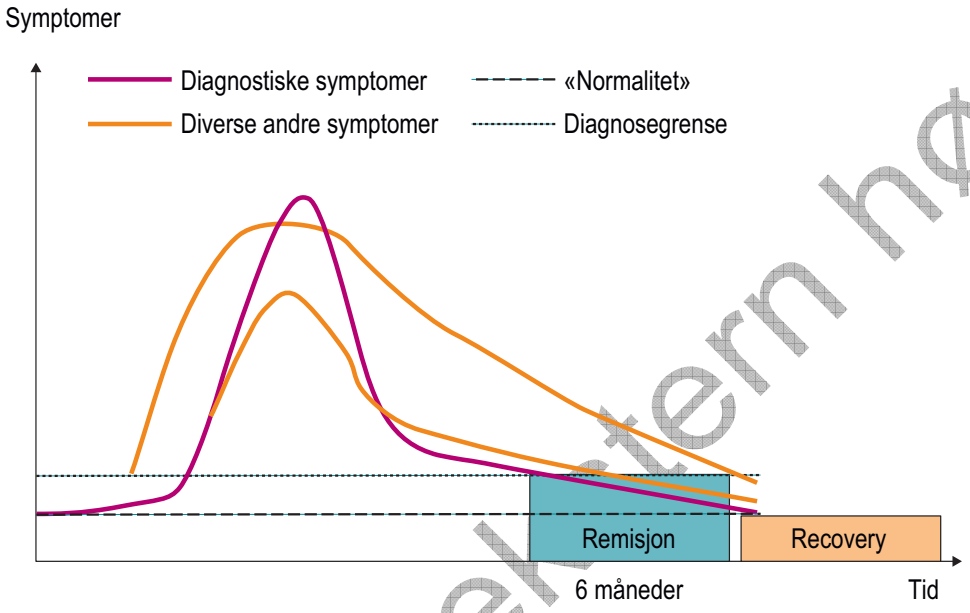
- Recovery/frisk
- Totalt fravær av symptomer
- Ikke behov for behandling

Det er også denne skalaen som benyttes ved måling av "Varighet av ubehandlet psykose" (VUP), som er en nasjonal kvalitetsindikator i Norge, Danmark og England. VUP er en resultat- og systemindikator. VUP er sterkt korrelert med prognose av psykose.

Utkast til ekstern høring

De forskjellige begrepene ovenfor er forsøkt illustrert i figuren under. Diagnostiske symptomer betyr psykosespesifikke tegn, mens diverse andre symptomer innebærer at en, samtidig, i varierende grad, kan ha andre tegn på psykisk lidelse, men som ikke gir grunnlag for å stille en psykosediagnose. Figuren illustrerer også dynamikken i psykiske lidelser generelt, samt det faktum at psykosediagnosen settes når symptomene når et visst nivå. Dette nivået er konsensusbasert og illustrerer at diagnoser i psykisk helsevern er mindre eksakte begreper enn tilsvarende i somatikk.

Modell for remisjon ved psykose



Ved schizofreni vil historisk omlag 25 % ha én sykdomsepisode, mens 25 % får et kronisk, livslangt forløp (115).

De resterende 50 % har et forløp mellom disse to ytterpunktene. Siden lidelsen i noen tilfeller får et langvarig forløp, kan det feste seg et inntrykk av at pasientgruppen er for stor til at det er mulig å nå alle med et behandlingstilbud som kan gi pasienten et «normalt» liv, eller helst helbredelse. I behandlingsapparatet kan det derfor utvikle seg en behandlingsdefaitisme, som bunner i manglende kunnskap både om sykdommens omfang og behandlingsresultater.

Kunnskap om behandlingsresultater kan bidra til mer egnet organisering av tilbudet og riktigere prioritering av ressurser. Det kan igjen føre til reduksjon av varighet av ubehandlet psykose (VUP) og dermed bedre prognosen for den enkelte. Det er i dag for lite kjennskap til hvilke behandlingsresultater som oppnås for psykoselidelser ved de ulike behandlingstilbudene i Norge.
Helseforetakene bør derfor i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter innføre obligatoriske resultatmål i samsvar med internasjonale konsensusbaserte mål, som for eksempel andel av pasienter med førstegangspsykose som oppnår remisjon innen ett år. Varighet av ubehandlet psykose (VUP) er en stor helsepolitisk utfordring fordi lang VUP er korrelert med dårligere prognose. VUP er tatt i bruk som kvalitetsindikator i psykisk helsevern.

Utkast til ekstern høring

9 Psykose i ulike faser

1b	**Psykiske lidelser, herunder psykoselidelser, utvikler seg i stadier eller faser. Utredning, behandling og oppfølgning må være fasespesifikk og individuelt tilpasset.**	**A**

9.1 Forebygging og tidlig oppdagelse

Helsefremmende og forebyggende arbeid som hindrer utvikling av schizofreni eller andre alvorlige psykiske lidelser, gjøres i hovedsak av andre enn helsetjenestene. Alt som kan medvirke til en god utvikling i oppvekst og voksen alder, kan ha betydning. Skole og arbeidsliv er viktige arenaer for utvikling av tilhørighet og egne ressurser. Det kan derfor ha stor betydning hva lærere og arbeidsgivere gjør for å utvikle gode miljøer og tilrettelegge situasjoner som fremmer mestring og motvirker sykdom.

Kunnskap om hva som fremmer god psykisk helse og forebygger utvikling av psykiske lidelser er derfor viktig både i familier, blant venner, skolekamerater, arbeidskolleger, de som arbeider i skoler eller er ledere i arbeidslivet og generelt i befolkningen.

Det er viktig å legge til rette for at personer som utvikler, eller er i fare for å utvikle, en psykose, kommer raskt til utredning og behandling.

Varighet av ubehandlet psykose, fra første tegn på psykose og til adekvat behandling gis, er i den vestlige verden oftest mellom ett og to år (116).
Sammen med en prodromalfase (tidlig fase / førsykdomsfase) før dette på i gjennomsnitt ett år, innebærer det at unge mennesker som utvikler en psykose, ofte går ubehandlet i to til tre år (117). Ved omfattende opplysningskampanjer kan en redusere varighet av ubehandlet psykose i et samfunn fra opptil flere år til noen uker eller få måneder (118;119).

Tidlig behandling med kort varighet av ubehandlet psykose ser ut til å gi bedre prognose og redusere selvmordsfaren.
Det synes nå å være sikkert at en kan oppnå sekundærforebygging gjennom at adekvat behandling tilbys tidlig i sykdomsutviklingen. Tidspunktet for når behandling settes inn synes like viktig i seg selv som selve behandlingskvaliteten.

Flere forskningsprosjekter har også vist at det kan være mulig å oppnå primærforebygging av utvikling av psykoselidelser ved intervenering i det såkalte ”prodromalstadiet”, dvs. forstadiet til senere psykoseutvikling. Det er ennå for tidlig å si om disse forskningsresultatene kan overføres til vanlig klinisk praksis (120).

Det norsk-dansk-amerikanske forskningsprosjektet TIPS-prosjektet har bidratt vesentlig til denne nye og viktige kunnskapen (121).
Skolen har en viktig rolle i å oppdage mulig utvikling av psykose hos unge mennesker

Utkast til ekstern høring

på et tidlig stadium. Dette gjelder særlig videregående skole og høgskole/universitet, siden de har elevene i de aldersgruppene der schizofreni og andre psykoser ofte debuterer.
Lærere og rådgivere må lære å kjenne igjen tidlige tegn på mulig psykoseutvikling og å ta slike tegn på alvor. Lærerne er ofte de første til å oppdage at «noe ikke stemmer» med den enkelte elev, og ofte ser de det før familien.
Skolehelsetjenesten, fastlegen og kommunalt psykisk helsearbeid kan så koples inn og formidle kontakt videre til team som arbeider med tidlig psykosebehandling innen psykisk helsevern. I Norge har Helsedirektoratet sammen med Kunnskapsdepartementet etablert systemer for dette gjennom «Psykisk helse i skolen»-programmene.

Opplysnings- og informasjonsprogrammer er en nødvendig forutsetning for å oppnå tidlig oppdagelse av psykoser hos unge i et samfunn. Slike programmer må utarbeides i nøye samarbeid med brukerorganisasjonene. Aktuelle målgrupper for disse informasjonsstrategiene er publikum generelt, pasienter og pårørende, skolen (rådgivere, klasseforstandere og elever), fastleger, kommunepsykologer, helsesøstre og sosialtjenester, spesialisthelsetjenesten, uteseksjonen i kommunene, psykiatriske ungdomsteam (PUT) og andre (121;122).

Helsetjenestene kommer først inn i bildet når noen opplever seg som syk eller i fare for å bli syk. Helsetjenestene kan derfor i hovedsak bidra til sekundærforebygging ved å begrense eller redusere konsekvensene ved sykdom. Men de kan også bidra til å spre kunnskap om hva som er helsefremmende og forebyggende.

9.1.1 Tiltak rettet mot befolkningen og bestemte grupper

Det psykiske helsearbeidet i kommunene omfatter tiltak for å fremme befolkningens psykiske helse, forebygge psykiske vansker og tiltak som ledd i utredning, behandling og rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser. Det innebærer at tiltakene må settes inn både på individnivå, gruppenivå og samfunnsnivå (123).

Både stat og kommune driver målrettet informasjonsarbeid overfor befolkningen med sikte på å øke kunnskapen om og oppmerksomheten på psykiske lidelser, samt å redusere uønskede negative holdninger til psykisk lidelse og mennesker med psykiske lidelser, antistigmaarbeid (46).

Dette kan være alt fra store nasjonale informasjonskampanjer til informasjon gitt på foreldrekonferanser på skolen. Andre tiltak handler om å øke kunnskapen om tidlige tegn på psykose til personer som møter hjelpetrengende i sin arbeidshverdag (124). Dette kan være ansatte på skole, helsestasjon og legekontor, og i barnevern og sosialtjeneste. En viktig gruppe i denne sammenhengen er allmennleger/fastleger med henvisningsansvar til spesialisthelsetjenesten.

1b	**Alle regionale helseforetak bør ha en strategisk plan for systematiske informasjons- og antistigmatiltak**	**A**

Utkast til ekstern høring

9.1.2 Skoleprogram om psykisk helse

Satsingen «Psykisk helse i skolen» har som mål å gi elevene økt kunnskap, lære dem hvordan de kan ivareta egen og andres psykiske helse og hvor de kan få hjelp. Programmene er et tilbud til alle skoler, og målet er at den enkelte skolen kommer til å ha psykisk helse i sin opplæring på permanent basis.
Opplæringsprogrammene er gratis og kan gjøre elevene bedre i stand til å ivareta egen og andres psykiske helse, og å søke hjelp når de trenger det. Elevene lærer også noe om det å være en god venn for en som sliter.
Lærerprogrammet skal bidra til større sikkerhet og mulighet til handling forelever som sliter med angst, depresjon, spiseforstyrrelser og andre former for psykiske lidelser/belastninger. Mer informasjon på www.psykiskhelseiskolen.no.

9.2 Årsaker til forsinket igangsettelse av behandlingen

Psykoser er en alvorlig psykisk lidelse, og det er av stor betydning å oppdage tilstanden på et tidligst mulig tidspunkt. Det er som regel brukeren selv og/eller familiemedlemmer som først merker at noe er galt.
Det kan likevel gå lang tid før de første tegnene viser seg til det er etablert kontakt og samarbeid med hjelpeapparatet. Årsakene til dette er flere.
Det kan handle om usikkerhet på og uvitenhet om hva som skjer med den enkelte og hva det skyldes. Det handler også om at psykiske lidelser, og ikke minst psykosetilstander, ofte er forbundet med skam og negative holdninger i samfunnet. De fleste håper og tror i det lengste at tilstanden er forbigående.
Et målrettet opplysningsarbeid kan derfor medvirke til at tegn på psykoser oppdages tidlig, og at kvalifisert hjelp settes i gang raskt.
Når psykiske lidelser eller problemer oppstår slik at det kreves nærmere undersøkelse og vurdering, vil vanligvis kommunehelsetjenesten være nærmest til å ta seg dette. I tilfeller der det dreier seg om psykoselidelser, eller mistanke om dette, bør det viderehenvises til spesialisthelsetjenesten for nærmere utredning og behandling.

9.3 Eksempler på to typiske forløp med ulikt utfall ved førstegangspsykose

Per er nå 33 år, og det er 10 år siden han hadde sitt livs verste opplevelse. Han studerte i utlandet, og under en studietur til et tredje land la kameratene merke til at han isolerte seg og ble mutt. Tilbake på studiestedet gikk det dårligere med studiene, han virket mistenksom, og den personlige hygienen ble ikke ivaretatt som før.
Etter tre måneder varslet skolen familien, som straks hentet Per hjem. Familiens fastlege, som hadde kjent Per siden han ble født, fikk mistanke om at Per var psykotisk, selv om han benektet å ha psykiske plager. Han ble umiddelbart innlagt til observasjon mot sin vilje, og i løpet av noen dager kom det fram tydelige tegn på en paranoid psykoselidelse. Per tok imot tilbud om samtaleterapi, men nektet legemiddelbehandling. Familien fikk familiesamtaler, der de fikk hjelp til å forstå Pers symptomer og hva de kunne bidra med i samarbeidet med Per i bedringsprosessen. Etter noen uker ble han utskrevet, men samtaleterapien og familiesamtalene vedvarte et snaut år. Han har vært frisk siden og har fullført høyere utdannelse.

Utkast til ekstern høring

Følgende faktorer kan ha bidratt til at dette gikk bra:

- Pers psykose ble oppdaget relativt tidlig, slik at varigheten av ubehandlet psykose bare var tre måneder
- Skolen og familien handlet raskt, og familiens lege, som kjente Per fra før, handlet raskt (ikke «vente og se»-holdning)
- Per kom raskt i gang med god behandling, fordi sykehuset hadde plass, fordi det ble brukt effektive behandlingsformer, og fordi det var kontinuitet i oppfølgingen. Familien fikk også raskt et tilbud og var aktivt med i behandlingen i nært samarbeid med sykehuset

Kari er 26 år og har hatt en psykisk lidelse siden 13-årsalderen. I ettertid kan hun fortelle at hun egentlig begynte å falle ut av skolearbeidet rundt 13-årsalderen, med økende fravær, konsentrasjonsvansker, indre uro, tristhetsfølelse og opplevelse av å «være utenfor». Hun begynte å vanke med «tvilsomme kamerater» og eksperimenterte med hasj og alkohol. Hun ble oppfattet som problemelev på skolen, og for lærerne var det en lettelse da hun endelig droppet skolen for godt.
Foreldrene var fortvilete, men visste ikke hvordan de kunne hjelpe henne. Barnevernet var koblet inn, men Kari «smøg seg unna». Familien hadde ingen fast legekontakt.
Kari prøvde seg på videregående skole, allmennfag, men falt fort ut også her. På denne tiden begynte hun å høre svake stemmer. Kari erfarte at stemmene dempet seg når hun brukte hasj. Hun kunne fremdeles bo hjemme, men kom og gikk når hun ville, snudde døgnet, rotet og neglisjerte sin personlige hygiene. Hun ble mer og mer aggressiv mot foreldrene og andre som prøvde å «snakke henne til rette».

Til slutt tok en onkel affære og fikk henne brakt til legevakten. Legen fant ikke grunnlag for å søke henne inn til noen behandling, og Kari fikk dra hjem. Den dårlige utviklingen fortsatte, og etter et halvt år måtte familien ringe til legevakten. Kari hadde knust rommet sitt og nektet å komme ut. Hun var nå blitt 17 år. Hun ble innlagt, og i løpet av 10 dager klarnet hun opp. Tilstanden ble forstått som en rusutløst psykose, og hun ble utskrevet. Hun motsatte seg videre behandling og gled straks tilbake inn i rusmiljøet. Rusbruken økte, og hun har vært innlagt 8 ganger, med økende lengde på innleggelsene. Ved noen av innleggelsene ble hun utskrevet på grunn av plassmangel. Hun bor nå i en vernet bolig og har diagnosen schizofreni.

Følgende faktorer kan ha bidratt til denne negative utviklingen:

- Karis psykose ble oppdaget sent, slik at varigheten av ubehandlet sykdom varte i fire år. Skolen fanget ikke opp noen av Karis problemer. Familien oppfattet ikke, eller orket ikke å se, at noe var galt. Fastlegesystemet og legevaktlegene maktet ikke å fange henne ikke opp
- Kari kom ikke i gang med adekvat behandling, fordi det var manglende evne i psykisk helsevern til å se hva hun strevde med og stille en diagnose, manglende behandlingskapasitet, mangel på tilbud om adekvat behandling for henne, og familien fikk ikke tilbud om noe virksomt familiesamarbeid
- Karis psykiske lidelse var sammensatt av flere problemer og krevende å behandle. Hun hadde utviklet et rusmisbruk, manglet motivasjon og erkjennelse av sin psykiske lidelse og behov for hjelp og behandling. Hun avslo legemiddelbehandling og hjelpeapparatet kom ikke i posisjon til å tilby et psykososialt behandlingsprogram.

Utkast til eksternt høring

Vi har i løpet av de siste 10–15 års forskning om psykoser lært mye om hvor avgjørende for utviking av lidelsen det er at det psykiske helsesystemet har et tilbud så rakst som mulig, både til pasientene og deres familier, når en person blir psykotisk for første gang. Det handler om et lett tilgjengelig tilbud for tidlig oppdagelse og igangsetting av behandling når en person er psykotisk eller står i fare for å bli det. I tillegg trengs god kompetanse om hvordan problematikken utredes og hva slags effektiv behandling som bør tilbys.

Viktige aspekter ved første gangs psykose

- Alle helseforetak bør ha lavterskelspesialiserte team for oppdagelse, utredning og behandling av pasienter med psykose eller fare for utvikling av psykose
- Alle med førstegangspsykose eller mistanke om psykose må få en systematisk utredning med diagnostisk intervju, nevrokognitiv testing og andre undersøkelser i samsvar med anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.
- Alle med førstegangspsykose bør få tilbud om psykologisk behandling
- Antipsykotisk legemiddelbehandling ved førstegangspsykose bør være med nyere legemidler og med lavest mulig effektiv dose, som justeres ut fra blodprøver
- Alle pasienter og deres nærmeste pårørende bør få tilbud om støtte og kunnskapsformidlende (psykoedukativt) tilbud
- Etter behov bør aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten tilbys i et perspektiv på 5 år

9.4 Bedringsfasen og de første årene

Både Kari og Per vil ha behov for lengre tids behandling og oppfølging. Forskningen tyder på at en etter førstegangspsykose bør tilrettelegge for behandling inntil fem år der det er nødvendig, og ikke bare to år eller mindre, slik praksis ofte er.
Bedring kan, for en del pasienter, komme først etter mange år. Kari og Per har forskjellige behandlingsbehov.
Per klarer seg med ett års poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten, med vekt på psykoterapi. Han er motivert for behandling og det å få hjelp. Han er skremt av det han har gjennomgått og vil gjøre alt han kan for å hindre at det skal skje på nytt.
Kari har behov for langvarige og sammensatte tjenester, med vekt på støtte og omsorgstiltak i kommunen. Hun er lite motivert for behandling, og det viktigste er å hjelpe henne til å være rusfri, slik at hun unngår nye psykoseepisoder.

Vi vet at gjentatte psykoseepisoder i gjennomsnitt varer lengre hver gang, det vil si at det blir vanskeligere å komme ut av psykosen for hver gjentatte episode. Behandlingen og støttetiltakene er skissert ovenfor. Det viktigste er at disse «skreddersys» til den enkelte pasients behov. I Karis tilfelle vil også spørsmålet om eventuell tvangsbehandling dukke opp. Schizofreni kan være en tilstand som er livsødeleggende for mange av dem som rammes, både i form av dårlig livskvalitet og dødelighet. I Karis tilfelle må DPS overta behandlingsansvaret fra den spesialiserte sykehusavdelingen. Behandling og omsorgstilbud må utformes i nært samarbeid med kommunehelsetjenestene. Polikliniske eller ambulante team ved DPS må knyttes til

Utkast til eksternhøring

den videre oppfølgingen. Ved nye kriser vil team kunne rykke ut og støtte opp under det kommunale tjenesteapparatet.

9.5 Viktige aspekter de første årene

- Ved utskrivning fra sykehus bør overføringen til oppfølgende behandling forberedes i god tid og sikres slik at pasienten ikke faller ut av behandlingen
- Hver pasient med førstegangspsykose bør følges opp i flere år, også ved godt forløp. Dette reduserer faren for utvikling av nye psykotiske episoder
- Det bør etableres og holdes ved like et tett samarbeid mellom de tjenestene pasienten har behov for, slik at pasienten får et koordinert tilbud som er tilpasset hans/hennes behov
- Hver pasient bør ha en behandler som følger pasienten over lang tid for å sikre kontinuitet, og for å tilrettelegge for utvikling av en tillitsfull relasjon mellom pasient og behandler
- Pasienter som ikke kommer ut av psykosen innen tre måneder, bør få tilbud om et behandlingsopplegg for pasienter som ikke har fått adekvat bedring ved standard behandling
- Helsetjenesten bør samarbeide med skole/arbeidsgiver om tilrettelegging av situasjonen ved utdanningsinstitusjon og arbeidssted
- Kommunale tjenester bør følge opp pasientens hjemmesituasjon med adekvat støtte når det gjelder bolig, økonomi, fritid og andre praktiske og sosiale forhold. Arbeidet bør koordineres fra kommunen, eventuelt ved en koordinator fra en ansvarsgruppe

9.6 Optimal langtidsbehandling

Pasienter med alvorlige psykoselidelser som schizofreni, bør tilbys behandling og oppfølging gjennom mange år og eventuelt livet ut.

Pasienten, psykisk helsevern og de kommunale helse- og sosialtjenestene må regelmessig vurdere om pasienten får nødvendig hjelp til å dekke sine behov og bruke sine muligheter.

Tilbudet om kontakt med én behandler over lang tid bør vedvare så lenge pasienten ønsker det eller fortsatt har tegn på at sykdommen ikke er over.
Pasientenes somatiske helse bør følges opp like godt som deres psykiske helse for å redusere omfang og konsekvenser av bivirkninger og samtidig somatiske sykdom.
Det bør tilrettelegges for arbeid eller annen meningsfylt sysselsetting tilpasset pasientens ønsker, muligheter og behov.

9.7 Når behandling ikke virker (non-responders)

4	**Spesialisthelsetjenesten bør ha særlige utrednings- og behandlingsopplegg for de pasientene som ikke kommer ut av førstegangspsykose innen tre måneder**	**B**

Utkast til ekstern høring

Pasienter med førstegangspsykose som ikke blir upsykotiske i løpet av tre måneder, bør tilbys spesielt tilrettelagt behandling. Slike opplegg eller programmer er stort sett ennå ikke opprettet i Norge. I forbindelse med utskrivning fra døgnavdeling er det viktig at overføringen av kontakt sikres, slik at pasienten ikke faler ut av behandling og oppfølging og dermed står i større fare for tilbakefall og eventuell ny innleggelse. Det er vist at om det før utskrivningen etableres kontakt mellom pasienten og dem som skal gi tilbud videre, vil risikoen for å falle ut av behandlingen etter utskrivningen bli kraftig redusert.

Utkast til ekstern høring

10 Samtidige lidelser (Komorbiditet)

Pasienter med en psykosediagnose oppfyller ofte diagnostiske kriterier på andre psykiske lidelser. Så mange som 48 % av pasienter med schizofreni har én eller flere andre psykiske lidelser. Innenfor psykisk helsevern rettes det også mye oppmerksomhet mot «dobbeltdiagnoser», der pasienten både har en alvorlig psykisk lidelse og alvorlige rusmiddelproblemer. Dette er en økende utfordring for helsevesenet i hele den vestlige verden.

Komorbiditet kan defineres som en samtidig tilstedeværelse av en eller flere tileggssykdommer utover hoveddiagnosen (125). Hvordan disse lidelsene henger sammen kan ha mange forklaringer:

- Komorbiditet kan skyldes en egen sykdom eller et tileggsymptom / en annen dimensjon ved den aktuelle lidelse
- Hovedlidelsen og samtidig annen psykisk lidelse kan tilfeldigvis være tilstede samtidig
- De samtidige lidelsene kan også ha en felles bakenforeliggende årsak
- Noen ganger kan hovedlidelsen ha ledet til den komorbide lidelsen, eller omvendt (som for eksempel ved rus og psykotiske lidelser)
- Det er tale om en ”pseudokomorbiditet” hvor psykiske lidelser / symptomdimensjoner kan ligne andre symptomer (for eksempel relatert til negative symptomer og depresjon)

1b	**Samtidige psykiske tilstander skal identifiseres og behandles for å redusere negativ innvirkning på prognose og resultat av behandlingen.**	**A**

Komorbide psykiske tilstander er hyppig forekommende ved psykose. Derfor må de komorbide psykiske lidelser hos pasienten identifiseres og behandles så tidlig som mulig, da komorbiditet har en negativ innvirkning både på prognose og resultatet av behandling (125;126).

De mest aktuelle psykiske komorbide tilstander ved psykotiske lidelser er angstlidelser, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og rusmisbruk.
Det er litt uklart om angstlidelser, depressive lidelser og personlighetsforstyrrelser bør ses som samtidige lidelser, eller om de best kan forstås som en del av symptombildet ved psykoser. Variasjonen i forekomst av angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser er stor i ulike studier, noe som mest skyldes at de fleste studier som har sett på forekomst av komorbide angstlidelser, depressive lidelser og personlighetsforstyrrelser, har hatt små utvalg med heterogene pasienter i med psykotiske lidelser. Dette gir stor varians i forekomst av komorbiditet.

Utkast til ekstern høring

Ved samtidige rusproblemer er forekomststudier gjort på større utvalg og prevalenstallene mer stabile. Komorbide lidelser blir ofte ikke oppdaget i den kliniske praksisen, fordi klinikere gjerne bruker ustrukturerte kliniske intervjuer. Det er derfor viktig at en antar at komorbiditet er regelen framfor unntaket, og at en gjør en strukturert psykiatrisk vurdering både av de psykotiske symptomer og eventuelle andre komorbide tilstander (125).
Da forekomsten av komorbide lidelser ved psykoser er høy, anbefales det bruk av strukturerte kartleggingsinstrumenter i utredningen (se kapittel 12 om utredning relatert til bruk av vurderingsinstrumenter).

10.1 Komorbiditet ved tidlig debut

Jo tidligere en debuterer med psykose, desto mer vanlig er det å ha komorbide tilstander, som for eksempel separasjonsangst, ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse og depresjon (127-129).
Det er også rapportert stor grad av tvang/rigiditet (130), sosiale og emosjonelle vansker (131)) og språkvansker (132). Det er mye som tyder på at mange personer som utvikler psykose i barndom/ungdom har hatt svak premorbid fungering, tankeforstyrrelser, tilbaketrekning og sosiale vansker tidlig i livet (127;131;133-138). Dette innebærer at de ofte har hatt flere diagnoser før de ender opp med en tilstand innen psykosespekteret.

De vanligste differensialdiagnosene ved tidlig debut av psykose er, i tillegg til affektiv psykose, depresjon. OCD (tvangslidelse), PDD/Asperger syndrom og dissosiative tilstander (83;139;140)

10.2 Angstlidelser og belastningslidelser

De vanligste samtidige angstlidelsene ved psykoser er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), sosial fobi, tvangslidelser (OCD), generalisert angst (GAD) og panikklidelse. Når det gjelder schizofreni, er PTSD den samtidige lidelsen som ser ut til å ha høyest forekomst, etterfulgt av sosial fobi, OCD, GAD og panikkangst (141;142).

Tvangslidelser kan forekomme sammen med psykoselidelser, både som en del av psykosen, som tilleggsymptom, eller som en mestringsstrategi. Ofte kan en også se tvangsmessig atferd som en konsekvens av rigid tenkning l.a. på grunn av kognitive vansker. Det kan til tider være vanskelig å differensiere mellom denne formen for tvangssymptomer og påtrengende tanker og ritualistisk atferd som en ser hos unge med tvangslidelser (83).
Forekomsten av samtidige angstlidelser ved psykose ser ut til å være assosiert med utvikling og opprettholdelse av vrangforestillinger og hallusinasjoner, dårligere utfall av den psykotiske lidelsen, dårligere livskvalitet, økt selvmordsrisiko, forverring avsosial og arbeidsmessig fungering, økte psykotiske symptomer og økt risiko for ruslidelser (143-148). Se kapitlet om utredning for anbefalinger om utredningsinstrumenter

10.3 Depressive lidelser

Depressive symptomer og depressive lidelser har en høy samtidig forekomst ved psykoser. Prevalenstallene er svingende, og forekomsten ved ulike studier ser ut til å variere mellom 30 og 75 %, avhengig av hvilket utvalg en studerer og hvilke kriterier

Utkast til ekstern høring

en bruker for å definere hva som menes med depressive lidelser (149). Andre depressive fenomener, som dysfori og demoralisering, er også vanlige hos pasienter som har psykotiske lidelser, uten at disse symptomene bestandig oppfyller kriteriene til en depressiv lidelse (149).
Forekomsten av samtidige depressive lidelser ved psykose ser ut til å være assosiert med økning i antall psykotiske tilbakefall, dårligere sosial fungering, kognitive svekkelser, dårligere respons på antipsykotiske legemidler, rusmisbruk, dårligere prognose for den psykotiske lidelsen og økning i selvmord og selvmordsforsøk (150). Psykoselidelser over tid kan også innebære tap av funksjoner og livsmuligheter som fører til en naturlig sorgreaksjon. Videre kan regulering og forståelse av egne følelser bli påvirket, særlig hos unge med mindre følelsesmessig modenhet. Se kapittel 12 om utredning for anbefalte utredningsinstrumenter.

10.4 Personlighetsforstyrrelser

Det er vanlig å dele personlighetsforstyrrelser (PF) inn i «clustere». Norge er, gjennom sitt medlemskap i WHO, forpliktet til å følge det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (48). I forskningssammenheng brukes også ofte det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV (151). DSM-IV bruker følgende inndeling:

- Gruppe A personlighetsforstyrrelser, som er de alvorligste, herunder regnes schizotyp1, schizoid og paranoid PF
- Gruppe B personlighetsforstyrrelser, som også er alvorlige, herunder regnes borderline, narsissistisk2, antisosial og hysteriform PF
- Gruppe C personlighetsforstyrrelser, som regnes for lettere, herunder hører unnvikende, tvangsmessig og avhengig PF

Til forskjell fra mange andre psykiske lidelser har personlighetsforstyrrelser fått relativt liten oppmerksomhet når det gjelder komorbiditet hos pasienter med psykotiske lidelser.
En oversiktsartikkel antyder at prevalensen av komorbiditet relatert til PF og psykotiske lidelser ligger rundt 40 %, selv om variansen er stor mellom de ulike studiene som er inkludert (152).
Antisosial PF er den personlighetsforstyrrelsen det har blitt forsket mest på når det gjelder komorbiditeten mellom PF og psykotiske lidelser Denne komorbiditeten ser ut til å medføre en økt risiko for rusmisbruk og avhengighet, samt en økning i kriminell atferd (153).

Paranoid PF, schizotyp PF og schizoid PF har lenge blitt akseptert som en av flere lidelser innenfor schizofrenispekteret (154). Kortvarige psykotiske episoder er også et vanlig symptom ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Et viktig problem relatert til komorbiditet mellom disse to tilstandene, ser ut til å være at etter hvert som pasienter blir mer akutt psykotiske, blir sårbarheten for en underliggende PF svakere. Det kan jo også være slik at personlighetsproblematikk er et symptom relatert til de psykotiske lidelser, slik at det er vanskelig å skille dette ut som en separat lidelse (152).

1 ICD-10 regner schizotyp PF som beslektet med schizofreni og derfor er schizotyp PF plassert under psykotiske lidelser (F21.0)
2 Narsissistisk PF er ikke en egen diagnose i ICD-10, men finnes i DSM-IV.

Utkast til ekstern høring

Studier tyder også på at personlighetsproblematikk i tidlig voksen alder øker risikoen for å utvikle psykotiske lidelser senere i livet, slik at det egentlig er snakk om en felles underliggende sårbarhetsfaktor for begge disse psykiske lidelser (155). Se kapittel 12 Utredning av anbefalte utredningsinstrumenter.

10.5 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD) inkludert Asperger syndrom.

De gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene er kjennetegnet ved medfødte/tidlige avvik i sosiale samspill, kvalitative avvik i kommunikasjon og repetitiv/stereotyp atferd. En kan se mange av de samme fenomenene, som for eksempel svak sosial kompetanse, anhedoni, flat affekt, dårlig øyekontakt, emosjonell dysregulering, stereotyp atferd og alogi/språkfattigdom, hos personer med PDD så vel som personer som har en schizofreni (156). Personer som i utgangspunktet ikke har disse utviklingsmessige avvikene, kan utvise liknende symptomer i ulik grad når de er i en aktiv psykose. I tillegg har en funnet at personer med Asperger syndrom ofte har større grad av tankeforstyrrelser, desorganisert tenkning og dårligere realitetstesting enn gjennomsnittet. Feildiagnostisering kan derfor skje begge veier (156;157).
Dette kompliseres ytterligere av at det finnes en gruppe som både har gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/ Asperger og ulike psykoselidelser (158-160). Gruppen
er spesielt utsatt for å utvikle stemningslidelser (159).
Differensialdiagnostikk mellom ulike typer psykoselidelser hos mennesker med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser krever spesialkompetanse (160;161). Noe av det mest sentrale ved differensialdiagnostikk mellom psykose og utviklingsforstyrrelse er vanligvis å kartlegge hvilke vansker som har vært til stede det meste av en persons liv og hvilke som har kommet til senere (162).
Nylig har en funnet en undergruppe av barn/ungdom med PDD-NOS, ”Multiple Complex Developmental Disorder”, som har en overhyppighet for utvikling av psykose senere i livet (84;163).

10.6 Rusmisbruk og rusproblemer

Personer med psykoser har større bruk av illegale rusmidler og alkohol enn normalpopulasjonen (164-168).
Livstidsraten har ofte vært rapportert til å være så høy som 40-50 % i enkelte pasientgrupper (165;167-171), men det finnes betydelige kulturelle forskjeller (171). Dette mønsteret ser vi også i Norge: livstidsraten er rapport til å være 45 % for cannabismisbruk hos pasienter med schizofreni (172), og 62,5 % for rusmiddelmisbruk hos inneliggende pasienter med primærpsykoser (173).
Videre er et 44 ganger høyere misbruk av illegale stoffer rapportert blant pasienter med schizofreni og bipolar lidelse sammenlignet med normalbefolkningen (174).

Samtidig rusmisbruk ved psykoser er av klinisk betydning da det har en negativ effekt på prognose og kan påvirke behandlingsvalg.
Studier har rapportert om lengre psykoseepisoder, flere og oftere tilbakefall og rehospitaliseringer, økt symptomtrykk, samt senket fungeringsnivå og behandlingsmotivasjon ved samtidig rusmisbruk (165;175-177).

Utkast til ekstern høring

Cannabis (hasjisj og marihuana) er et særlig hyppig brukt rusmiddel ved schizofreni (171;178). Det er funnet en sammenheng mellom bruk av cannabis i ungdomstiden og senere utvikling av schizofreni (179) og psykosesymptomer (180-186).
Cannabisbruk blir i dag av flere forskere vurdert som en risikofaktor for schizofreni og ikke bare et resultat av selvmedisinering (187;188). Det er estimert en økt risiko på omtrent 40 % for psykose for personer som har brukt cannabis (188).
Siden de fleste som har brukt cannabis i midlertidig ikke utvikler en psykose, er det blitt foreslått at personer som er sårbare for psykose er særlig sensitive for den negative effekten av det psykoaktive stoffet i cannabis; delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Dette støttes av studier av høyrisikogrupper (189;190), genetiske studier (191-193) og farmakologiske studier (194).
Det er mulig at sensitiviteten for effekten av cannabis blant annet skyldes interaksjonen mellom det naturlige cannabinoide systemet i hjernen, som påvirkes av cannabis, og dopaminsystemet, som er involvert ved schizofreni.

Personer vurdert til å være sårbare for å utvikle en psykose bør få konkret informasjon om at cannabis i dag vurderes til å kunne medføre økt sannsynlighet for psykose og schizofreni for dem. Dette gjelder trolig personer som har pågående psykosesymptomer, en familiebelastning med hensyn tilt psykose eller som framviser tidlige tegn på psykoseutvikling. Det vil også kunne innebære råd om avholdenhet samt monitorering av cannabisbruk i oppfølgingen. Det har vist seg at områder som har et system for tidlig oppdagelse og behandling av førstegangspsykoser, kan bidra til å redusere stoffmisbruk med ca. 50 % etter et år (118).

Selv om disse rådene springer ut fra forskning på cannabis og psykose, kan det ikke utelukkes at andre illegale stoffer som sentralstimulerinde rusmidler med effekt på dopaminsystemet (amfetamin, metamfetamin, kokain, ecstasy/MDMA) eller hallusinogener med psykoseimiterende effekter (LSD og fleinsopp) kan ha negative effekter på psykoseutvikling, og bør eksplisitt frarådes og følges opp.
Brukere av metamfetamin er en særlig høyrisikogruppe for psykoseutvikling (88).

Mange personer med psykoselidelser har også et stort alkoholforbruk, enten som en del av et blandlingsmisbruk eller alene. Dette kan ha en negativ effekt på psykisk helse og bør derfor være sentralt i oppfølging og behandling.

Grunnet fare for underrapportering av rusmisbruk anbefales en grundig og systematisk kartlegging av rushistorie ved psykoser gjennom grundig anamneseopptak, urinprøver, bruk av komparentopplysinger og bruk av validerte utredningsinstrumenter.
En oversiktsartikkel viser at minst 1/3 av ungdom med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse har problemer med rusmisbruk, spesielt alkohol og cannabis (65). Kartlegging av rusmisbruk hos ungdom er en særlig utfordring fordi det er vanlig at ungdom holder sin rusbruk skjult, eller underrapporterer sitt misbruk.

Et samtidig fokus på rus der dette framtrer innenfor oppfølging og behandling (integrert behandling) i psykisk i helsevern, er i tråd med oppdaterte behandlingsråd (85;195;196).

Utkast til ekstern høring

Tradisjonelt har dette vært en utfordring grunnet en organisering av tjenestene der det har vært et lite hensiktsmessig skarpt skille mellom rusbehandling og behandling av psykiske helse (196). Kunnskap om utredning og behandling av både rus og psykiske vansker er sentralt, og i tråd med dette utvikles der også i økende grad egne behandlingstilbud for såkalte dobbeltdiagnoser (196)..
Andre utfordringer er knyttet til en økt grad av sosioøkonomiske og medisinske kompliserende faktorer for personer med både rus og psykoser sammenlignet med psykose alene (197). Videre vil denne pasientgruppen i mindre grad klare å følge opp igangsatt behandling (198).
Dette krever derfor en større grad av fleksibilitet, oppsøkende virksomhet og etisk bevissthet hos behandler. For anbefaling om behandling av samtidig rusbruk og psykoselidelser vises det til ROP-retningslinjene (85).
Her konkluderes det med at det er noe støtte for at motiverende samtalemetoder reduserer rusmiddelbruk. Kognitiv atferdsbasert samtalebehandling kombinert med motiverende intervju kan redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt fungeringsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med schizofreni og ruslidelse.

For anbefalte utrednings- og kartleggingsinstrumenter, se kapittel 12 Utredning og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP-lidelser (85).

10.7 Samtidige somatiske lidelser

Det er påvist økt forekomst av somatiske tilstander som ulcerøs kolitt, hjerte- og karlidelser og diabetes, men noe lavere forekomst av lungekreft. Hjerte- og karsykdommer, mage-og tarmsykdommer, endokrine forstyrrelser og luftveissykdommer bidrar til høyere dødelighet hos personer med psykoselidelser enn i forhold til normalbefolkningen.
Denne reduserte levealdersforventning er dramatisk og er felles for alle alvorlige psykiske lidelser. I snitt er redusert levealder ca. 20 år sammenliknet med "normalbefolkningen", noe lavere for menn en for kvinner Årsaksforholdene er ikke endelig kartlagt. Pasienter med misbruksrealterte lidelser har kortest levetid, fulgt av pasienter med schizofreniforme lidelser og personlighetsforstyrrelser.

Hjertesykdom, andre somatiske lidelser og selvmord er de hyppigste dødsårsakene. Røyking, inaktivitet og uheldige ernæringsforhold (sukker, fedme) er de viktigste årsaksfaktorene. Behandling med antipsykotika, særlig clozapin, ser ut til å ha en beskyttende effekt mot for tidlig død (199).

Den psykiske lidelsen kan bidra til å senke både pasientens og helsepersonellets oppmerksomhet på forhold knyttet til den fysiske helsen til disse gruppene. Det er derfor avgjørende at helsepersonell er oppmerksomme på, og følger nøye opp, tegn på somatisk lidelse hos pasienter med psykoselidelse, både i primærhelsetjenesten og når pasientene er innlagt for en psykisk lidelse.
Se også kapittel 12.2.7.

Utkast til ekstern høring

11 Kompliserende faktorer ved psykoselidelser

11.1 Traumer og sårbarhet for utvikling av psykose

Etter et traume vil mange oppleve ulike psykologiske reaksjoner, men de fleste av dem som rammes, kommer seg etter kort tid (200). Traumatiske hendelser kan skje i form av seksuelle overgrep, fysisk mishandling og andre typer omsorgssvikt. Det ser også ut til å være en dose-respons-relasjon mellom antall opplevde traumatiske hendelser, alvorlighetsgrad og risiko for å utvikle psykiske problemer (201). Traumatiske hendelser i fortid eller nåtid ser ut til å spille en rolle når det gjelder utvikling og opprettholdelse av psykotiske symptomer. Oversiktsartikler antyder at blant annet fysisk mishandling, mobbing og/eller seksuelt misbruk i barndommen er relatert til økt psykoserisiko (202-205).
Det finnes også en del evidens for en sammenheng mellom misbruk og selve innholdet i hallusinasjoner og vrangforestillinger (202;206;207). Mennesker med en psykoselidelse har også økt forekomst av tilleggsproblemer knyttet til opplevde traumer (208-211).

Basert på forskning som ser på sammenhengen mellom traumer og psykose (212), kan en anta at de mulige relasjonene mellom traumer og psykoser kan være av forskjellig art (201).

- Traume kan bidra til utvikling av en psykoselidelse og spille en viktig rolle i opprettholdelsen av den
- Opplevelsen av å være i en psykose er i seg selv traumatisk, og pasientene kan være sårbare for å utvikle en posttraumatisk stresslidelse som en følge av psykosen
- Både psykosen og den posttraumatiske stresslidelsen er en del av et spekter av mulige responser på tidligere traumatiske opplevelser

Selv om forskningen tyder på at det er en sammenheng mellom traumer og psykoselidelser, trenger ikke dette bety at sammenhengen nødvendigvis er av direkte årsaksmessig art. Mange personer utvikler en psykose uten å ha vært utsatt for traumatiske opplevelser, og mange som opplever traumatiske hendelser blir ikke psykotiske.
Traumer er en risikofaktor for mange psykiske lidelser, og den generelle sårbarheten og resilensen (motstandskraften) hos den traumatiserte vil i stor grad bestemme hvordan traumet påvirker personen psykologisk.

Hos personer som har større generell psykologisk eller biologisk sårbarhet, kan traumet representere en betydelig risiko for å utvikle en psykoselidelse (201).

En viktig implikasjon av en mulig sammenheng mellom traumer og psykoser er at helsearbeidere som arbeider med pasienter med psykoselidelser, må bli flinkere til å

Utkast til ekstern høring

spørre om opplevde traumer hos pasienten.
På grunn av den høye korrelasjonen mellom traumer og psykoser bør spørsmål om traumer inngå som en rutine i den psykiatriske vurderingen av pasienten (201).
Fravær av slike rutinemessige spørsmål kan hindre at hensiktsmessig behandling blir satt i verk og dermed begrense muligheten for bedring.
Ved mistanke om at en pasient har vært utsatt for traume skal pasientens psykotiske lidelse diagnostiseres og behandles først. Se kapittel 12 Utredning.

11.2 Selvmordsrisiko

Selvmord regnes som den viktigste årsaken til for tidlig død blant pasienter med psykotiske lidelser. Studier tyder på at livstidsprevalensen for selvmord for mennesker med schizofreni ligger rundt 4-5 % (213;214).

Selvmordsfaren ser ut til å være størst i ung alder og tidlig i sykdomsfasen. Studier antyder at 15–25 % har gjort et selvmordsforsøk i tiden forut for første behandlingskontakt (215).

Mange risikofaktorer er felles for selvmord ved psykoselidelser og andre psykiske lidelser. Likevel ser det ut som at enkelte faktorer er mer spesifikt relatert til psykosetilstander (213;214). Hvis flere av disse risikofaktorene er til stede samtidig, er det en økende statistisk sjanse for et selvmord. Noen av psykosespesifikke risikofaktorer er gjengitt i tabellen nedenfor. Det er viktig å påpeke at noen av disse risikofaktorene er statiske (som f.eks. kjønn), mens andre er av dynamisk art (f. eks depressive symptomer)

<u>Risikofaktorer for selvmord ved psykoselidelser</u>

- Unge menn
- Tidligere selvmordsforsøk og suicidale intensjoner
- Depresjon og håpløshetsfølelse
- Bruk av rusmidler
- Høyt nivå av innsikt
- Sosial isolasjon, liten støtte fra familien, samt problemer med sosial interaksjon
- Håpløshetsfølelse og negative antagelser om psykoselidelsen med liten tro på tilfriskning
- Nylig utskrivelse fra sykehus
- Psykotiske symptomer (en akutt episode og/eller paranoide symptomer)
- Dårlig etterlevelse av behandling eller dårlig kvalitet i behandlingen som tilbys pasienten

Depressive symptomer og rusmiddelmisbruk er risikofaktorer som har blitt etablert som viktige i en rekke studier, og som er med å bidra til økt risiko, siden de er ganske vanlige i de tidlige fasene av sykdomsforløpet.
Generelle faktorer, som følelsen av håpløshet, mindreverdighet og ensomhet, er også med på å øke risikoen i denne pasientgruppen (216).
Spesifikke faktorer ved psykosetilstander er at en høy grad av innsikt ser ut til å øke risikoen for selvmord eller selvmordsforsøk (216;217).

Utlånt til ekstern høring

Innsikt og selvmord ser ut til å være mediert gjennom faktorer som negative antagelser om egen lidelse (negativ tro på tilfriskning og at lidelsen kan kontrolleres) og negative tanker / håpløshet når det gjelder framtiden. Et symptombilde preget av hallusinasjoner ser også ut til å innebære høyere selvmordsrisiko (218). Se kapittel 11 om utredning risiko for selvmord.

Forskningen på risikofaktorer antyder at alt som bedrer pasientens framtidsutsikter, minsker sjansen for selvmord (213). Det vil si at det er viktig at pasienten kommer tidlig i behandling (redusere VUP) og mottargod behandling for sin psykoselidelse. I tillegg vil en terapeutisk innfallsvinkel for å redusere depressive symptomer og rusmiddelmisbruk hos pasienten medvirke til at pasientens håpløshet når det gjelder framtiden og negative antagelser om egen lidelse blir redusert.
I en norsk litteraturgjennomgang, (214), av ulike behandlingstiltak som har empirisk støtte som selvmordsforebyggende tiltak for mennesker med psykose, har disse faktorene blitt trukket fram:

- **En god terapeutisk allianse** til behandlingsapparatet øker sjansen for at pasienten tar kontakt når han/hun får det vanskelig (psykotiske episoder, depressive symptomer eller håpløshetsfølelse)
- **Å skape håp for framtiden** er meget viktig i arbeidet med selvmordstruede pasienter. Symptomlette kan i seg selv være en kilde til håp om en bedre framtid, ettersom symptomene innebærer en stor stressfaktor. En optimal behandling er derfor noe som også minsker sjansen for selvmord
- **Legemiddelbehandling** er av stor betydning i selvmordsforebyggende arbeid. Det er viktig at legemiddelbehandlingen er optimal, det vil si at den balanserer mellom mest mulig symptomreduksjon og minst mulig bivirkninger
- **Myk overgang ved utskriving og god oppfølging** er vesentlig fordi faren for selvmord er stor for i tiden etter utskrivelse fra sykehus
- **Involvering av familie og nettverk** bør tilstrebes da dette reduserer graden av depresjon og sosial isolasjon hos pasienten

11.3 Farlighet knyttet til psykoselidelser

Mennesker med psykoselidelser er *i utgangspunktet* ikke farligere enn andre. Det kan likevel ikke underslås at alvorlig psykisk lidelse noen ganger kan medføre en økt risiko for voldsepisoder, inkludert drap.
Mennesker med en psykoselidelse (inkludert schizofreni) har ca. 4–5 ganger økt sjanse for å bli involvert i voldsepisoder, og 14–25 ganger økt risiko for å bli involvert i drapsepisoder. Mennesker med schizofreni utfører ca. 6 % av alle drap (219-222).

Samtidig er det viktig å understreke at antall drap begått av mennesker med en alvorlig sinnslidelse i Norge pr. år, er veldig lavt, og det er synkende siden begynnelsen av 80-tallet. Mindre enn 0,2 % av mennesker med en psykoselidelse vil bli involvert i drapshandlinger. Farlighet er i stor grad knyttet til samtidig rusbruk. Farlighet knyttet til tilfeller av førstegangspsykose er nesten utelukkende knyttet til perioden fra psykose oppstår og til pasienten kommer i behandling, det vil si i perioden for ubehandlet psykose (VUP).
Undersøkelser gjort av en australsk forskergruppe, viser at farlighet knyttet til ubehandlet psykose er 15 ganger høyere enn etter at pasienten kommer til adekvat

Utkast til ekstern høring

behandling (223).
Der er altså en signifikant assosiasjon mellom VUP og drap/drapsforsøk begått av mennesker med ubehandlet førstegangspsykose.

Når pasienten kommer i adekvat behandling, faller farlighetsnivå til et "normalområde". Tidlig oppdagelse og behandling av psykoselidelser er kritiske faktorer for å forebygge/redusere vold blant mennesker med psykoser. Hva den økte farligheten skyldes er vanskelig å si med sikkerhet, men samtidig rusmiddelbruk synes å være en sikker prediktor for farlighet knyttet til psykoselidelser.

Økt grad av farlighet hos mennesker med psykoselidelser kan i all hovedsak sies å være et resultat av sviktende behandling og oppfølgning.

Utkast til ekstern høring

12 Utredning

Ved alle psykoselidelser og psykosenære tilstander (det vil si ved mistanke om psykoseutvikling) er det viktig og nødvendig med en bred utredning, fordi det kan være behov for flere tiltak fra ulike tjenestesteder.
For å sikre best mulig kvalitet i diagnostikk brukes det i økende grad strukturerte intervjuer, der en i samtale med pasienten, og eventuelt pårørende, går gjennom de ulike symptomene og utviklingen av disse.
Utredningen er ikke ferdig med den utredningen som gjøres ved første innleggelse eller kontakt med behandlingsapparatet. Med regelmessige mellomrom må diagnose og remisjonsstatus vurderes.
Ved reinnleggelser må utredningen vektlegge behandlingseffekt, sårbarhetsfaktorer og stresselementer.

Utredning av personer med psykotiske lidelser har flere hensikter:

- Å avklare om det dreier seg om en primærpsykotisk lidelse, samt type og alvorlighetsgrad av denne lidelsen. En viktig del av denne utredningen ved førstegangskontakt er å utelukke at det er andre årsaker til symptomene pasienten opplever
- Å avklare omfang og alvorlighetsgrad av de primære symptomene på den psykotiske lidelsen, og å monitorere utviklingen av disse symptomene for å vurdere behandlingseffekt
- Å kartlegge andre typer symptomer og komplikasjoner som er vanlige ved psykotiske lidelser, for å tilrettelegge for behandling av disse der det er mulig, for å forebygge videre komplikasjoner, og for å bedre tilrettelegge for rehabiliteringstiltak
- Å kartlegge faktorer som kan utgjøre risikomomenter for spesifikke behandlingstiltak (særlig legemiddelbehandling) og monitorere disse faktorene under behandlingsforløpet

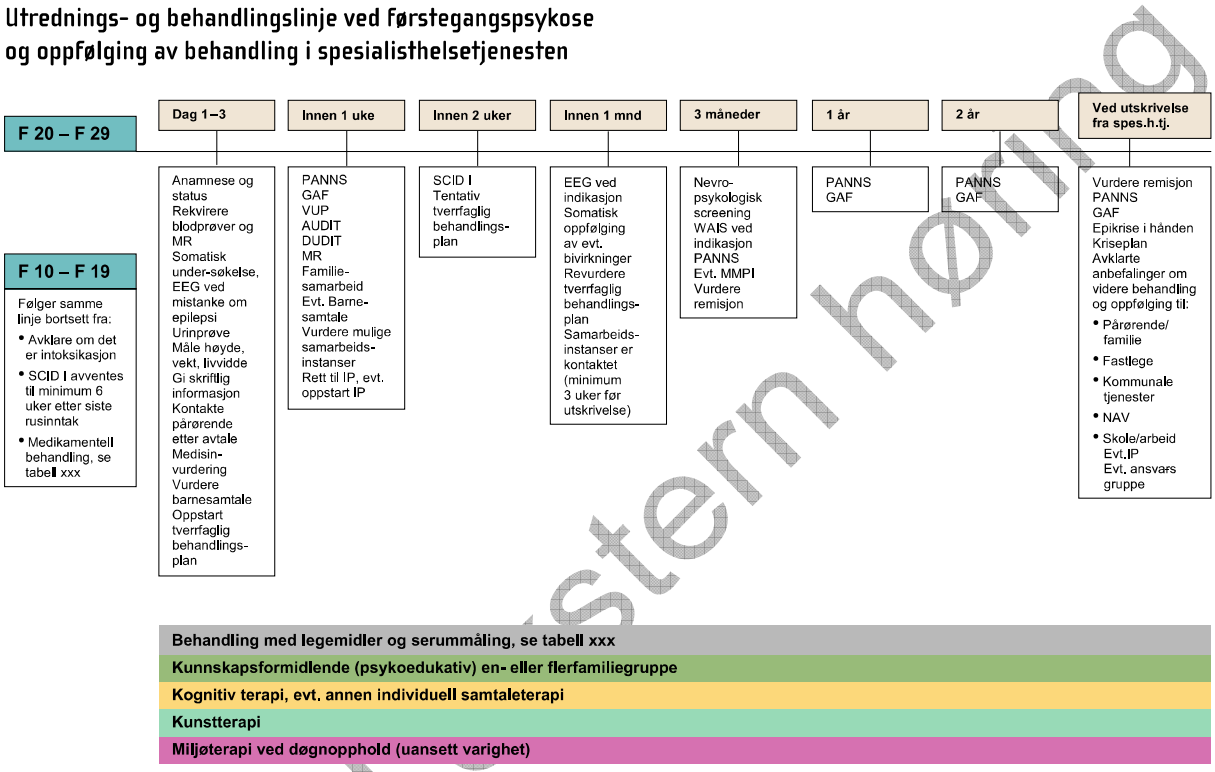
En utredning innebærer også omfattende somatiske undersøkelser, relevante blodprøver, MR/CT av hjernen, systematisk vurdering av alvorlighetsgrad av symptomer og problemer ved hjelp av spørreskjema til pasienten og skåringsskjema som fylles ut av dem som utreder. Kartlegging av sosial og praktisk fungering, livssituasjon, sosialt nettverk og nevropsykologisk utredning bør inngå som standard.
Utredningen må inneholde en grundig anamnese med innhenting av opplysninger fra alle tilgjengelige relevante kilder for informasjon, først og fremst pårørende, men også fastlege og andre relevante instanser som er viktige i personens livssituasjon.

Det anbefales at en utredning baseres på semistrukturert innhenting av informasjon (anamnese) kombinert med bruk av strukturerte intervjuer/skjemaer på spesielt viktige områder.
Alle skjemaer som er anbefalt, er godt utprøvd i norsk utgave. De er uten unntak kopibeskyttet, men de fleste kan benyttes uten vederlag i ordinære kliniske situasjoner.

Utkast til ekstern høring

For oppdatert informasjon om bruksvilkår for det enkelte skjemaet, anbefales det at formell status for skjemaet undersøkes på www.helsebiblioteket.no før det tas i bruk.

2b	**Utredningen bør skje i henhold til en utrednings- og behandlingslinje som også inneholder en anbefalt tidsakse for de ulike utredningsinstrumentene.**	**A**



(Tabell om behandling med legemidler og serummåling finnes på side 127)

De fleste symptområdene bør revurderes regelmessig for å monitorere sykdomsutvikling og behandlingsrespons. På grunn av moderat diagnostisk stabilitet i tidlige sykdomsfaser bør også diagnose revurderes etter ett år hos førstegangspasienter, men også senere dersom det skjer større endringer i sykdomsbildet.

12.1 Diagnostisk utredning

Hensikten med en diagnostisk utredning er å klarlegge nøyaktig hva slags tilstand som skal behandles.
I den akutte fasen vil det primære være å utelukke om det er somatiske årsaker til symptomene, noe som vil kreve kvalitativt andre behandlingsintervensjoner. De somatiske årsakene kan inkludere delir, søvndeprivasjon, sansedeprivasjon, migrene og andre søvnrelaterte psykoser (f. eks. hypnagoge hallusinasjoner). Det gjelder også ved alvorlige medisinske tilstander, som infeksjoner i sentralnervesystemet (CNS) (encefalitt, meningitt, syfilis og AIDS) og andre sykdommer som affiserer CNS

Utkast til høring

(eksempelvis Systemisk Lupus, Adrenoleukodystrofi, MS, Huntingtons).
Ulike former for epilepsi, tumor og hodeskader kan i visse tilfeller også gi psykoseliknende symptomer, og visse syndromer er forbundet med overhyppighet av schizofreni/psykose (for eksempel Turners syndrom, trippel X, Di George syndromet). Det er i tillegg mange legemidler som kan utløse psykotiske symptomer, og ulike rusmidler kan gi ulike psykotiske symptomer (224).

Ulike typer primærpsykotiske lidelser vil vanligvis ha behov for samme behandling i akuttfasen. Differensialdiagnostiske vurderinger mellom forskjellige psykoselidelser vil derfor primært ha betydning for planlegging av omfang og varighet av videre behandling.

Alle intervjuene anbefalt i dette kapittelet, krever at intervjuer har god diagnostisk basiskompetanse og opplæring i bruk av intervjuet.

12.1.1 Anamnese

En strukturert, grundig registrering av pasientens historie og sykehistorie (anamnese) er kjernen i enhver utredning. Anamnesen skal inneholde familieforhold, kartlegging av premorbid fungering og utvikling, utvikling av symptomer over tid og de konsekvensene symptomene har for interpersonlig, sosial og arbeidsmessig fungering.

12.1.2 Strukturert diagnostisk intervju

Så snart pasienten er i stand til å samarbeide om et lengre intervju bør, anamnesen kompletteres med et strukturert diagnostisk intervju.
MINI pluss (225)er det intervjuet som i dag kanskje brukes mest for diagnostiske formål i Norge. Dette intervjuet har et lett tilgjengelig oppsett og er vanligvis lett å håndtere for intervjueren. MINI gir imidlertid bare informasjon *om* pasienten har en psykotisk lidelse eller ikke, og har ikke en modul for differensialdiagnostikk av psykotiske lidelser.
Ved differensialdiagnostikk av psykotiske lidelser er det eneste realistiske alternativet i Norge SCID-I (modul A til D)(226;227). Intervjuet er svært godt for dette formålet, men er mer komplisert i oppsettet og krever mer praktisk trening i bruk av intervjumanualen. Det gir også DSM-IV-diagnoser og krever en oversetting til ICD-diagnoser. I forskning brukes i noen tilfeller intervjuet SCAN, som gir ICD-diagnoser. For å ta i bruk SCAN kreves deltakelse i et forhåndgodkjent treningsprogram. Hos barn og unge anbefales bruk av alderstilpassede diagnostiske intervjuer (Kiddie-SADS (228), se kapittel 12.1.4).

<u>Verktøy:</u> MINI SCID- I (modul A til D) Kiddie-SADS

Utkast til ekstern høring

12.1.3 Differensialdiagnostisk utredning

Ved førstegangskontakt for psykotisk symptomatologi bør det utelukkes sikkert at det ikke er en somatisk årsak til pasientens symptomer, se kapittel 12.2.7. Selv om dette i hovedsak er aldersgrupper der somatiske lidelser er sjeldne, og somatisk screening derfor relativt sjeldent finner alternative årsaker til pasientens symptomer, er konsekvensene av uoppdaget sykdom så stor at alle bør tilbys en grundig screening ved første kontakt.
Pasientgruppen er også en høyrisikogruppe for utvikling av somatiske sykdommer over tid, og en grundig inntaksstatus vil være nyttig for å vurdere senere utvikling. Screening for rusmidler er også nyttig som en del av den differensialdiagnostiske utredningen.

Selv om det på gruppenivå finnes mindre endringer i sentralnervesystemets struktur, kan ikke CT- (computer tomografi) eller MR-funn her brukes diagnostisk. Billeddiagnostikk er derfor primært aktuelt for å utelukke spesifikke hjerneorganiske årsaker til psykotiske symptomer som del av en differensialdiagnostisk utregning. På grunn av dårligere oppløsning og sensitivitet ved bruk av CT anbefales det ikke å bruke CT-undersøkelser.

Nytten av rutinemessig skanning med MR er omdiskutert, siden det relativt sjelden fanges opp hjerneforandringer som kan gi alternative forklaringer på symptomene (229). Terskelen for å gjøre rutinemessig cerebral MR for å utelukke hjerneorganiske årsaker til psykotiske symptomer bør imidlertid være svært lav når det gjelder pasienter som kommer til behandling for første gang.

12.1.4 Utredning av psykose hos unge

Ved bruk av utredningsinstrumenter utviklet for voksne i utredning av unge må disse tilpasses alder og evnenivå. Grundig anamnese er særlig viktig. For diagnostisk utredning opp til 18 år anbefales Kiddie-SADS PL (Schedule for Affective Disorders and schizophrenia for School-age Children Previous and Lifetime version). Kiddie-SADS PL er et diagnostisk intervju for barn i alderen 6-18 år. Intervjuet gjennomgår nåværende og tidligere episoder med psykopatologi hos barn og ungdom etter kriterier i DSM-IV. Intervjuet er seminstrukturert og består av en screeningdel og fem tilleggshefter (affektive lidelser, psykoser, angst, atferdslidelser og stoffmisbruk/andre lidelser). Intervjuet brukes både på foreldre og barnet/ungdommen. Instrumentet skal benyttes av trente klinikere med god kjennskap til diagnostisering. Instrumentet har god reliabilitet og validitet når det gjelder barnepsykiatriske diagnoser (228).

3	**Utredning av psykose hos unge må ta hensyn til utviklingsnivå og evnenivå samt større variasjon i symptom- og fungeringsnivå og et mer udifferensiert klinisk bilde i denne aldersgruppen.**	**B**

Utredning ved psykosemistanke:
Noen ganger vil ikke SCID- og PANSS-intervju bekrefte at pasienten har en etablert psykoselidelse, men gi holdepunkter for at pasienten har vedvarende psykosenære symptomer eller har hatt svært korte psykotiske gjennombrudd. Det vil si at pasienten

Utkast til ekstern høring

er i høyrisiko for psykoseutvikling og bør tilbys oppfølging for dette. For videre utredning og fortløpende monitorering av høyrisikotilstander kan "Structured Interview for Prodromal Symptoms" (SIPS) (230-232) være til nytte. Bruk av SIPS krever kompetanse i vurdering av kliniske symptomer og opplæring i bruk av skalaen.

Verktøy:
Kiddie-SADS
SIPS

12.1.5 Positive og negative symptomer

Sykdomsbildet ved psykotiske lidelser er sammensatt, og det er en fordel å bruke kliniske symptomskalaer som vurderer flere symptomområder. Av disse skalaene er "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS) (233) mest brukt. PANSS gir en vurdering av positive (psykotiske), negative og allmenne symptomer. Det finnes et grundig semistrukturert intervju, som letter informasjonsinnhentingen for PANSS (SCI-PANSS). Dette intervjuet er kopibeskyttet og lisensiert. Det vil si at tillatelse til bruk må kjøpes. Et alternativ er "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS) (234). Den ordinære versjonen av BPRS vurderer primært positive og allmenne symptomer, men ikke negative symptom. BPRS finnes fritt tilgjengelig på Helsebiblioteket.

Verktøy:
PANSS
BPRS

12.1.6 Depresjon og selvmordsfare

Depresjon er svært vanlig ved psykotiske lidelser og skal derfor vurderes rutinemessig. Grad av depresjon vurderes i denne pasientgruppen enkelt og valid ved bruk av "Calgary Depression in Schizophrenia Scale" (235). CDSS inkluderer ikke symptomer ved depresjon som også er en del av det negative syndromet (for eksempel apati og anhedoni), og vil derfor ikke overvurdere depresjonsgrad hos pasienter med stor grad av tilbaketrekningssymptom. CDSS-skåre har en cutoff-terskel for klinisk depresjon og kan derfor brukes til vurdering av behov for depresjonsbehandling. CDSS' ledd nr. 8 vurderer grad av selvmordssymptomer og kan i kliniske situasjoner være en enkel monitorering av utviklingen på dette risiko-området. Alle pasienter skal, ved inntak i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, kartlegges for risikofaktorer for selvmord, jf. IS-1511 "Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern" (inkludert rusbruk, tidligere selvmordsforsøk, selvmord i familien, relasjonsbrudd, opplevd håpløshetsfølelse og negativ oppfatning av alvorlig psykisk lidelse).

Verktøy:
CDSS
Kartlegging av risikofaktorer for selvmord
Selvmordsrisikovurdering

Utkast til ekstern høring

12.1.7 Global fungering

Globalt symptomtrykk og fungeringsnivå siste uke måles gjennom bruk av Global Assessment of Functioning – splittet versjon (GAF) for symptom. GAF gir et relativt grovt og globalt mål, men det er nyttig for rask monitorering av utvikling, og det at det er diagnoseuavhengig gjør at det er nyttig for sammenligninger på tvers av pasientgrupper.

Verktøy:
GAF

12.1.8 Kognitiv funksjon

1b	**Kognitive vansker er vanlig ved psykose, og ses hos majoriteten av personer med schizofreni. Det er viktig å ta hensyn til dette ved utredning, behandling og oppfølging, samt å gi informasjon om det til pasienter og pårørende når det er aktuelt.**	**A**
2b	**Det anbefales å screene for kognitive vansker med et testbatteri hvor en fanger opp mest mulig relevante kognitive funksjoner.**	**B**

Det kan være vanskelig å vurdere kognitivt fungeringsnivået basert på klinisk observasjon og/eller selvrapportering. Det anbefales derfor at det gjennomføres en nevropsykologisk screening tidlig i behandlingsforløpet for pasienter med førstegangspsykose. Det vil være mest hensiktsmessig når den akutte psykosen er dempet.
Testbatteriet bør settes sammen avhengig av tidsrammer og problemstilling. Det anbefales å sette sammen et testbatteri som fanger opp mest mulig av relevante kognitive funksjoner, det vil si kognitive områder som ofte er påvirket hos pasienter med psykotiske lidelser. Det er også en fordel å bruke nok deltester fra vanlig brukte evnetester (WAIS-III/IV, WISC-IV eller WASI), slik at generelt verbalt og visuospatialt evnenivå (IQ) kan estimeres. Sistnevnte er særlig sentralt for unge, for å unngå belastningen ved for store forventninger på skolen.

Omfattende testbatterier og mer tidkrevende tester med flere deloppgaver er mer til å stole på, men vil krever mer ressurser, testkapasitet og innsats fra pasientene. Det finnes enkelte kortfattede screeningtester som gir en indikasjon på om det er et behov for å gå videre med en mer omfattende klinisk nevropsykologisk utredning. Disse testene kunne ha vært nyttige, men tilbudet er foreløpig ikke utviklet for norske forhold. To potensielt interessante nevropsykologiske screeningtester ved psykose og schizofreni, henholdsvis MCCB (”The MATRICS Consensus Cognitive Battery”) og RBANS (”Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status”), er i Norge kun godkjent for avgrensete forskningsformål (236;237).

En praktisk løsning kan være å sette sammen mindre testbatterier til screeningfomål med utvalgte kortvarige testvarianter for hver kognitive funksjon. Tabellen side 87 - 88

Utkast til ekst høring

viser en oversikt over hyppig brukte tester til nevropsykologisk utredning ved psykose og schizofreni tilgjengelig og i bruk i Norge. De er fordelt på 8 sentrale kognitive funksjoner, basert på tester som er tilgjengelige og i bruk i Norge. Den kliniske testingen kan utføres av psykologer med opplæring i testbatteriet, men det er nødvendig at den som tolker resultatene har omfattende kompetanse til på klinisk nevropsykologi og bred kunnskap om kognitive funksjoner ved psykose.

Utredning av kognitiv fungering kan med fordel samordnes med ergoterapeututredning for bedre forståelse av generelt fungeringsnivå.

Kognitiv funksjon	**Nevropsykologisk test**	**Alternative testvarianter der aktuelt**
Verbale evner og problemløsning	Verbal flyt/COWAT* Ordforståelse Likheter Verbal forståelsesindeks	"FAS" (bokstaver)/Kategorier/D-KEFS WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI WAIS-IV/WISC-IV
Perseptuelle (visuospatiale) evner og problemløsning	Terningmønster Matriser (-resonnering) Perseptuell organiseringsindeks RCFT (Rey Complex Figure Test) kopiering Raven matriser	WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI WAIS-IV/WISC-IV
Verbal innlæring (umiddelbar gjenkalling)	CVLT-II	
Visuospatial innlæring (umiddelbar gjenkalling)	RCFT BVRT-5 (Benton Visual Retention Test)	
Hukommelse over tid (utsatt gjenkalling)	CVLT-II (California Verbal Learning Test) RCFT	
Oppmerksomhet	CPT (Continuous Performance Test) DVT (Digit Vigilance Test) Tallhukommelse	CalCap CPT Choice Reaction Time/ Conners CPT-II WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI
Arbeidshukommelse	Trail Making test B Spatial Span CPT Bokstav-tall-sekvensering	Halstead-Reitan/D-KEFS WMS - III Calcap Sequential Reaction Time WMS-III/WAIS-IV/III
Eksekutive evner	WCST (Wisconsin Card Sorting Test) The Stroop test/Color-Word-Interference Test Tårnet	Computer versjon/kortstokk D-KEFS/Hugdahls versjon D-KEFS

Til ekstern høring

Visuomotorisk hurtighet og prosesseringshastighet	Grooved Pegboard Test Trail Making test A (Tall-) Symbolkoding** CPT RT (reaksjonstid)	Halstead-Reitan Halstead-Reitans/D-KEFS WAIS-IV/III/WISC-IV/BACS CalCap CPT RT/Conners CPT-II RT
D-KEFS = Delis-Kaplan Executive Function System, WAIS = Wechsler Adult Intelligence Test, WASI = Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children, WMS = Wechsler Memory Scale, BACS = Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia.*Tester også eksekutive evner. **Tester også visuospatiale evner.		

12.1.9 Familien

For kartlegging av familiens erfaringer og opplevelser er "The Family Questionnaire" et selvutfyllingsskjema som skårer familiemedlemmers erfaringer med omsorg (238), mens "The Caregiver Burden Inventory" (CBI) kartlegger hvordan personer som er i nær familie med personer som utvikler en psykose for første gang, opplever sin situasjon (239).
I forskningsprosjekter om familietilbud er "Camberwell Family Interview" (CBI), "Five minutes Speech Samle" (FMSS) og "The Illness Perception Questionnaire" (IPQ) de mest brukte. Resultatene fra disse skåringsinsinstrumentene har dokumentert stor prognostisk verdi. Bruk av disse instrumentene krever opplæring og sertifisering. Informasjon om dette kan fås ved TIPS Sør-Øst (sett inn www.adress Tips Sør-Øst).

Verktøy: The Family Questionnaire CBI

12.2 Utredning av tilleggsproblemer og samtidige lidelser (komorbiditet)

Bruk av spesifikke utredningsinstrumenter vil variere, avhengig av område, og tas først i bruk dersom screeningspørsmål i anamneseopptak gir holdepunkter for at dette er et problem for pasienten. Et mulig unntak er rusmiddelbruk, som er så vanlig at en direkte kartlegging med selvutfyllingsskjema med fordel kan inngå i rutineutredningen.

12.2.1 Rusmiddelbruk

2a	**Ved psykose og med samtidig rusbruk anbefales samtidig fokus og kompetanse på rus og psykose i utredning, behandling og oppfølging.**	**B**

"Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) og "Drug Use Disorders Identification Test" (DUDIT) er selvutfyllingsskjemaer som gir en enkel og god kartlegging av problematisk rusmiddelbruk, og som er godt utprøvd i pasientgruppen. Det er etablert cutoff-skåringer som gir en indikasjon på om vedkommende også fyller kriterier for ruslidelser etter ICD/DSM.

Utkast til høring

Dersom det er ønskelig med mer spesifisert differensialdiagnostikk, anbefales det å bruke Modul E i SCID, men det er viktig å være bevisst at pasienter med psykotiske lidelser kan ha negative følger av rusbruk som ligger under kriteriegrensene her. Hvis det er ønskelig å utrede konsekvensene av rusbruk i dybden, kan det strukturerte intervjuet Europ-ASI brukes. Europ-ASI er imidlertid tidkrevende og krever spesialopplæring før bruk.

1b	**Screening for alkohollidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet AUDIT.**	**A**
3	**Screening for stofflidelse hos pasienter med kjent psykisk lidelse anbefales gjort med verktøyet DUDIT.**	**B**
4	**Screening for ruslidelse ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprøve bør vurderes som supplement til annen type screening, spesielt i psykiatriske akuttavdelinger.**	**C**
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**

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**

Verktøyet PRISM (”Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders”) vurderes som et lovende verktøy, men er foreløpig uten tilstrekkelig validering. PRISM er videreutviklet fra SCID, og spesielt beregnet på å kartlegge forholdet mellom psykisk lidelse og rusmisbruk, inkludert rusutløst psykose versus primærpsykose. PRISM er oversatt til norsk. Opplæring er nødvendig for bruk.

Verktøy:
AUDIT
DUDIT
SCID-I (modul E)
Europ-ASI

12.2.2 Oppstemthet

Pasienter med psykotiske lidelser kan oppleve oppstemte perioder. Det gjelder særlig ved schizoaffektiv lidelse. For nærmere gradering av mani brukes ofte ”Young Mania Rating Scale”. Dette er en mye brukt skala ved bipolar lidelse som også kan anvendes ved schizofreniforme psykoser. Ved psykotiske lidelser bør imidlertid ikke vanlig cutoff for klinisk mani brukes, fordi psykotiske symptomer tillegges stor vekt i graderingen.

Verktøy:
YMRS

Utkast til eksperten

12.2.3 Angstlidelser og belastningsrelaterte lidelser

Mange pasienter har plagsomme angstlidelser. Selv om instruksjonene for de fleste diagnostiske intervjuene sier at det ikke kan stilles primære angstdiagnoser. Når en pasient har en psykotisk lidelse bør forekomst av konkrete angstlidelser utredes ved mistanke. Flere pasienter med psykotiske lidelser kan ha utviklet posttraumatisk distress-syndrom på grunn av traumatiske hendelser før eller etter psykosestart. Mange kan også plages med betydelig grad av sosial angst. Disse spesifikke angstlidelsene kan lett forveksles med reaksjoner på psykotiske symptomer, men bør i noen tilfeller møtes på andre måter. For eksempel vil unngåelsesatferd som skyldes sosial angst, ha nytte av andre intervensjoner enn unngåelsesatferd på grunn av forfølgelsesforestillinger eller apati.

SCID-I modul F-H kan brukes i diagnostisering av angsttilstander ved psykoser og vil for de fleste være førstevalg for angstutredning. For spesifikk utredning kan også intervjuet "Anxiety Disorder Interview Schedule" (ADIS) brukes. Dette intervjuet bygger på DSM-IV-kriteriene, med spesifikk oppmerksomhet på angsttilstander. For utredning av sosial angst kan selvutfyllingsskjemaet "Liebowitz Social Anxiety Scale" (LSAS) brukes. Det er oversatt til norsk og validert for bruk på pasienter med psykotiske lidelser.

Verktøy:
SCID-I (modul F-H)
ADIS
LSAS

12.2.4 Personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser kan være både risikofaktor, differensialdiagnose og komorbid tilstand ved psykotisk lidelse. I alle disse tre tilfellene vil det vanligste utredningsinstrumentet være SCID-II (finnes på Helsebiblioteket). At en pasient har en etablert psykotisk lidelse, utelukker ikke at han/hun også kan ha trekk fra personlighetsforstyrrelser – eller omvendt. En alvorlig komorbid personlighetsforstyrrelse vil gjøre at pasienten krever en mer omfattende og langvarig tilrettelegging og oppfølging.

Verktøy:
SCID-II

12.2.5 Voldsrisiko

Pasienter med psykotiske lidelser har en økt risiko for å utføre voldshandlinger. Generelle risikofaktorer for voldshandlinger er i denne populasjonen den samme som hos alle andre. Det vil si at risikoen er høyere hos unge menn med rusproblemer, personlighetsforstyrrelser og tidligere voldsatferd. Som hos andre er risikoen høyest for at nærstående, og ikke fremmede, blir voldsutsatt. Det finnes flere instrumenter som anvendes til screening for voldsrisiko.

Utkast til ekstern høring

Alle disse instrumentene er bygd på erfaringer på gruppenivå, og det er som alltid vansker med å gi en nøyaktig prediksjon på personnivå ut fra dette. Som med screening for alle tilstander med lav forekomst, er det også et problem at screeningsinstrumenter vil identifisere svært mange som ikke har økt risiko, som risikoutsatte (høyt antall "falske positive"). Det vil også finnes flere med økt risiko i gruppen som screener negativt.

Resultatet av en voldsrisikoscreening bør derfor fortolkes med omhu. Det finnes risikovurderinger for voldsepisoder på kort sikt, "Brøset Violence Checklist" og "V-Risk 10". Disse er primært rettet mot bruk i akuttavdelinger og andre behandlingsenheter og graderer risiko som høy, moderat og lav.

Det er viktig å huske at instrumentene er laget for å predikere kortsiktig voldsrisiko og derfor ikke bør anvendes for å forutsi voldsrisiko på lengre sikt.

HCR- 20 **(**10 Historical, 5 Clinical, and 5 Risk Management factors) er et strukturert klinisk hjelpemiddel for å gjøre en vurdering av faren for framtidig voldelighet hos personer med psykisk lidelse eller personlighetsavvik. Her er nytten av selve sumskåren omdiskutert, men de forskjellige leddene kan være svært nyttige kriterier for en individuell vurdering.

Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere og en evaluering av situasjonen rundt voldshandlingen (for eksempel om den er begått under ruspåvirkning eller ikke).
Generelt er det lettere å predikere kortsiktig enn langsiktig risiko.
Ved kortsiktig røkt risiko vil dette som regel være grunnlag for akuttbehandling.
Langsiktig risiko er så vanskelig å vurdere, og risikofaktorene kan fluktuere så mye over tid, at det er vanskelig å gi spesifikke behandlingsråd.
God behandling med tett oppfølging er generelt sett det beste forebyggende tiltaket for voldshandlinger. Farlighet bør ses på som et uttrykk for sviktende behandlingsoppfølging av pasienter med psykosediagnoser.

Verktøy:
Brøset Violence Checklist
V-RISK 10
HCR-20

2b	**Ved begrunnet mistanke om økt farlighet kan V-RISK-10 eller HCR-20 anvendes for å predikere voldsrisiko på kort sikt.**	**A**

12.2.6 Traumatiserte pasienter

Mennesker som har vært utsatt for traumer, forteller i liten grad spontant om sine traumatiske opplevelser (240). Psykotiske pasienter har fem ganger høyere risiko enn andre for å utføre voldshandlinger, men har selv ti ganger høyere risiko for å bli utsatt for voldshandlinger. Spørsmål om tidligere eller nåværende traumatisering bør derfor inngå i anamneseopptaket, for eksempel gjennom formuleringer som:

Utkast til høring

- ”Da du var mindre, var det noen voksne som skadet eller straffet deg på en slik måte at du fikk brudd, blåmerker eller arr?”
- Da du var mindre, var det noen voksne som fikk deg til å gjøre noen seksuelle handlinger som fikk deg føle deg ille til mote?”
- ”Da du var mindre, ble du utsatt for mobbing av andre (psykisk eller fysisk)?”

Liknende spesifikke spørsmål bør også stilles for å avdekke traumatiske hendelser i voksen alder, og for å avdekke pågående mishandling/misbruk. Strukturerte spørreskjemaer eller strukturerte intervjuer kan være til hjelp for å avdekke en traumehistorie. Et mye brukt skjema, som er oversatt til norsk og validert i pasientgruppen, er ”Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) (241).
CTQ spør om forekomst av forskjellige typer traumatiske situasjoner i barnealder. Bruk av selvutfyllingsskjema krever rask oppfølging hvis noe tyder på traumatisering.

Informasjon om tidligere traumatisering bør møtes ved å formidle til pasienten at det er riktig å fortelle om slike opplevelser, og brukes som utgangspunkt for å diskutere videre behandlingsstrategi. Det er viktig å normalisere pasientens reaksjoner og se disse i sammenheng med tidligere opplevelser. Opplever pasienten fortsatt å bli misbrukt eller mishandlet, bør politi og rettslige instanser kobles inn. Det bør også diskuteres om pasienten ønsker å anmelde tidligere mishandling og misbruk. Overgripere har en tendens til å repetere mishandling/misbruk ovenfor andre, slik at det er viktig å undersøke om overgripere er i kontakt med andre barn/ungdommer slik at eventuelt nye overgrep kan stoppes. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har god oversikt over forskning på traumeområdet (www.nkvts.no). De regionale ressurssentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging kan tilby opplæring og kompetanseoppbygging på relevante områder (www.rvts.no).

Verktøy: CTQ

12.2.7 Somatiske helseproblemer hos personer med psykoselidelser

1b	**Somatisk helsetilstand må vurderes jevnlig og følges opp med en årlig kontroll av somatisk helsestatus.**	**A**

Personer med psykoselidelser har høyere forekomst av en rekke somatiske lidelser enn totalbefolkningen.
Flere undersøkelser viser at pasienter med langvarige psykoselidelser som gruppe har vesentlig kortere levetid enn totalbefolkningen. Livsforkortningen kan være betydelig, opp til 12–20 år, noe mer for menn enn for kvinner (242).

En andel av denne økte dødeligheten skyldes psykisk sykdom og selvmord, men dette er likevel bare en liten del av årsaken til redusert levetid.
Overdødeligheten skyldes i hovedsak hjerte-/karsykdommer og lungesykdommer.

Hjerte-/karsykdommer er en hyppig dødsårsak i befolkningen sett som helhet, men det er store psykososiale forskjeller i frekvens, alvorlighet og dødelighet av tilstanden.

Utkast tilekstern høring

Sykdommer i hjerte-kar-systmet som kan føre til hjerteinfarkt, plutselig død, hjerneslag og sirkulasjonsforstyrrelser i bena starter i ung alder. Det skjer en avleiring av fettstoffer og etter hvert forkalkning i blodårene.
Først etter flere 10-år, og sjelden før 40-årsalder, vil sykdommen manifestere seg ved alvorlige symptomer og sykdommer.

Psykoselidelser diagnostiseres oftest hos unge voksne. Dette gir en mulighet for at forebyggende behandling kan ha betydelige positive gevinster på utvikling av somatisk sykdom.

Utviklingen av sykdommer er høy grad avhengig av livsstil, kosthold, røyking, andre samtidige sykdommer og arvelige tilstander.
Siden tiden det tar å utvikle sykdom er så lang, har helsemyndighetene generelt ønsket å påvirke befolkningen til helsekontroll og et levesett som reduserer sykdomsutvikling og dermed kan føre til et normalt langt liv uten sykdom.

Dette vil i aller høyeste grad også angå personer med psykoselidelser.
Spesielt er det viktig å hindre ubehandlede høye fettstoffer i blodet, behandle hypertensjon (høyt blodtrykk) og diabetes og oppfordre til røykestopp. Mosjonsvaner må også tas opp. Overvekt er uheldig av flere årsaker. Det øker risikoen for utvikling av diabetes og forhøyede fettstoffer. Stor grad av overvekt og fedme kan også virke sosialt isolerende. Dessuten forandres stoffskiftet ved overvekt. Denne tilstanden betegnes som metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom øker også risikoen for hjerte-/karsykdom.

Ved første kontaktperiode må det tas blodprøver for å avdekke mulige risikofaktorer. Her nevnes fastende blodsukker og fettstoffer i blodet som de viktigste. I tillegg må blodtrykk, vekt og høyde, måles og kroppsmasseindeks beregnes. Det kan også være nyttig å registrere livvidde, fordi det er en enkel og verdifull parameter å følge over tid.

Røyking er hovedårsaken til reduserte leveutsikter (243). Røykeanamnese er derfor svært viktig, og pasienter som røyker, må få hjelp til å slutte å røyke. Det er vist at røykesluttprogrammer i regi av helsetjenesten, for eksempel fastlegen, gir større sannsynlighet for å gjøre en røykfri. Det er en kjensgjerning at mange personer med psykoselidelser røyker.

Dette krever en intens innsats fra helsevesenet overfor unge mennesker, da det er grunn til å tro at denne helseskadelige uvanen er lettere å gjøre noe med hos yngre enn hos eldre. Det må gjennomføres røykfrie aktiviteter både i institusjonshelsetjenesten og i de kommunale tjenestetilbudene, på lik linje med forholdene i samfunnet for øvrig.

Røykestopp krever aktsomhet når det gjelder metabolismen av noen legemidler, se kapittel 13.13. 5.6. Metabolismen av for eksempel clozapin og olanzapin nedsettes betydelig, og dosereduksjon på 25 % første uke ved ukeslutt anbefales (244).
Røyking medfører, i tillegg til økt risiko for hjerte-/karsykdom, en stor økning i risikoen for KOLS, kronisk obstruktiv lungesykdom. Dette er en sykdom som stadig rammer flere, og som gir betydelig helseplager og økt dødelighet. Den ses nesten utelukkende hos røykere. Som kjent fører røyking også til sterk økning i risikoen for lungekreft.

Utkast til ekstern høring

I tillegg må det, tidlig i forløpet, gis god og tilrettelagt informasjon om kosthold og mosjon. Ved tilrettelegging for sosiale aktiviteter for pasientgruppen i kommunene og i institusjonene bør også fysisk aktivitet vektlegges. Det er en positiv faktor både for somatisk helse og trivsel.
Jevnlig, for eksempel med ett års mellomrom, bør det gjøres kontroll av overnevnte parametre. Spesielt oppmerksom skal en være hvis det startes med et antipsykotisk legemiddel med risiko for metabolske endringer hos pasienten, det vil si risiko for forhøyede fettstoffer i blodet.
Reaksjonen på slike legemidler kan være individuell, og det anbefales kontroll av fettstoffnivået etter 3 måneders behandling.
Vektøkning er også en vanlig bivirkning ved enkelte av legemidlene, og i de tilfellene dette opptrer, bør en, foruten vekt og midjemål, kontrollere fettstoffer, blodsukker og eventuelt langtidsblodsukker. Dette må gjøres jevnlig, i alle fall en gang i året, og med økende hyppighet i økende alder. Ved store økninger i fettstoffnivå eller stor vektøkning skal alternativ antipsykotisk behandling overveies.

Risikofaktorer som røyking, høye blodlipider, høyt blodtrykk, høyt blodsukker og høy kroppsmasseindeks, skal behandles likt hos pasienter med eller uten psykoselidelse.

Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer (245) beskriver hvilke pasienter som, på grunnlag av samlet risiko, skal ha medisiner for å forebygge videreutvikling av hjerte- og karsykdommer.
For pasienter som alt har tegn på hjerte-/karsykdom eller utvikling av diabetes har primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten retningslinjer for når en skal starte slik behandling.
Fordi multilegemiddelbehandling kan være et problem for denne pasientgruppen, er det desto viktigere å legge inn ressurser i å forebygge hjerte-/karsykdom tidlig også for denne gruppen.
De somatiske sykdommene som her er nevnt, kan i stor grad forebygges. Både for å unngå sykdom og tidlig død er det derfor viktig at pasientene følges opp med somatiske helsekontroller, noe som gjerne kan skje hos fastlegen.

Verktøy/undersøkelser
Blodprøver
Urinprøve
Blodtrykk
Høyde, vekt, livvidde, KMI
Anamnese: røyking, kosthold, mosjon
Evt. EEG

Utkast til ekstern høring

12.2.8 Tannhelse hos pasienter med psykiske lidelser

2b	**Det er viktig å legge til rette for rutinemessig tannlegebesøk. Når legemidler med antikolinerg effekt brukes må pasientene 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.**	**B**

I store befolkningsundersøkelser er det vist at pasienter med langvarige psykiske lidelser gjennomgående har dårligere tannhelse enn gjennomsnittsbefolkningen. Mens årlige kontroller hos tannlege er vanlig i totalbefolkningen, vil færre pasienter med langvarig psykisk lidelser gå til tannlegen på regelmessig basis.
Det er de seneste årene publisert undersøkelser av pasienter med ulike langvarige psykiske lidelser og deres tannhelse både i Sverige og Danmark, og det er antagelig ikke grunn til å anta at situasjonen skulle være vesentlig annerledes i Norge (246;247).
I den svenske studien, der personer med ulike psykiatriske diagnoser sammenliknes, er det personer med diagnosen schizofreni som kommer dårligst ut når en bruker målene manglende tenner og tenner med fyllinger (246).

Det er mange forskjellige forhold som bidrar til dårligere tannhelse.
Mange legemidler har en antikolinerg effekt som gir redusert spyttmengde. Dette gir ikke bare plager med munntørrhet, men også økt risiko for karies (hull i tennene). Tricykliske antidepressiva er de legemidlene innen psykofarmakologisk behandling som i størst grad gir munntørrhet, men også nyere antidepressiva samt nevroleptika gir i varierende grad munntørrhet.
I en svensk undersøkelse anga 69 % av pasientene at de hadde plager med munntørrhet. Munntørrhet kan i tillegg føre til økende tendens til infeksjoner i munnhulen, dårlig munnlukt og stigmatisering. Dersom munntørrheten fører til hyppig inntak av søte og syrlige drikker, vil kariesproblemet øke.

I tillegg til problemet med munntørrhet blir det antatt at kostholdet spiller en vesentlig rolle. Studier har vist at personer med langvarige psykiske lidelser ofte har et kosthold som ikke er bra for tannhelsen, for eksempel mye sukkerholdig mat og drikke og bruk av sukkerholdige og syrlige drikker. Røyking vil også ha betydning for tannhelsen.

Personer som har diagnosen schizofreni, er mer utsatt for tannhelseproblemer enn totalbefolkningen (248). Årsaken til dette er en kombinasjon av sykdommens symptomer, dårlig kosthold, utilstrekkelig renhold av tennene, færre rutinekontroller hos tannlege og bivirkninger av legemidler. Hos den enkelte pasient kan en faktor være framtredende årsak, hos en annen pasient er hovedårsaken en annen faktor.

12.3 Løpende vurdering av symptomer (monitorering av symptomer)

Symptomstatus bør vurderes snarest mulig etter behandlingsstart, og regelmessig gjennom den første behandlingsperioden. Forhåndsdefinerte målsymptomer bør i akutte faser vurderes ved hver kontakt. I tillegg bør det gjøres en mer fullstendig symptomkartlegging, inkludert remisjonsstatus, etter 6, 12 og 24 måneder. Hos stabile pasienter bør symptomnivå vurderes en gang årlig, oftere ved spørsmål om forverring). Alle skalaene som er anbefalt i dette avsnittet, kan, etter opplæring, brukes av personale med god klinisk kompetanse.

Utkast til ekstern høring

13 Behandling

13.1 Behandlingsformer som har dokumentert effekt

Behandlingen bygger på evidensbaserte elementer. En omfattende forskningslitteratur på feltet viser at det er empirisk evidens for flere virksomme elementer i psykosebehandling; legemiddelbehandling, kunnskapsformidlend (psykoedukative) (249) opplegg, som familiearbeid og kognitiv terapi.

Det er dokumentert at kontinuerlig oppfølging over tid i form av en tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient er av stor betydning for forløp og tilfriskning. Dette bør derfor være et nøkkelement i behandlingsopplegget for alle pasienter.

Behandlingen vil være avhengig av på hvilket sykdomsstadium en får kontakt med pasienten, alvorlighetsgrad, symptombilde, sosial situasjon og andre individuelle faktorer. Dette omtales som «fasespesifikk behandling».
Det er godt dokumentert at *tidspunktet behandlingen settes inn* er like viktig som kvaliteten på selve behandlingen, dvs. jo tidligere desto bedre. Nøkkelbegrep her er "Varighet av ubehandlet psykose" (VUP).

1b	**Behandlingen 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**
1b	**Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer som legemiddelbehandling, psykoedukativt familiesamarbeid og kognitiv terapi.**	**A**
4	**Det er begrenset forskning om behandling av unge med psykoselidelser. Foreløpig anbefales det å bruke psykososiale behandlingsmetoder for voksne for denne gruppen, men tilpasset unges utviklingsnivå og kontekst.**	**D**
4	**Ved psykose med samtidig rusbruk anbefales den samme bredden av kunnskapsbasert psykososial behandling og legemiddelbehandling som for mennesker med psykose eller rusbruk alene.**	**D**

Behandlingen må følgelig endres etter hvert som pasientens helsetilstand og fungering forandrer seg. Dette gjelder både spesifikke behandlinger som legemidler og psykologisk behandling, grad av kontroll og støtte til egenmestring etter hvert som pasienten blir bedre.

I dette kapitlet vil det under hver behandlingsform bli redegjort for de særskilte tilpasninger/tillempninger av behandlingen som en slik fasespesifikk forståelse krever. Førsteepisode, tilbakefallsfase, forebygging av tilbakefall, manglende respons på den initiale behandlingen ("non-responders") og behov for langtidsoppfølgning.

Utkast til høring

13.2 Spesielt om behandling av Varselsfase (ARMS/UHR)

Behandling vil rette seg mot de plager som pasienten presenterer, vanligvis angst og depresjon. Behandlingselementene er de samme som ved etablert psykoselidelse, men antipsykotiske legemidler er ikke indisert før det eventuelt foreligger klare tegn på psykoseutvikling.
Ellers består behandling av psykologiske terapiformer, psykoedukativt (kunnskapsbasert) familiearbeid og sosiale støttetiltak som beskrevet i dette kapitlet. Som for øvrige pasienter er det viktig at behandlingstilbudet skreddersys til den enkelte pasientens ønsker og behov.

13.3 Rettslig grunnlag for behandlingen

Hovedregelen er at helsehjelp både for somatiske og psykiske lidelser forutsetter samtykke fra pasienten, jf. pasientrettighetsloven (23) § 4-1. Et unntak for psykiske lidelser er tvungent psykisk helsevern for personer med "alvorlig sinnslidelse" (psykisk helsevernloven (250) § 3-3 første ledd nr. 3). Se også tilleggsvilkårene i § 3-3 første ledd nr. 3 bokstav a og b. Frivillig helsevern må enten være forsøkt, eller det må være vurdert som åpenbart formålsløst (psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 1). I tillegg er det et krav at tvungent psykisk helsevern, etter en konkret og helhetlig vurdering, framstår som den klart beste løsningen for pasienten (psykisk helsevernloven § 3-3 første ledd nr. 6).
Begrepet alvorlig sinnslidelse er et rettslig uttrykk som ikke tilsvarer noen klar psykiatrisk diagnose. Som tilfellet er i dag, er det i utgangspunktet slik at hovedkriteriet alvorlig sinnslidelse har nær tilknytning til psykosene, jf. lovens forarbeider Ot.prp. nr. 11 (1998-99) (251).

For barn og unge under 16 år vil foreldresamtykke være hovedregelen for psykisk helsevern, (psykisk helsevernloven (250) § 2-1 og pasientrettighetsloven (23) § 4-4). Med utgangspunkt i alder og modenhet skal en i økende grad legge vekt på barnets mening. Fra 12-årsalder skal barnet få si meningen sin i alle spørsmål om egen helse. Dersom barnet er over 12 år og motsetter seg en *innleggelse* i det psykiske helsevernet, skal saken prøves for kontrollkommisjonen, jf. psykisk helsevernloven (250).§ 2-1.

13.3.1 Riktig bruk av tvang

Frivillighet basert på eget samtykke, er utgangspunktet for all helsehjelp. Dette gjelder også i det psykiske helsevernet. Psykisk helsevernloven (250) gir hjemmel for på visse vilkår å etablere og gjennomføre tvungent psykisk helsevern overfor personer med alvorlig sinnslidelse, dvs. uten at det er gitt eget samtykke, jf. ovenfor. Loven forutsetter imidlertid at frivillighet skal ha vært forsøkt, eller åpenbart være nytteløst, før det benyttes tvang. Dette innebærer at et adekvat og kvalitativt godt frivillig behandlingstilbud som hovedregel skal være forsøkt før det benyttes tvang. Helsetjenestene må, så langt det er forsvarlig, avsette nødvendig tid til å forsøke å etablere et frivillig tilbud gjennom motivering og tillitskapende tiltak. Den enkelte, og eventuelt pårørende eller andre vedkommende har tillit til, må aktivt involveres i arbeidet med å finne gode og frivillige løsninger.

Utkast til ekstern høring

Psykisk helsevernloven legger til grunn at det i en del situasjoner, og overfor en del pasienter, er nødvendig og riktig å bruke tvang, både av hensyn til pasienten selv og omgivelsene. Begrunnelsen for å fravike hovedregelen om selvbestemmelse er samfunnets ansvar for å ivareta helse og liv gjennom å gi nødvendig behandling i situasjoner hvor personen selv, på grunn av sin psykiske lidelse, mangler sykdomsinnsikt og evne til å forstå sitt eget beste.

Når bruk av tvang er nødvendig, må det sikres at dette gjennomføres på en måte som ivaretar den enkeltes rettigheter, sikkerhet og integritet. Målet må være å hindre skade, gi tilgang til adekvat behandling og bidra til at den enkelte gjenvinner kontroll over eget liv. Valg av virkemiddel og intensitet må være rimelig og forsvarlig sett i forhold til den konkrete situasjonen. Før det iverksettes tvang, og ved valg av virkemiddel, må det foretas en vurdering av mulige fysiske og psykiske skadevirkninger og hvordan disse best kan forebygges. Ved iverksetting av tvangsbehandling må behandlende institusjon sørge for at den behandlingen som gis, er i tråd med gjeldende kliniske retningslinjer og har forventet effekt.

Brukerperspektivet bygger på prinsippet om at pasienten eller brukeren er utgangspunktet og kjernen for all helsehjelp som tilbys. Dette er også det førende prinsippet i pasientrettighetsloven (23). Pasientens rett til medvirkning og informasjon om egen sykdom og behandlingsmuligheter følger naturlig av dette, og er nødvendige forutsetninger for å kunne treffe gode valg om egen helse. Dette gjelder også ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern. Den enkelte har ofte selv viktig kunnskap om hva som er problemet, og hva som vil kunne hjelpe. Helsepersonell må lytte til pasienten og, med utgangspunkt i hans eller hennes ønsker og behov, hjelpe til med å foreta gode og informerte valg.

Tvangsmedisinering oppleves for mange som svært inngripende og traumatisk – en følelse av å miste total kontroll over egen kropp og sinn. Samtidig vil det psykiske helsevernets anledning til å treffe vedtak om tvangsmedisinering av tvangsinnlagte pasienter kunne medføre at pasienter godtar en legemiddelbehandling de egentlig ikke ønsker. Som en del av arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang er det viktig at institusjonen legger nødvendig vekt på disse problemstillingene. Pasientene må så langt som mulig tas med på råd og gis innflytelse over omfang og innhold i eventuell legemiddelbehandling. Det må sørges for at pasientene gis adekvat informasjon om effekt og bivirkninger, og, så langt det er forsvarlig, må pasientens ønske om legemiddelfri behandling respekteres.

Ledere og ansatte i det psykiske helsevernet må være bevisst på potensielle skadevirkninger forbundet med tvangsbruk og gjøre grundige forhåndsvurderinger før tvang iverksettes. I et pasientsikkerhetsperspektiv kan bruk av tvang bidra til god sikkerhet, men det kan også innebære en trussel mot denne.

13.4 Familiesamarbeid ved psykotiske lidelser

Når en person utvikler en alvorlig psykose, vil også familiemedlemmer bli trukket inn i sykdomsutviklingen og møte store utfordringer både med hensyn til å være til hjelp og til å ivareta sin egen situasjon. Behandlingsforskning om familieinklusjon ved psykose kan de siste fire tiårene vise til gode resultater. Et optimalt behandlingstilbud må

Utkast til eksternhøring

tilrettelegge for et samarbeid med pasient og aktuelle familiemedlemmer. Familietilbudet må tilpasses pasientens situasjon, varighet av problematikk og sykdomsbelastning. Det må også tas hensyn til hvordan familien opplever sin egen situasjon.
Familiemedlemmer bør i tillegg tilbys hjelp og støtte, forståelse for utvikling av psykoser, samt hjelp til å bearbeide egne reaksjoner og avlastning for opplevde belastninger til på grunn av at de er berørt av familiemedlemmets psykotiske tilstand. Det bør tilbys en behovstilpasset støtte til å utvikle hensiktsmessige måter å takle situasjonen på. Se for øvrig kapittel 5.4 og Helsedirektoratets veileder "Pårørende. En ressurs" (25;250).

1b	**I tidlig fase av en psykose inviteres pasient og nære familiemedlemmer til et kunnskapsformidlende familiearbeid i en "enkeltfamiliegruppe".**	**A**
1a	**Pasienter som, på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad, vil ha behov for hjelp over lengre tid, tilbys å delta sammen med nære familiemedlemmer i en kunnskapsformidlende flerfamiliegruppe.**	**A**

13.4.1 Bakgrunn

For bare noen årtier siden tok man det ofte for gitt at familien til en person som utviklet en psykose, hadde en skadelig innflytelse på pasienten, og behandlingstilbud ble tilrettelagt ut fra at pasienten skulle ha minst mulig kontakt med den. Familien ble overlatt til seg selv med mangel på informasjon om hva de kunne gjøre for å støtte sitt familiemedlem. De gode behandlingsresultatene de siste tiårene er oppnådd gjennom å invitere familien inn til et strukturert samarbeid, hvor de blir møtt med en positiv holdning, får omfattende informasjon og hjelp til å løse dagliglivets problemer over tid. Undervisning eller kortvarige samtaler uten pasientens deltagelse synes ikke å ha varig effekt på pasientens prognose (252).
Et virksomt familietilbud er utviklet på bakgrunn av studier som fant sammenheng mellom miljøbetingelser og forløp hos personer som hadde utviklet en psykose, den såkalte Expressed Emotion-forskningen(EE) (253), sammen med kunnskap om nedsatt kognitiv fungering ved psykoser (254). Disse er beskrevet som et psykoedukativt familietilbud.

Innholdet i et psykoedukativt kunnskapsbasert familietilbud har fire hovedelementer:
1. Følelsesmessig støtte
2. Undervisning om psykose
3. Råd og hjelp til å redusere et forhøyet engasjement
4. Hjelp til løsning av dagligdagse utfordringer for å kunne mestre situasjonen på en best mulig måte

Et psykoedukativt familiearbeid tilbys sammen med medisinsk behandling og ulike former for psykoterapeutiske individualsamtaler.

Et familietilbud må ha en varighet som gir muligheter til å justere forståelse, tid til å opparbeide gode løsningsstrategier og tilrettelegging for at pasienten deltar når det er mulig.

Utkast fri ekstern høring

Flere studier har vist at kunnskapsformidlende familiearbeid reduserer antall tilbakefall, bedrer sosial fungering, reduserer varighet og antall sykehusinnleggelser og gir en bedret etterlevelse av legemiddelbehandling, bedret livskvalitet for familiemedlemmer og andre nære omsorgspersoner (255).

13.4.1.1 Forskningsbakgrunn

Et evidensbasert familiearbeid ved psykoser er utviklet på bakgrunn av kunnskap om betydningen miljømessige faktorer har for å trigge en persons sårbarhet for å utvikle en psykose.
En kartlegging av miljøbetingelser eller familieatmosfære, identifiserer familiemedlemmers kritiske bemerkninger, følelsesmessige overinvolvering, fiendtlig innstilling eller varme og positive bemerkninger overfor personen. Disse verdiene er samlet til en Index av Expressed Emotions (EE) (256).

Hvis ett eller flere av familiemedlemmene beskriver sin relasjon til pasienten med et visst antall kritiske bemerkninger eller fiendtlighet, eller en høy grad av emosjonell overinvolvering, blir familieatmosfæren preget av en høy grad av EE. Et høyt nivå av EE i en familie innebærer at pasienten vil ha forhøyet risiko for tilbakefall.
Varme og positive bemerkninger har ingen signifikans for tilbakefall, men har sammenheng med bedring.
EE- nivået i en familie kan være høyt eller lavt og er ingen diagnose, men beskriver familiemedlemmers grad av engasjement i sitt symptompregete familiemedlem med redusert fungering.
Studier har vist at halvparten av familiene til pasienter med førstegangspsykose skårer høyt på EE, men at den prognostiske verdien ikke er den samme som for pasienter med lang psykosevarighet (257).

Nyere studier av miljømessige betingelser for utvikling av psykoser har vist at det ikke er symptomenes alvorlighetsgrad som bidrar mest til familiemedlemmenes vanskelige situasjon eller opplevde byrde.

Det er familiemedlemmenes subjektive opplevelse av stress og belastning, deres holdninger til, og hva de tenker om, pasientens evne til kontroll over symptomene og hvordan de attribuerer dette til egen livssituasjon, som viser seg å ha størst betydning for familieatmosfære og den videre utvikling av psykosen (258).

Det kunnskapsbaserte familiearbeidet bidrar til å redusere et høyt nivå av EE gjennom å møte familiemedlemmer i den situasjonen de er i, lytte til erfaringene deres og den kunnskapen de har om sitt familiemedlem, tilby hjelp til å komme fram til en felles forståelse om hva deres familiemedlem strever med og hjelpe til med ta i bruk den nye forståelsen i løsning av dagligdagse problemer og utfordringer over tid. Slik bidrar dette familiesamarbeidet til å senke eller moderere familiens engasjement i familiemedlemmets reduserterte fungering og hans/hennes muligheter til å tåle stimulering og krav.

13.4.2 Familiesamarbeid i tidlig fase

Kommunikasjon med, og informasjon til, pårørende, må skje i tråd med gjeldende

Utkast til ekstern høring

regelverk, se blant annet kapittel 5.4 og Helsedirektoratets veileder ”Pårørende. En ressurs” (25), for en gjennomgang av dette regelverket.

Personer som utvikler en psykose i ung alder, vil ha en nær tilknytning til familie og omsorgspersoner. Studier viser at mellom 50 og 80 % av førstegangspsykotiske personer enten bor sammen med, eller har hyppig kontakt med, familien, og de er ofte også økonomisk avhengige av sin familie (259).
Studier som dreier seg om familiens behov for hjelp og deres opplevde belastninger i en risikofase for psykoseutvikling, den såkalte Ultra High Risk(UHR)-fasen, er foreløpig sparsomme, men familiemedlemmer vil, også i den fasen, være preget av belastninger som en følge av endring i omsorgsrollen og familierelasjonene (259).
Personer i en tidlig fase av en psykoseutvikling vil ofte preges av sosial tilbaketrekning og tap av fungering.
Familiemedlemmer gir uttrykk for større grad av bekymring tidlig i et psykoseforløp enn i en senere fase, og mange vil oppleve en krise som følge av å ha vært vitne til symptomutviklingen og personens fungeringsfall. Følelser som redsel, tristhet, håpløshet, skyld, sinne, sorg, tap og traumelignende erfaringer forekommer ofte, og mange familiemedlemmer vil kjenne seg overveldet og maktesløse (260).

For å forebygge at uheldige samhandlingsmønstre fester seg, og gi tilbud slik at familiemedlemmer opplever seg støttet i å forholde seg til den aktuelle situasjonen, bør familien inviteres til samtaler sammen med sitt familiemedlem så tidlig som mulig, slik at deres reaksjoner og opplevelser blir lyttet til, normalisert, og at de får hjelp til å forstå vite og omsette hva de kan bidra med av hjelp og støtte (261).

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**

Familiemedlemmer bør aktivt inviteres til en samarbeidspreget prosess. Det anbefales at tilbudene kvalitetssikres etter følgende temaer:

- Alle familiemedlemmer som bor sammen med, eller er i nær kontakt med, personen som har utviklet en psykose, bør inviteres til et strukturert samarbeid snarest mulig etter behandlingsstart
- Skilte foreldre inviteres for å samarbeide i å hjelpe felles barn
- Familien tilbys en fast kontaktperson
- Familietilbudet må være preget av en spesifikk følelsesmessig og praktisk støtte, undervisning og hjelp til problemløsning og mestring av kriser
- Samarbeidet skal inkludere pasienten når det er mulig
- Familier som har en annen kulturbakgrunn enn norsk, må få hjelp til å trekke egne erfaringer inn i egen kultur, med hjelp av tolk der dette er nødvendig
- Tilby samtaler til familiemedlemmer uten at pasienten er til stede
- Gi søsken og barn til pasienten atskilte tilbud

Gjennomføres over tid, mellom 3-12 måneder, og bør innholde minst 10 sesjoner.

Utrast - ikke til høring

13.4.3 Innhold i familiesamarbeid i tidlig fase

- Samtaler uten at hovedpersonen er til stede, der familiemedlemmer får hjelp og støtte i forhold til sorgreaksjoner, opplevelser av tap og endring i forventninger
- Formidleomfattende forståelse for utvikling og behandling av psykose og komme fram til en felles forståelse av hva de står overfor
- Hjelpe familiemedlemmer med å forholde seg til forandringer i familiens situasjon
- Yte rask hjelp til hvert enkelt familiemedlem
- I samarbeid med familiemedlemmer, vurdere deres situasjon og behov for hjelp.
- Ha en klar støttende, kompetanseformidlende funksjon og inkludere krisehåndtering og hjelp til å løse dagligdagse utfordringer
- Oppmuntre til realistiske forventninger og gi hjelp til familien for å kunne opprettholde håp om bedring
- Gi informasjon om forskjellige tilbud, enkeltfamilietilbud eller flerfamilietilbud.
- Evaluere effekt av familietilbudet i samarbeid med familie og hovedpersonen

13.4.4 Familieintervensjon i rehabiliteringsfasen

Alle familier til personer med en vedvarende psykoselidelse, som bor sammen med eller er i nær kontakt med pasienten, bør få et tilbud om et familiesamarbeid. Det vil være spesielt gunstig for personer med en langvarig psykoselidelse som

- nylig har hatt et tilbakefall
- har vedvarende symptomer
- har familie som rapporterer om vedvarende dagligdagse problemer i relasjonen til hovedpersonen

1a	**Senere i et psykoseforløp bør nære familiemedlemmer inviteres når pasienten ikke viser tegn til bedring og/eller familien rapporterer om vedvarende belastninger.**	**A**

13.4.4.1 Innhold

- Tilby familien en fast kontaktperson
- Tilrettelegge for undervisning om psykoser, årsaksforståelse og behandlingstilbud
- Tilrettelegge for at familien får formidlet sin forståelse av situasjonen og får tilbud om følelsesmessig støtte
- Gi råd og veiledning som vil bidra til å redusere dagligdagse belastninger og opplevd byrde
- Gi hjelp til å forsterke familiemedlemmers ferdigheter til å mestre psykotiske symptomerStøtte familien i å tilpasse forventninger til pasientens situasjon/fungeringsnivå og påskynde realistiske forventninger
- Støtte familiemedlemmer i å ta i bruk enkel kommunikasjon, gjenkjenne tidlige tegn på tilbakefall og komme til enighet om en felles løsningsplan
- Trekke familiemedlemmer inn i vurderingen av behandlingsplan og individuell plan (IP) (hvis pasienten har IP og ønsker der)
- Varighet på minst ni måneder

Utkast til fokstern høring

13.4.5 Opplæring og implementering

Hver behandlingsenhet bør til en hver tid ha tilstrekkelig med fagpersoner som har gjennomgått utdanning i familiearbeid ved psykoser, og som har spesifikk kompetanse og erfaring innenfor psykoseutvikling og behandlingsmetoder. I hver enkelt behandlingsenhet må ledelsen av enhetene tilrettelegge for tilstrekkelige ressurser til opplæring, igangsetting og supervisjon av familiearbeidet. Hver behandlingsenhet bør oppnevne en lokalt ansvarlig for utvikling og vedlikehold av familietilbudet.

13.4.6 Barn av foreldre med en psykoselidelse

Barn av foreldre med en psykoselidelse vil ha en økt sårbarhet for selv å utvikle en psykisk lidelse (262). I tilfeller der den arvelige disposisjonen er størst, har psykologiske og miljømessige faktorer avgjørende betydning for om den enkelte personen utvikler schizofreni eller ikke (263).
Barn av psykisk syke foreldre som ikke får hjelp, har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser, med påfølgende utvikling av redusert tilhørighet til forelderen (264-266).

1	**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**

Barn av foreldre som har en psykose, må få anledning til å snakke om sin situasjon og om sine egne erfaringer med foreldrenes problemer.
Undersøkelser viser at foreldrene ved innleggelse ønsker at behandlere skal hjelpe dem med å opprettholde foreldrerollen, Dette innebærer å snakke med barna deres, slik at barna får hjelp til å snakke om sin situasjon og sine opplevelser (267).

En aktiv tverrfaglig intervensjon som inkluderer støtte til foreldrenes omsorgsevne og gir barna mulighet til å snakke om sin situasjon, vil være sentrale elementer i et optimalt hjelpetilbud (268).

Tilbud til barn av foreldre med en psykose må være rettet mot at de får hjelp til å ivareta sin relasjon til sine foreldre på best mulig måte.

Samtalene må startes opp ved innleggelse eller ved oppstart av en poliklinisk behandling. Etter avsluttet behandling må tilbudet følges opp i kommunehelsetjenesten ut ifra barnets og foreldrenes behov. Et godt tilrettelagt familiearbeid vil også synliggjøre barna i familien og bidra til at opplevelser og følelser blir gyldiggjort og anerkjent.
På denne måten vil skyld og skamfølelser rundt psykiske lidelser kunne reduseres, noe som vil virke forebyggende på utvikling av psykiske lidelser hos barna.

Ca. 1000 barn vil årlig oppleve at foreldre blir innlagt i en psykiatrisk avdeling, og 15 000 barn under 18 år vil ha en eller to foreldre som mottar behandling innenfor

Utkast til ekstern høring

psykisk helsevern i Norge (269;270). Undersøkelser tyder på at 60 % av kvinner med en schizofrenilidelse som får behandling utenfor sykehus er mødre.
10 % av foreldre med en psykoselidelse er primære omsorgspersoner for barna sine (271).

Omfattende forskning viser at utvikling av en psykisk lidelse påvirker et helt familiesystem (259). Det er også dokumentert hvordan nettverket rundt personer med en psykoseutvikling rammes og innskrenkes (272).
Et godt utviklet nettverk vil være avgjørende for barns utvikling når foreldre ikke kan ivareta dette på grunn av sykdom. Andre viktige omsorgspersoner må identifiseres og få støtte og hjelp til å ivareta barnet slik at det kan få utvikle seg og leve et så normalt liv som mulig.

Behovene til barna til psykisk syke personer må ivaretas gjennom rutiner som er integrert i rutinene ved alle behandlingsenheter:

- Avdelingen har egne barneansvarlige fagpersoner
- Ved innleggelse / igangsetting av behandling gjøres avtale med pasient og eventuelt ektefelle om samarbeid om barnets situasjon

- Samtalene skal kartlegge
    - Pasientens familierutiner med fokus på barnas situasjon
    - Pasientens bekymring for ivaretakelse av barna

Barn tilbys egne samtaler innen tre dager etter innleggelse eller så snart som mulig etter oppstart av behandling. Følgende tema inkluderes:

- Informasjon om foreldrenes problemer tilpasset barnas alder
- Normalisering av reaksjoner
- Hjelp til ikke å ta på seg ansvar for utvikling av foreldrenes sykdom og deres situasjon
- Gjøre barnet trygg på at det er voksne hjelpere som skal ha ansvar for å følge opp forelderen

Samtalene følges opp under innleggelsen/behandlingsforløpet

- Ved utskrivning eller avslutning av aktiv behandling tilrettelegges det for ivaretakelse av barnet

Sentrale tema om hva barn vil vite kan være:

- Navnet på sykdommen
- Hvordan får en denne sykdommen?
- Kan den smitte?
- Er den arvelig?
- Kan en dø av den?
- Dersom mor eller far ikke blir frisk, hvem skal ta hånd om meg?
- Er det min skyld at mor eller far har blitt syk?
- Kommer mor eller fra til å bli frisk? (273)

Samtalene med barna gjennomføres i barnets tempo i egnede lokaler.
Dersom disse tilbudene skal være virksomme, må det være spesialkunnskap på enhetsnivå om barns generelle utvikling og spesielle behov ved alvorlig psykisk

Utkast til ekstern høring

sykdom i hjemmet. Enhetene må ha øremerkede personalressurser som er kvalifisert gjennom tilrettelagte kurs om dette spesialområdet.
Innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) vil det være behov for kompetanseoppbygging når det gjelder foreldre som selv har alvorlige psykiske problemer, og som har barn som mottar behandling i BUP.
Rutiner for et nært samarbeid mellom psykisk helsevern for voksne og BUP må også utvikles og settes i system.

Det er utviklet gode norske opplæringsprogrammer som organisasjonen Voksne for Barn tilbyr: "Når mamma eller pappa er psykisk syk" (274).
Andre kurs er: "Den håpefulle samtalen" (275), og "Children of parents experiencing major mental illness" (276).

13.4.7 Søsken til personer som har utviklet psykose

Søsken til personer som har utviklet en psykose, vil også ha behov for å snakke med fagpersoner om hvordan deres liv har blitt berørt av en psykoseutvikling hos en bror eller søster.
Mange søsken vil streve med skyldfølelse, skam og redsel for selv å utvikle en psykose. En del søsken vil også ha erfaringer med å komme i annen rekke og ikke få den omsorgen de hadde behov for fra foreldrene. Mange søsken vil kunne nyttiggjøre seg hjelp til å ivareta og regulere søskenrelasjonen, og dermed kunne bli en viktig støtteperson for sin bror eller søster i framtiden (277).
Når den som blir syk, er ungdom og ennå ikke løsrevet fra sine foreldre, utfordrer dette familien på en annen måte enn når voksne personer etablert utenfor barndomshjemmet debuterer med psykisk lidelse. Hele familien, inkludert søsken, vil leve tettere på personen enn når han/hun har etablert sitt eget. Dette vil ofte medføre en forandring av daglige rutiner og en påkjenning for familierelasjonene.
Søsken vil ofte bli begrenset i sine muligheter til å leve et normalt liv med venner.
Foreldrenes belastning vil øke i forbindelse med at den naturlige selvstendiggjøringsprosessen blir forlenget og får en annen karakter.

13.4.8 Andre familietilnærminger

Andre typer familietilbud ved psykoser er systemisk familieterapi, case management og nettverkstilbud.
Systemisk familietilbud (SFT) ved psykoser er utførlig beskrevet, men er sparsomt dokumentert (278). Kun en behandlingsstudie kan dokumentere reduksjon i tilbakefall, bedret medisin complience og bedret psykososial fungering av SFT i kombinasjon med psykoedukasjon og medisinsk behandling (279). Case management er et bredt sammensatt psykososialt tilbud til pasienter med psykose, som bidrar til færre innleggelser, økt sosialt nettverk og reduserte opplevde belastninger hos familiemedlemmer (280).
I et nettverkstilbud som J. Seikkula har beskrevet for personer i en rehabiliteringsfase, er fokus er rettet mot utredning, behandling og organisering av behandlingstilbudet. Betydningen av den sosiale støtten som utvikles i dette nettverket, har vist seg å være nært knyttet til bedret psykisk helse for pasientenes familiemedlemmer (281).

Utkast til høring

13.5 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i kognitive forstyrrelser som et kjernetrekk ved psykoselidelser/schizofreni. Ved å engasjere pasienten i å undersøke og sette spørsmålstegn ved egne tolkninger av sanseinntrykk og egne tankerekker og slutninger, kan hallusinasjoner og vrangforestillinger reduseres. Dette kan skje også hos pasienter med langvarige forløp, der antipsykotiske legemidler har hatt begrenset effekt.

13.5.1 Kognitiv atferdsterapi ved psykoser

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 ved psykoselidelsen.**	**A**

Flere studier tyder på at psykotiske symptomer, som auditive hallusinasjoner (hørselshallusinasjoner) og vrangforestillinger, ikke er så uvanlig i normalbefolkningen som tidligere antatt (282;283).

Det primære målet i kognitiv atferdsterapi (KAT) ved psykoser er derfor ikke å "fjerne" vrangforestilingene og hørselshallusinasjonene som symptomer, men å hjelpe individet til å normalisere og gi mening til psykotiske opplevelser, og dermed redusere ubehaget knyttet til disse opplevelsene og den negative påvirkningen dette har for det enkelte individ (125).

Kognitive modeller ved psykoser har store likhetstrekk med kognitive modeller ved angst og depresjon. Fra et kognitivt perspektiv er det derfor rimelig å anta at personens antagelser omseg selv og verden har en sentral rolle i forståelsen av hvordan psykotiske symptomer, som vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner, dannes og opprettholdes. De siste årene har kognitiv atferdsterapi i økende grad blitt anvendt på personer med psykotiske symptomer, og det skrives stadig mer omtemaet (for en oppdatering jf. Hagen et al, 2010 (284)).

Kognitiv terapi ved psykoser består av flere faser. I den første fasen er det viktig å engasjere pasienten i behandlingen. Deretter prøver en å sosialisere pasienten til den kognitive modellen, samtidig som en normaliserer de psykotiske symptomene som pasientene har.
Etter denne innledningsfasen forsøker en å lage en kognitiv kasusformulering, en hypotese, som tar utgangspunkt i pasientens opplevelser av hva som forårsasket symptomene, og hva som opprettholder dem. I samarbeid med terapeuten vil pasienten sette opp en problemliste og målsettinger for behandlingen. Disse målsettingene utgjør et fundament for de videre intervensjonene i terapien. I selve avslutningsfasen blir behandlingen evaluert, og pasient og terapeut vurderer i fellesskap om målene en satte innledningsvis, er nådd.

Utkast til ekstern høring

13.5.1.1 Kognitiv atferdsterapi for barn og unge

Det er begrenset med forskning om kognitiv atferdsterapi for unge med psykose. Det er likevel enkelte erfaringer med kognitiv atferdsterapi generelt for barn og unge som kan være nyttig.
En må ta hensyn til utviklingsnivået, evnenivået og konteksten rundt den unge (285). Dette innebærer en forståelse for normalutvikling, og for at enkelt typer ”feiltenkning” og irrasjonell tenkning er mer alminnelige hos barn og unge (286). Det innebærer også at familien trekkes inn i oppfølgingen (285).

Innholdet i terapien kan med fordel knyttes til den unges hverdagslige erfaring, og kognitive prinsipper kan gjerne formidles gjennom konkretisering og utviklingstilpasset språk (286).

13.5.1.2 Kognitiv atferdsterapi ved vrangforestillinger

Sammen med pasienten prøver behandleren å utforske innholdet i vrangforestillingene og identifisere de bevisene som ligger til grunn for pasientens forestillinger.
I et terapeutisk fellesskap forsøker en sammen å finne andre, alternative forklaringer, som kan forklare pasientens forestillinger på en like god eller bedre måte, og som gir et mindre subjektivt opplevd ubehag.
Behandleren skal hele tiden søke å benytte sokratiske spørsmål, og via et aktivt samarbeid med pasienten hjelpes individet med å gjennomgå de bevisene som henholdsvis støtter og går imot de psykotiske forestillingene.

I en sokratisk utspørring spør en typisk: ”Hvis så (pasientens vrangforestilling), hva ville følgene være av det?”
En person som for eksempel tror at han har fått operert inn en radiosender i hodet, kan da bli spurt: ”Hvis dette var tilfellet, hvor er operasjonsarret? Vil ikke en slik radiosender dukke opp på CT-scan?”
På denne måten utfordrer en forsiktig individets psykotiske eksisterende antagelser, og stimulerer, gjennom refleksjon, til å finne nye alternativer og mer funksjonelle antagelser.

I tillegg til å drive en verbal restrukturering, er også en viktig del av den kognitive behandlingen av vrangforestillinger å tydeliggjøre prediksjoner av pasientens antagelser. I et samarbeid med pasienten prøver en å motivere og veilede pasienten til å utføre atferdseksperimenter som tester ut prediksjoner av forestillinger pasienten har. Dette er en form for uttesting (atferdseksperimenter) av pasientens antagelser i konkrete situasjoner for å se om de holder mål.
Hensikten er å hjelpe pasienten med å finne ”bevis” som stimulerer til kognitiv endring. Hvis dette blir gjort på en tilfredsstillende måte, kan bevisene framstå som utvetydige og virke som et meget kraftig argument mot pasientens vrangforestillinger.
En kan dra nytte av slike atferdseksperimenter på ulike områder, enten ved å realitetsteste bevisene som støtter en vrangforestilling, eller ved at en direkte tester selve vrangforestillingen. Resultatet av testen må være klart, presist og tydelig.
Utfallet bør være konkret og målbart og foregå innenfor en avgrenset tidsperiode, som avtales mellom pasient og terapeut.
Fortolkningen av resultatene bør være utvetydig. Det er viktig at en, på forhånd,

Utrast til eksistern høring

sammen sjekker ut hvordan pasienten vil fortolke eventuelle resultater av atferdseksperimentet, slik at en, på forhånd, kan styrke de mer logiske og funksjonelle fortolkninger.

Det er viktig å være forsiktig med å bruke atferdseksperimenter, siden disse kan skape angst og utrygghet. Pasienten bør være motivert og nysgjerrig og føle seg klar før en gjennomfører kritiske atferdseksperimenter i den kognitive terapien.

13.5.1.3 Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner

Det å høre stemmer er for de aller fleste vonde, ubehagelige og belastende opplevelser som har en negativ innvirkning på livet.
Opplevelsen av hørselshallusinasjoner er tett knyttet til hvordan en fortolker stemmene og settet av antagelser som er knyttet til dem.

Hovedsakelig dreier den kognitive terapien seg om å øke stemmehørerens opplevelse av makt og kontroll over sine stemmer.

I kjølvannet av de siste ti års utvikling og forskning på anvendelsen av kognitiv terapi ved psykoser har en fått økt forståelse for og kunnskap om kognitiv behandling av hørselshallusinasjoner. Den kognitive terapien ved stemmehøring har mange fellestrekk med hvordan en arbeider med vrangforestillinger.
I et terapeutisk felleskap prøver en å utforske og modifisere de tankene og forestillingene stemmehøreren har om sine stemmers identitet, blant annet ved å se på bakgrunnen for dem og ved å undersøke beviser for det stemmen(e) forteller.

Den kognitive terapien har som mål, gjennom gradvis eksponering, å venne pasienten til å fokusere på stemmene istedenfor å unngå dem, slik at de antagelsene han/hun har om stemmenes identitet og makt kan refortolkes.
Et eksempel på dette kan være en pasient som opplever at stemmen truer med å ta livet av noen pasienten er glad i hvis ikke pasienten adlyder de befalingene stemmen gir. Sammen vil pasienten og terapeuten prøve å utforske hvorvidt denne stemmen kan ha makt til å drepe noen.
Noen sokratiske spørsmål kunne da være: ”Hvordan kan en stemme drepe?” ”Har stemmen truet med dette tidligere, og hva skjedde når du ikke adlød?” En kan også ”teste ut stemmene” ved å lage atferdseksperimenter som utforsker pasientens tanker og antagelser om det stemmene forteller.
De ulike strategiene som personen benytter for å mestre sine stemmer, er et annet element, noe som gis stor plass i det terapeutiske arbeidet.
Mange pasienter som hører stemmer, tar i bruk mestringsstrategier som opprettholder personens negative persepsjon av at stemmene ikke kan kontrolleres eller reduseres ved hjelp av egen kontroll. Det vil da være viktig i det terapeutiske forløpet at en sammen med personen prøver å vurdere hvilke typer mestringsstrategier pasienten tar i bruk, og hvor godt disse strategiene virker for personen.
Målet med disse typer intervensjoner er å redusere de mestringsstrategiene som virker negativt og opprettholdende for stemmehøringen, samt ta i bruk andre strategier som fungerer for den enkelte person i ulike situasjoner, og som gir en økt følelse av mer makt og kontroll over stemmene.

Utkast til ekstern høring

Evidens
Flere metaanalyser har konkludert med at kognitiv terapi er en effektiv behandlingsmetode ved psykosesymptomer (15). Empirien tyder på at KAT ved psykoser har en god effekt for å redusere ubehag knyttet til auditive hallusinasjoner, negative symptomer og tilleggssymptomer, som depresjon og sosial angst, sammenlignet med standard behandling.
Det er også en del evidens som tyder på en viss bedring i den sosiale fungeringen opp til 12 måneder etter behandling hos pasienter som mottar et KAT ved psykoser. Når det gjelder effekten av KAT for å redusere vrangforestillinger hos pasienten, er forskningen mer inkonsistent, da ulike studier rapporterer om ulike resultater når det gjelder effekt (15).

Nyere tilnærminger i kognitiv terapi (f. eks. metakognitiv terapi) som i større grad legger vekt på tankeprosesser og ikke kun på tankens innhold, har også vist spennende resultater når det gjelder effekt av behandling.
Kognitive behandlingsmodeller er derfor meget nyttige sett fra et terapeutisk perspektiv. De gir ikke bare en forståelse av prosessene i opprettholdelsen av en psykose, men også hvordan det kan interveneres for å stoppe vedvarende prosesser.
Helsepersonell som vil tilby pasienter kognitiv atferdsterapi, må ha tilstrekkelig kompetanse på de ulike KAT-teknikkene og strategier for å sikre kvaliteten på KAT som gis pasienten.
I Norge er det Norsk Forening for Kognitiv Terapi (www.kognitiv.no) som tilbyr en utdanning i kognitiv terapi ved psykoser for helsepersonell som ønsker en formell opplæring. Det anbefales også at KAT-terapeuter mottar regulær veiledning av kompetente veiledere etter endt utdanning for å sikre et adekvat kvalitetsnivå av terapeutiske intervensjoner.

13.6 Psykodynamisk psykoterapi (inkludert psykoanalyse)

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**

Begrepet ”dynamisk” understreker den aktive samhandlingen mellom individet og det fysiske og psykologiske miljøet. Med opprinnelse i grunnleggende psykoanalytiske og antropologiske begreper er det en hjelp til å forstå den innvirkningen det fysiske og psykologiske miljøet har på hvert enkelt individ når det gjelder å forme hans/hennes mestringsstrategier i kombinasjon med de biologiske forutsetningene og miljøet.

Begrepet ”psykodynamisk” antyder viktigheten av beskyttende så vel som patogenetiske (sykdomsframkallende) psykososiale faktorer i individets reaksjoner på stressende hendelser. Psykodynamisk psykoterapi gjør forholdet mellom individet og miljøet til hovedsak i behandlingsprosessen. Den ”psykodynamiske” forståelsen omfatter derfor både kunnskap om personlig sårbarhet og beskyttende faktorer for den

Utkast til ekstern høring

enkelte. Gjennom dette gir psykodynamisk psykoterapi grunnlag for å jobbe med sårbare områder som utfordres, både i den enkeltes følelsesliv og i relasjonen til andre mennesker.
Psykodynamisk psykoterapi fokuserer på evnen til å regulere følelser, forstå sårbare relasjonelle erfaringer og å gi innsikt i utfordrende relasjonelle mønstre, og har vist klar effekt i behandlingen av en rekke psykiske lidelser.

Psykoselidelser ble i utgangspunktet betraktet som uegnet for psykoanalytisk orientert behandling (287;288). På 40-, 50-og 60-tallet ble psykodynamiske behandlingstilnærminger prøvd ut, særlig i USA (57;289), og anvendes i modifisert form også i stor utstrekning i vår tid (52).

I takt med forståelsen av psykosenes multifaktorielle natur har perspektivet flyttet seg fra en behandling rettet mot en omfattende personlighetsendring til en behandling rettet mot bedret mestring av stressfaktorer.
Pasienter med psykotiske lidelser har vansker med å håndtere omgivelser preget av manglende struktur og med høyt følelsestrykk. Dette har betydning for organiseringen av og rammen for psykoterapeutisk behandling. Psykodynamisk psykoterapi av psykoser innebærer en klar modellforankring, hvor terapeuten framstår som en tydelig, aktivt deltagende figur, støttende og åpen. Den opprinnelige ideen om at det er tolkningene av ubevisst fantasiliv som fører til endringer, har blitt forlatt til fordel for arbeidet med den enkeltes sårbare områder.
Ordinær psykoanalytisk behandling vil vanligvis ikke anbefales til personer med psykoselidelser, fordi den ustrukturerte formen og mobiliseringen av sterke følelser kan være belastende.

Ved psykodynamisk psykoterapi ved psykose må en skille klart mellom psykodynamisk informerte samtaler og avtalt psykoterapi, og være seg bevisst om pasienten er manifest psykotisk eller ikke.
Psykodynamisk forståelse er viktig og nødvendig for å etablere et godt fungerende samarbeidsforhold både med pasient og pårørende. Terapeuten må, basert på psykodynamisk teori, kunne håndtere negative reaksjoner, overføringsreaksjoner og sine egne følelser, og ikke handle dem ut på pasienten. Psykodynamisk informerte samtaler er viktig når en skal følge en pasient med psykose i det totale behandlingsopplegget (legemiddelbehandling, institusjonsbehandling, skole, arbeidstrening, tilbake til jobb osv.), uansett hvordan dette opplegget er. Målet er å hjelpe pasienten til å samarbeide om en helhetlig behandling og få mest mulig utbytte av det.

Psykodynamisk informerte samtaler legger vekt på relasjonsbygging og mestringsmåter og prøver å hjelpe pasienten til å mestre sine stressorer bedre, forholde seg til vrangforestillinger og kognitive symptomer på en mindre ødeleggende måte, innse at f.eks. vrangforestillingene har en historie preget av tildels desperate fortolkningsforsøk av uforståelige sensasjoner og persepsjoner, også i blant en mening, og at realiteten i dem kan undersøkes empirisk og kan møtes med andre tanker.

Med psykodynamisk psykoterapi menes avtalt psykoterapi der det er klart at samtalene skal brukes til å prøve å hjelpe pasienten til å bli bedre, og det er klart for

Utkast til ekstern høring

begge parter hva som er pasientens og hva som er terapeutens oppgave i samtalene. Hvis den manifest psykotiske fasen er over, er målsetningen å hindre sekundære komplikasjoner i forholdet til skole, jobb, familie osv., samt å redusere sårbarheten for nye stressorer og bearbeide det traumet det har vært å være psykotisk. Hvis pasienten er manifest psykotisk til tross for legemiddelbehandling, er målsetningen å bygge opp en samarbeidsrelasjon og hjelpe pasienten til å skille bedre mellom fantasi og virkelighet (290).

Psykodynamisk psykoterapi ved psykose innebærer en klar modellforankring, hvor terapeuten framstår som en tydelig, aktivt deltagende figur, støttende og åpen. Tolkninger har liten plass, og overføringstolkninger anvendes bare når pasienten er i ikke-psykotiske faser.
Psykodynamisk forståelse forutsetter kontinuitet mellom normalitet og utvikling av psykotisk forstyrrelse. I motsetning til kognitive modeller har psykodynamisk terapi tradisjonelt ikke hatt et avgrenset tidsperspektiv i behandlingsforløpet, men mer handlet om pasientens selvstendiggjøring, symptom- og fungeringsnivå.

I denne prosessen anvendes et fasespesifikt tilnærmingsperspektiv, hvor det anses at det er tre nivåer av patologi: psykose, grensepsykose og nevrose.
Pasienten vil i løpet av bedringsprosessen gå fra en tilstand preget av psykose til en mer normalisert nevrosetilstand. Tolkninger og overføringstolkninger hører hjemme i den siste fasen.
Hvis pasienten er psykotisk, eller nylig har vært psykotisk, er det kontraindisert med tradisjonell psykoanalyse 3-4 timer i uka.
Derimot er psykodynamisk støtteterapi (ikke angstprovoserende psykoterapi i en kort periode), hvor pasienten sitter og oftest har en time i uka (i blant kortere timer og hyppigere når pasienten er dårlig) indisert. Hensikten er å styrke og bygge opp jeg-funksjoner og øke mestring og etterlevelse av resten av behandlingsprogrammet. Overføringstolkninger brukes bare med stor forsiktighet, og når det er nødvendig, for å bygge opp relasjonen. Legemiddelbehandling og andre tiltak brukes i kombinasjon der det er indisert.

Psykodynamisk støtteterapi er en behandlingsform som er egnet til bruk i arbeidet med følelsesregulering og med sårbare områder i egen person som kan utfordres i relasjonen med andre mennesker.

Det kan i praksis være vanskelig å skille mellom dagens strukturerte kognitive tilnærminger og moderne psykodynamisk psykoterapi ved psykoser. Psykodynamisk terapi har et åpnere tidsperspektiv i behandlingsforløpet, der hovedsaken er pasientens selvstendiggjøring, symptom- og fungeringsnivå. Hos pasienter i stabil remisjon kan psykoterapeutisk arbeid være en viktig del i arbeidet for integrering og en bedret selvforståelse som en del av en tilfriskningsprosess.

Det er få kontrollerte randomiserte studier angående psykoanalytisk eller psykodynamisk psykoterapi ved psykoser, mest fordi disse terapiformene i sin relasjonelle, multidimensjonelle karakter framstår lite egnet for denne undersøkelsesformen (291).

Utkast til ekstern høring

13.7 Miljøterapi

Miljøterapi og utformingen av den spiller en viktig rolle i behandlingen i spesialisthelsetjenesten og i det behandlingsmiljøet pasientene tilbys i kommunene. Vi vet at enkelte miljøkarakteristika har en gunstig effekt, mens andre kan virke uheldig (292-294).

Ellsworth (295) beskriver fem grunnleggende terapeutiske aktiviteter, som vanligvis eksisterer i et miljø, uavhengig av miljøets størrelse, varighet av oppholdet, bemanning og behandlingsideologi.

Disse fem dimensjonene er definert som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (296). Dette er særlig viktig i lys av de siste årenes utvikling, hvor det er de kommunale tjenestene som i hovedsak får ansvar for den langvarige miljøterapien. Det stiller også nye krav til strategier for kompetanseoppbygging og vil på sikt medvirke til at grensen mellom første- og andrelinjetjenestene blir mer utvisket. I Norge har en nå ti års erfaring med toårige lokale utdanningsprogrammer, der fagfolk både fra psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisert psykisk helsevern får utdanning og veiledning sammen i behandling av pasienter med schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser.

2b	**Miljøet i døgnenheter for personer med psykoselidelser bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet.**	**A**
2b	**Miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter, bør etterstrebes.**	**A**
1b	**Miljøet i døgnenheter bør monitoreres ved jevnlige målinger ved Ward Atmosphere Scale (WAS), med tanke på om miljøet er tilpasset psykosepasienter**	**A**

13.7.1 Sykehusmiljøets betydning for pasienter med en psykose

Sykehusbehandlingen av pasienter med psykiske lidelser har gjennomgått store forandringer de siste 30–40 årene. Den største forandringen har vært deinstitusjonaliseringen, hvor en i stor grad har valgt å bygge opp tjenester rundt de psykiatriske poliklinikkene samtidig som en har redusert antall sengeplasser ved sykehusene (297;298). Likevel er det fortsatt slik at majoriteten av pasientene med en psykose i forløpet av sykdommen har behov for en sykehusinnleggelse.
Mange av de behandlingsprinsippene som er beskrevet i denne retningslinjen, gjelder selvfølgelig også for pasienter som har blitt innlagt. Dette gjelder blant annet legemiddelbehandling, samtaleterapi, familiesamarbeid og andre evidensbaserte psykososiale tiltak.
Det er en del overordnete aspekter ved sykehusmiljøet som har vist seg viktige både for pasienttilfredshet og utbytte av behandlingen.

13.7.1.1 Hva synes pasientene er viktigst ved sykehusbehandlingen?

Både kvalitative og kvantitative undersøkelser har vist at pasientene opplever relasjonen mellom pasient og personell som det viktigste aspektet ved sykehusinnleggelsen. Dette er sammenfallende med annen psykoterapiforskning. De

Utkast til høring

relasjonelle aspektene pasientene legger vekt på, er at personalet skal være empatiske, interesserte og forståelsesfulle. Videre at personalet respekterer pasientene, bruker tid sammen med pasientene og skaper et trygt terapeutisk miljø (299-302).

13.7.1.2 Behandlingsmiljøets innvirkning på utbyttet av behandlingen

Noen få studier har siden 1990 undersøkt i hvilken grad miljøet på de psykiatriske behandlingsenhetene påvirker bedringen til pasientene mens de er innlagt, samt hvordan det går med pasientene etter at de er utskrevet fra sykehuset. Cohen & Kahn (303) delte tilfeldig pasienter som ble innlagt på to ulike psykiatriske behandlingsenheter. Den ene enheten var karakterisert av et strukturert og lite stimulerende miljø. Den andre enheten hadde de motsatte karaktertrekkene, nemlig lite struktur og mye stimuli.
Undersøkelsen viste at pasienter med en psykotisk lidelse som ble innlagt på posten med et strukturert og lite stimulerende miljø, hadde en større reduksjon i positive psykotiske symptomer allerede etter to dager enn pasientene som var fordelt til den andre posten.

I en norsk undersøkelse gjennomført ved Ullevål Universitetssykehus av Melle og kollegaer fant de, etter en omstrukturering av en akuttpsykiatrisk enhet, at pasientene kunne skrives ut raskere, samt at pasientene var noe bedre når de ble skrevet ut (304).
Det som karakteriserte enheten etter omstruktureringen, var at den var preget av mer støtte og mindre sinne og aggresjon enn før omstruktureringen. Når det gjelder pasientenes fungering etter utskrivelse, gjennomførte Eklund & Hansson (305) en undersøkelse som fant at et optimalt (lavt) nivå av opplevd sinne og aggresjon var relatert til bedring i den generelle helsetilstanden og fungeringen i dagliglivet. Noe av det samme viste en stor undersøkelse fra USA som inkluderte mer enn 80 psykiatriske enheter. Timko & Moos (306) fant at enheter preget av et høyt nivå av støtte, orden og struktur, hadde et bedre utbytte av behandlingen, med tanke på pasientfungering etter utskrivelse. Pasientene på disse enhetene fulgte også opp behandlingen bedre etter utskrivelse.

13.7.1.3 Behandlingsmiljøets innvirkning på pasienttilfredshet

Pasienttilfredshet er et viktig mål på kvaliteten på behandlingen (307;308).
En rekke studier har undersøkt hvordan ulike aspekter ved behandlingsmiljøet henger sammen med pasienttilfredshet. Svein Friis (292) undersøkte 11 psykiatriske enheter, hvor de fleste pasientene var innlagt med en psykotisk lidelse.

Undersøkelsen viste at pasienter med en psykotisk lidelse var mest fornøyd hvis de opplevde behandlingsmiljøet støttende og strukturert med et lavt nivå av sinne og aggresjon.

Disse funnene har også blitt bekreftet i studier i Danmark (309) og Sverige (310). I de senere år har studier i tillegg vist at i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og aktivitetene på posten (engasjement), og i hvilken grad pasientene opplever kontrolltiltak fra personalet, (personalkontroll), også er sterkt knyttet til pasienttilfredshet (293;294).

Utkast til ekstern høring

Behandlingsmiljøet i døgnenhetene innen psykisk helsevern er sannsynligvis viktig både for utbytte av og kvalitet på behandlingen.

- Personalet i enhetene bør etterstrebe å skape et miljø som involverer og engasjerer pasientene både i aktiviteter og behandlingen i enheten
- Personalet bør etterstrebe å skape et miljø som pasientene opplever som støttende
- Personalet bør etterstrebe å skape et miljø preget av struktur og orden
- Personalet bør etterstrebe å skape et miljø hvor det er lite aggressiv atferd

13.7.1.4 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi ble introdusert ved døgnenheter tidlig på 1980- tallet Målet var å anvende kognitive og atferdsterapeutiske behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter (293;311).
Kognitiv miljøterapi tar utgangspunkt i den kognitive modellen for psykiske lidelser, hvor en prøver å identifisere og utfordre pasientens tanker og antagelser som er relatert til pasientens psykiske problemer. I kognitiv miljøterapi er hovedingrediensene i behandlingen ulike kognitive teknikker, atferdseksperimenter, ferdighetstrening og psykoedukasjon (312;313).
Det finnes ingen randomiserte studier om effekten av kognitiv miljøterapi ved psykotiske symptomer. For en nærmere beskrivelse av implementering og erfaringer i Norge med bruk av kognitiv miljøterapi ved alvorlige psykiske lidelser henvises det til Simonsen (313) og Fredheim (312).

13.8 Kunstterapi

Kunstterapi omfatter musikkterapi, dramaterapi, danseterapi (314) og bildende kunst. De senere årene har kunstterapi i forskjellige former vært tatt i bruk i arbeidet med psykoselidelser. Disse terapiformene har blitt tydeligere definert, og det har også blitt fokusert skarpere på fasespesifikke tilnærminger og lidelsens symptomatologi (315;316).
Kunstterapier er særlig effektive for å redusere negative symptomer. Det er også indikasjoner på at virkningen er til stede 6 måneder etter at intervensjonen er avsluttet. Kunstterapi er like effektivt for pasienter som er innlagt i døgnenheter som for dem som får poliklinisk behandling (317;318).

Bruk av musikkterapi er undersøkt i norske studier, som tillegg til annen behandling, og den har vist å kunne bedre pasientens tilstand (319). Undersøkelsen omfatter definerte schizofrenitilstander.

1a	**Kunstterapi (unntatt danseterapi) fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i akuttfase, med henblikk på å moderere de negative symptomene. Behandlingen må utføres av offentlig godkjente kunstterapeuter.**	**A**

Utkast til ekstern høring

13.9 Kognitiv trening

1b	**Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming ved oppøving av ferdigheter rettet mot daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse.**	**B**

Tradisjonelle behandlingsmetoder ved psykoselidelser/schizofreni er ikke rettet mot kognitive vansker (97). Det forskes på å utvikle metoder for kognitiv trening, dvs. spesifikk opptrening av kognitive funksjoner. Dette må ikke forveksles med kognitiv terapi, som er en egen samtaleterapeutisk metode (se kapittel 13.5 om kognitiv terapi).
Ved kognitiv trening vil ofte skrivebords- eller databaserte programmer med fast varighet og hyppighet benyttes. Treningen involverer pedagogiske virkemidler som tilbakemeldinger, øvelse, repetisjon og læring av strategier. I mange programmer fokuserer en også på overføring av det en lærer i trening til hverdagssituasjoner.

Målsettingen for kognitiv trening er å forbedre kognitiv funksjon, og gjennom dette forbedre generelt fungeringsnivå.

Studier av effekten av kognitiv trening har gitt blandete resultater, og behandlingsretningslinjer fra Storbritannia (15) påpeker behovet for flere studier før en kan slå fast at kognitiv trening har effekt.

I Norge er det gjort en studie av ungdom hvor en fant noe positiv effekt på oppmerksomhetsfunksjon (320). Det finnes også nyere oversiktsartikler som argumenterer for en forsiktig optimisme med hensyn til effekten av kognitiv trening (321). Forskning viser at kognitiv trening kan ha en viss effekt på kognitiv funksjon. Fordelene ved kognitiv trening som poengteres, er økt livskvalitet, særlig i kombinasjon med andre behandlingsformer (322), det er en økonomisk lite krevende behandlingsform og kan gi noe generalisering utover den avgrensete kognitive funksjonen som trenes opp (321). Organisert arbeidsrehabilitering er prøvd ut, med positive resultater, for personer med schizofreni, og det kan se ut som arbeidsrehabilitering (særlig arbeid med bistand) i kombinasjon med kognitiv trening gir bedre resultater enn arbeidstrening eller kognitiv trening alene (322;323).

13.9.1 Andre tiltak ved kognitive vansker

Der gjøres kontinuerlige utprøvinger av legemiddelbehandling for å bedre kognitivt fungeringsnivå (97). Det kan synes som nyere antipsykotika (andre- og tredjegenerasjonslegemidler) har noe positiv effekt (324). Det tas forbehold om at slike studier oftest er legemiddelfinansiert og undersøker bruk av kun ett legemiddel (monoterapi) om gangen under mer kontrollerte forhold enn en ser i vanlig klinisk praksis. Det kan videre bemerkes at medisiner med antikolinerge bivirkninger kan ha negativ effekt på hukommelse og innlæring (325).

4	**Ved kognitive vansker kan det være nyttig med hjelpemidler og praktisk hjelp, samt tilrettelegging av arbeid og skole.**	**D**

Utkast til ekstern høring

Videre kan det være nyttig å tenke tilrettelegging for pasienter med psykose og nedsatt kognitiv fungering, ved å trekke inn hjelpemidler og praktisk hjelp ved behov, gjerne i kontakt med kommunale tjenester. Dette kan være alt fra enkle visuelle hjelpemidler, som dagtavler, til mer avanserte tekniske hjelpemidler, som lommedatamaskiner/PDA (personlig digital assistent)/nyere mobiltelefoner med spesialfunksjoner.
Generell ergoterapeutisk kompetanse og kunnskap om tilrettelegging og teknikker for å lette organisering av hverdagen, som er utviklet for andre grupper, vil kunne være til nytte også ved nedsatt kognitiv fungering ved psykose. Det finnes råd til pasienter og pårørende om praktisk tilrettelegging i heftet "Kognitiv svikt ved psykoser" fra Psykiatrisk Opplysningsfond (326).

Tilrettelegging av arbeid og skole kan være et viktig tiltak. Det er vesentlig både å kunne gi håp og oppmuntring til selvrealisering gjennom jobb og utdannelse og å hjelpe med tilpasning ved behov, for å unngå overbelastning og stress.
Enkelte ungdommer og unge voksne vil, i et utdanningsløp, kunne ha nytte av tilpasset opplæring. Dette kan innebære tilpasning av undervisningens innhold og nivå, omfang, målsetning og/eller organisering. Se mer under kapittel 16 Arbeid, skole og meningsfull aktivitet.

13.10 Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi

2a	**Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet og tilrettelegging av aktivitet og trening bør inngå som en del av en helhetlig behandling.**	**B**

Personer med alvorlige psykiske lidelser har en overhyppighet av overvekt, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes og har en betydelig lavere gjennomsnittlig levealder. Disse risikofaktorene kan forsterkes av lite fysisk aktivitet.
Det finnes få effektstudier om innvirkning av fysisk aktivitet på symptomer ved alvorlige psykiske lidelser. De som finnes, tyder imidlertid på at strukturert fysisk aktivitet, i tillegg til å bedre fysisk helse, også kan bedre såkalte negative (tilbaketreknings) symptomer og gi bedre livskvalitet.
Selv om noen eldre studier har antydet en bedring også av positive (psykotiske) symptomer, er denne effekten mer uklar (327). Litteraturen tyder på at også yoga og strukturert danseterapi kan ha effekt på linje med ordinær fysisk trening. Når det gjelder psykomotorisk fysioterapi og fysioterapi rettet mot økt kroppsbevissthet (body awareness), finnes det svært få studier i denne pasientgruppen, og ingen gode studier som antyder noen effekt (utover den eventuelle generelle effekten av den fysiske aktiviteten).

Fysisk aktivitet kan både redusere risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer og bedre negativ symptomatologi, og bør inngå som en del av en helhetlig behandling. Dette innebærer at det bør etableres faste rutiner, som sikrer at pasienter/brukere blir informert om betydningen av aktivitet og trening, at det settes av tid til å kartlegge hvilke tilbud og muligheter som finnes i nærmiljøet, samt at det gis aktiv oppmuntring til deltakelse (328;329).

Ukastet ekstern høring

13.11 Sosial ferdighetstrening

En del pasienter med psykoselidelser har problemer med sosial fungering. Sosial ferdighetstrening (SFT) er en behandlingstilnærming som ble utviklet på 1970-tallet og er rettet mot å redusere de problemer pasientene opplever at de har i ulike situasjoner hvor det er forventinger om forskjellige typer sosiale ferdigheter.

SFT er en strukturert metode, hvor selve behandlingen først starter med å gjøre en detaljert vurdering og atferdsmessig analyse av pasientens sosiale ferdigheter, etterfulgt av en individuell eller gruppebasert intervensjon for å trene på sosiale ferdigheter relatert til pasientens opplevde manglende kompetanse (330)
De ulike ferdighetene blir delt inn i mindre ferdighetsmål, som pasientene trener på å mestre. SFT tar i bruk rollespill, modell-læring og positiv forsterkning i selve ferdighetstreningen, slik at deltagerne gradvis beveger seg fra små sosiale oppgaver til å bygge ut disse til mer sammensatte og nye sosiale ferdigheter. Pasientene blir stimulert og støtte til å trene mellom de ulike behandlingsmøtene, slik at det kan bli mulig å generalisere nye lærte ferdighetene og atferden ut fra behandlingssituasjonen og over i reelle sosiale situasjoner (330).

En gjennomgang av NICE (2009) (15) konkluderer med at når det gjelder bruk av SFT viser liten eller ingen fordel sammenlignet med standard behandling, endring av sosial fungering, symptomalvorlighet og tilbakefall.

Det er derfor ikke anbefalt at SFT brukes som en spesifikk intervensjon og metode for mennesker med psykoselidelser, men at trening i sosial problemløsning og innlæring av nye sosiale ferdigheter bør integreres i vanlig, god klinisk behandling.

13.12 Gruppeterapi ved psykoselidelser

Gruppebaserte intervensjoner er en tilnærming som ofte benyttes i behandlingen av psykoselidelser. Disse gruppebaserte intervensjoner kan stort sett kategoriseres i to former for intervensjoner, terapeutiske grupper eller mer oppgaverelaterte grupper. Et eksempel på terapeutiske grupper kan være kognitiv gruppeterapi ved psykotiske symptomer, mens sosial ferdighetstrening kan være et eksempel på en oppgaverelatert gruppe.

Forskning antyder også at pasienter med psykotiske symptomer kan nyttiggjøre seg gruppebaserte intervensjoner (331).
Fordelene med gruppebehandling er at gruppen er et sted hvor deltagerne kan lære gjennom observasjon av andre, samt at det foregår en sosial eksponering mellom gruppedeltagerne.

Det er likevel viktig å huske at grupper også kan ha en negativ terapeutisk effekt på deltagerne, slik at eventuelle gruppebaserte intervensjoner ved psykoselidelser bør ledes av erfarne gruppeterapeuter, ha et evidensbasert grunnlag og en strukturert plan for de ulike gruppemøter.

De psykososiale behandlingsformene som har hatt størst forskningsmessig oppmerksomhet på effekt av gruppebehandling av mennesker med psykoselidelser,

Utkast til ekstern høring

omhandler sosial ferdighetstrening, kognitiv remediering ("cognitive remediation") og kognitiv atferdsterapi. NICE (15) konkluderer i sine retningslinjer med at sosial ferdighetstrening i grupper ikke har nok forskningsmessig evidens til at den kan anbefales som en standard psykososial intervensjon for mennesker med psykoselidelser.
Når det gjelder effekten av kognitiv rehabilitering er resultatene blandede. Blant annet viser en meta-analyse ingen langvarige terapeutiske effekter (332).
Denne mangelen på terapeutiske effekter på kognitiv rehabilitering har også blitt fastholdt i NICE' (15) gjennomgang av studier vedrørende denne typen av intervensjon. Studier som dreier seg om kognitiv gruppeterapi for mennesker med psykoselidelser, viser til blandede resultater (333). Effekten av kognitiv gruppeterapi på psykotiske symptomer (auditive hallusinasjoner og vrangforestillinger) ser ut til å være begrenset (333;334). Andre studier hvor den kognitive gruppeterapien er rettet mot komorbide symptomer som depresjon og sosial angst hos pasienter med psykoselidelser, viser til mer lovende resultater (333;335-337)

I Norge finnes det også en tradisjon for at en ved ulike enheter innen psykisk helsevern tilbyr gruppeterapi, hvor hovedvekten av behandlingen legges på psykodynamiske eller støtteterapeutiske intervensjoner.
En gjennomgang av NICE (15) viser at denne typen psykoterapeutiske intervensjoner ikke har noen særlig effekt (lav eller ingen effektstørrelse) på viktige kliniske utfallsmål som f. eks reduksjon av symptomer eller livskvalitet, og dermed ikke bør anbefales som spesifikke gruppeterapeutiske intervensjoner for mennesker med psykoselidelser.

13.13 Behandling med legemidler

Legemidler med antipsykotisk effekt er en av de behandlingsformene som har godt dokumentert virkning på symptomene ved psykoselidelser. Ved å redusere symptomer kan legemidlene også bidra til at pasientene bedre kan bruke sine evner og ressurser, ha fult utbytte av andre behandlingsformer og dermed også klare seg bedre.
De fleste som har fått en psykosediagnose, vil på et eller annet tidspunkt bruke legemidler med antipsykotisk effekt. Enkelte vil også bruke andre typer psykofarmaka, som antidepressive legemidler. Indikasjonen for bruk av legemidler med antipsykotisk effekt er ikke alltid å redusere de psykotiske symptomene, fordi disse legemidlene også kan bidra til angstdemping og søvnindusering. De har også en viktig plass ved å kunne forebygge tilbakefall.
Et godt tillitsforhold mellom pasient og behandler kan bidra til bedre etterlevelse når det gjelder å ta legemidlene, og dermed også til en bedre effekt. For å oppnå dette er det viktig med god informasjon, og å unngå for høye doseringer med påfølgende bivirkninger.

Det finnes etter hvert mange gode kliniske studier som gir informasjon om hvordan behandlingen bør tilrettelegges for å gi best mulig ønsket effekt med minst mulige uønskede effekter (bivirkninger). Denne informasjonen er inkludert her og i størst mulig grad formulert som konkrete råd og anbefalinger. Det er derfor flere konkrete anbefalinger i denne delen av behandlingsretningslinjene enn i enkelte andre kapitler.

Utkast til ekstern høring

Hensikten er å gi god informasjon som kan hjelpe behandler og pasient i å gjøre informerte vurderinger i planleggingen av en tryggest mulig behandling. I dette arbeidet er det viktig med en god dialog, der pasienten får tilgang til informasjon og der pasientens synspunkt på valgene tillegges stor vekt.

Mer enn 100 kontrollerte studier viser at antipsykotiske legemidler har en klart bedre effekt enn ikke-virksomt legemiddel (placebo) når det gjelder å redusere akutte, psykotiske symptomer, som hallusinasjoner, vrangforestillinger og desorganisering. Avhengig av pasientgruppen vil 50–80 % av pasientene som får virksomt legemiddel bli betydelig bedre, sammenlignet med 5–40 % av dem som ikke får virksomt legemiddel (28).
Fordi legemidlene reduserer risiko for tilbakefall, brukes de også forebyggende i langtidsbehandling. På dette området finnes det mer enn 60 kontrollerte studier, som viser at legemiddelbehandling reduserer risikoen for tilbakefall de første årene etter en gjennomgått psykotisk episode.

En meta-analyse med data fra 35 studier (3 500 pasienter) viser at tilbakefallsrisikoen hos pasienter som har god respons og er stabile på legemidler ved fortsatt behandling ligger på rundt 20–25 % det første året etter en psykotisk episode. Dersom behandlingen avsluttes, stiger den til rundt 55 % (338). En tilsvarende meta-analyse med 66 studier fant en kumulativ tilbakefallsrate hos pasienter som stoppet behandling, på 53 % over 6–10 måneder mens risikoen var på 16 % hos de som fortsatte (339). En undersøkelse av pasienter med schizofreni, som var stabile og symptomfrie etter første gangs behandling, og som deretter avbrøt behandlingen, viste at så mange som 78 % fikk tilbakefall i løpet av det første året og 96 % etter 2 år (340).

Med dette som bakgrunn er antipsykotisk legemiddelbehandling anbefalt som førstevalgsbehandling både ved akutte psykotiske tilstander og til forebygging av tilbakefall. Alle pasienter bør derfor tilbys, og motiveres til, å prøve ut en adekvat gjennomført behandling. Det finnes flere forskjellige klasser eller typer antipsykotiske legemidler.
Alle legemidler som er tilgjengelig i dag, har det fellestrekket at de virker på hjernens dopaminreseptorer, særlig reseptorer av typen dopamin2 (D2) (341;342). På *gruppe*nivå har de forskjellige legemidlene – med unntak av klozapin – også likeverdige effekter på psykotiske symptomer (343).

1a	**Alle pasienter med en diagnostisert psykotisk lidelse bør tilbys og motiveres til å prøve ut en adekvat gjennomført behandling med legemiddel med antipsykotisk effekt.**	**A**

1a	**Virksom dosering for pasienter som har hatt flere psykotiske episoder, ligger vanligvis i et doseringsområde ekvivalent med 300–1000mg 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**

Utkast til ekstern høring

1b	**For enkelte pasientgrupper gjelder særlige forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg, dosering og vaktsomhet for bivirkninger. Dette gjelder:** • **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** • **Pasient fra forskjellige etniske grupper** • **Pasienter med psykisk utviklingshemming** • **Pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autisme/Asperger**	**A**
1b	**Pasienter med såkalte "høyrisiko"-tilstander (prodromal, UHR, ARMS) bør ikke rutinemessig tilbys antipsykotisk legemiddelbehandling.**	**A**

13.13.1 Virkningsmekanismer

De antipsykotiske legemidlene som er i bruk i dag, virker alle hovedsakelig gjennom interaksjon med D2-reseptorer i hjernen, vesentlig i form av blokade av D2-reseptorer. Sammenhengen er så sterk at styrken av det enkelte legemidlets antipsykotiske virkning ser ut til å stå i sammenheng med affiniteten for D2-reseptorer. Flere av legemidlene har også interaksjon med andre reseptorer. Legemidlene deles, på bakgrunn av forskjeller i reseptorbindingsprofiler og bivirkningsprofiler, inn i flere grupper. Eldre preparat med sterk binding til D2-reseptorer og tilsvarende sterk tendens til bivirkninger forårsaket av D2-blokade kaltes tidligere nevroleptika eller typiske antipsykotika. I dag grupperes de oftest sammen som førstegenerasjonsantipsykotika (FGA i denne teksten) (på engelsk First Generation Antipsychotics - FGA). Nyere legemidler med svakere D2-blokkade, mindre D2-relaterte bivirkninger og en ofte bred reseptorbindingsprofil kalles også atypiske antipsykotika. Dette begrepet er etter hvert sjeldnere i bruk, fordi gruppen totalt sett har relativt store likhetstrekk med eldre typer legemidler, og fordi det kan framstå litt ulogisk å kalle den mest brukte legemiddelgruppen for "atypisk". Denne svært sammensatte gruppen kalles nå oftest andregenerasjonsantipsykotika (AGA i denne teksten) (på engelsk Second Generation Antipsychotics – SGA). Gruppen er så sammensatt at enkelte har stilt spørsmål om det er rimelig å se på AGA preparater som en egen klasse (344).

For eksempel har AGA-preparater interaksjon med serotoninerge reseptorer, og aripirazol (som enkelte kaller et "tredjegenerasjonsantipsykotikum") også delvis stimulerende effekt på dopaminreseptorer. Legemidler som virker på glutaminerge reseptorer, er også under utprøving. Forskjellene i reseptorprofil forklarer forskjeller i legemidlets totale virknings- og bivirkningsprofil, slik som grad av beroligende/sederende effekt og risiko for vektøkning. Tabell side 140 gir en oversikt over forskjeller i reseptorprofil mellom legemidlene og illustrerer at også enkelte FGA har en rikholdig reseptorbindingsprofil.

Utrast til SKstern

Kunnskap om legemidlenes effekter på hjernen har betydning for tilrettelegging av klinisk bruk. PET-undersøkelser tyder på at det er et ganske smalt vindu for optimal effekt av D2-blokade (345). Klinisk effekt på symptomene ses ved en blokade av vel 60 % av reseptorene, mens vi ser plagsomme bivirkninger ved rundt 80 % blokade. Større grad av blokade gir ingen særlig bedring av klinisk effekt, men øker risikoen for uønskede virkninger. For enkelte legemidler er vinduet mellom ønsket effekt og bivirkninger svært smalt og kan passeres ved en liten økning av dose (345). Dette er grunnen til at doseøkninger bør foregå langsomt, med jevnlig vurdering av effekt og bivirkninger.

Når en signalsubstans (eller et legemiddel som påvirker en signalsubstans) virker på en reseptor, vil det kunne føre til flere typer endringer i hjernecellens funksjon. Vi ser først umiddelbare endringer som er knyttet til de direkte virkningene av signalsubstansen eller legemidlets fysiske tilstedeværelse (rask respons). Men det settes også i gang viktige kjedereaksjoner inne i nervecellene, noe som fører til endringer i hvordan genene avleses, og i hvilke proteiner som produseres. Denne prosessen kan føre til mer langvarige, strukturelle forandringer i nervecellene.
Dette vil gi en legemiddelrespons som kommer gradvis etter dager til ukers bruk, og som går like langsomt tilbake når behandlingen avsluttes (treg respons). Den antipsykotiske virkningen av både FGA og AGA synes å bestå både av en rask og en treg respons. Dette forklarer hvorfor virkningen kan komme relativt raskt, men også øke gradvis i flere uker, med maksimal effekt først etter fire til seks ukers bruk. Dette er en viktig forklaring på den manglende nytten av for rask doseøkning eller for store doser. Det forklarer også hvorfor den beskyttende effekten av antipsykotiske legemidler kan vedvare i en periode etter at behandlingen er avsluttet.

De fleste studier som er utført, tyder på at doser tilsvarende 300–1000 mg klopromazin (1–3 definerte daglige døgndoser) er tilstrekkelig til å oppnå antipsykotisk effekt i akutte faser.
Det er i hovedregel ingen tilleggseffekt av svært høye doser eller veldig raske doseøkninger. De fleste advarer i dag mot å bruke såkalt ”rask nevroleptisering” (28), og det er hos de aller fleste pasientene ikke grunnlag for å gå ut over anbefalte doseringer for de forskjellige legemidlene.

Det er imidlertid ikke alle pasienter som får ønsket effekt av behandling med antipsykotiske legemidler. Rundt 20 % har bare moderat effekt på symptomene, og omtrent 20 % får tilbakefall på tross av regelmessig legemiddelbruk.
For mange er vinduet mellom den dosen der vedkommende har effekt og den dosen der bivirkninger blir framtredende svært smalt. Den undergruppen pasienter som ikke har full nytte av antipsykotiske legemidler, har vanligvis heller ikke nytte av høyere doser, og høye doser bør ikke brukes uten nøye begrunnelse. Tabell side 141 gir et anslag av hvilke doser som er ekvivalente for forskjellige typer legemidler.

13.13.2 Klinisk virkning

Det er vanlig å beskrive at antipsykotika har to ønskede hovedvirkninger. Den ene er en raskt innsettende beroligende effekt, som kommer i løpet av få timer. Både FGA og AGA varierer sterkt når det gjelder den beroligende effekten som er knyttet til effekten

Utgått til skriftlig høring

på histaminerge reseptorer. Den viktigste effekten er likevel den langsomt innsettende effekten på psykotiske symptomer, som ofte utvikler seg over flere uker. Symptomene blir gradvis mindre intense og tar mindre plass i personens oppmerksomhet, inntil de blir helt borte. Desorganisering og uro bedres vanligvis først, deretter vrangforestillinger og til slutt hallusinasjoner. Det er også diskutert om noen av legemidlene kan ha en stimulerende effekt, enten gjennom delvis bedring av negative symptomer, eller gjennom å ha en antidepressiv effekt. Når det gjelder antipsykotisk virkning ser det ikke ut til å være forskjeller mellom FGA- og AGA-gruppene, eller mellom de enkelte FGA- og AGA-preparatene. Det eneste unntaket er klozapin som kan ha positiv effekt i en undergruppe med manglende behandlingsrespons.

Litt eldre litteratur legger også vekt på fenomenet som kalles ”spesifikt dempende” effekt eller ”nevrolepsis” (nedsatt aktivitet, indifferens overfor stimuli og demping av psykomotorisk uro og aggressivitet). Dette fenomenet er assosiert med D2-blokade, og før det var mulig å undersøke de presise virkningsmekanismene av legemidlene, var dette sett som et signal om potensiell antipsykotisk effekt under utprøvninger av nye legemidler. Fenomenet oppleves vanligvis som ubehagelig. Bortsett fra i akutte faser med plagsom uro forsøker vi i dag derfor å unngå denne (bi)virkningen. Fenomenet ser vi noe hyppigere ved FGA- enn ved AGA-legemidler, og det er bakgrunnen for at disse preparatene også blir kalt nevroleptika.

Vanlige bivirkninger ved FGA legemidler er tett knyttet til effekten av D2-blokade i andre områder av sentralneversystemet enn de tilsiktede. Den mest vanlige bivirkningen ved bruk av FGA er plagsomme nevromuskulære symptomer knyttet til blokkering av nigrostriatale baner i sentralnervesystemet, som ofte kalles ”Ekstrapyramidale Bivirkninger” (EPB - eller EPS i engelskspråklig litteratur). Dette kan dreie seg om akutte kramper i ansikt eller halsmuskulatur (akutte dystonier) som oppstår kort tid etter behandlingsstart eller større doseøkninger. Disse bivirkningene er doseavhengige og kan noen ganger dempes ved bruk av antikolinerge legemidler som ellers brukes mot Parkinsons sykdom. Det mest vanlige er ukontrollerbar, muskulær uro i større muskelgrupper (akathisi) som oppstår etter noen uker til måneders behandling. Enkelte opplever dette primært som muskulær uro, mens andre opplever det mer som indre uro. Den siste formen for akathisi kan derfor mistolkes til å være et primært psykiatrisk symptom og føre til økt medisinering. En annen bivirkning som oppstår etter noen uker til måneders behandling, er muskulær stivhet og skjelvinger (legemiddelutløst parkinsonisme). Igjen er bivirkningene doseavhengige. Effekten av antikolinerge preparater er begrenset, særlig ved akhatisi.

En undergruppe pasienter opplever også muskulære bivirkninger som kommer senere i behandlingen, og som går svært sakte, og noen ganger ikke helt tilbake selv om behandlingen avsluttes. Tardive dyskinesier starter ofte i ansikts- og tungemuskulatur (i form av for eksempel tyggebevegelser), men kan ramme alle typer muskelgrupper. Det er karakteristisk at de – forbigående – kan tilta i styrke når dosen økes. Disse sene (tardive på latin) dyskinesiene er de mest fryktede bivirkningene av D2-blokade. De er hyppigst sett ved bruk av høypotente (lavdose) FGA, men på grunn av likheter i virkningsmekanismene kan det ikke utelukkes at høye doser av AGA også kan gi tardive dyskinesier. En annen bivirkning knyttet til D2-blokade i tuberoinfundibulære baner er hyperprolaktinemi. Følgen kan være melkesekresjon og økning i

Utkast til ekstern høring

bryststørrelse hos begge kjønn, menstruasjonsforstyrrelser hos kvinner og seksuelle vansker hos menn. I tillegg kan D2-blokade på grunn av blokkering av mesokortikale baner gi motivasjonsmangel, som til forveksling likner på negative symptomer.

Det er mindre risiko for nevromuskulære bivirkninger ved bruk av AGA enn ved FGA, men på grunn av overlappende virkningsmekanismer kan de likevel forekomme, særlig ved høy dosering. Igjen er det akathisi som er mest vanlig. I kliniske studier kan pasientene fortelle om mindre negative symptomer og kognitive forstyrelser ved bruk av AGA enn FGA. Det er usikkert hvor mye dette skyldes en direkte effekt av de nye legemidlene eller fravær av bivirkninger ved de gamle. Selv om AGA har klart mindre nevromuskulære bivirkninger, er det et viktig poeng at de ikke er bivirkningsfrie. I tillegg til effekt på dopaminreseptorer vil de forskjellige preparatene kunne ha effekt på serotinerge (5HT-1A og 5HT-2C), alfa-adrenerge, histaminerge og muskarinerge acetylcholinerege reseptorer (346).

Bivirkningsrisikoen for det enkelte legemiddel kan delvis leses ut av reseptorprofiler (Tabell 1). Blokade av muskaringerge acetylcholinerge reseptorer gir munntørrhet, treg mage og akkomodasjonspareser, mens blokade av histaminrege reseptorer gir søvnighet og økt risiko for vektøkning. Dette er også et velkjent fenomen ved bruk av FGA. Flere AGA har blitt knyttet til vektøkning og forstyrrelser i lipidstoffskiftet samt utviklingen av insulinresistens. Mekanismene er kompliserte og fortsatt ikke fullt ut forstått. Påvirkning av histamin, men også muligens 5HT-2C-reseptorer er involvert. Igjen er vektøkning et fenomens som også ses ved flere FGA. I tillegg gir flere preparater forstyrrelser i hjerterytme (forlenget QT-intervall). Heller ikke dette fenomenet er spesifikt for AGA – intervall kan ses ved flere FGA preparater (347). Legemiddelverket har nylig revurdert refusjonsstatus for alle AGA og konkludert med at innføring av et foretrukket legemiddel fra denne gruppen ikke vil være hensiktsmessig. Det er særlig forskjellen i bivirkningsprofil mellom de forskjellige AGA-preparatene som kan gjøre det lettere å tilpasse behandlingen individuelt, og dermed lettere å få til et godt samarbeid om behandling.

En stor finsk registerstudie tyder klart på at antipsykotiske legemidler. på tross av risiko for bivirkninger, har en positiv innvirkning på pasientenes helsetilstand, også ut over effekten på psykotiske symptomer. Studien viser at pasienter som bruker antipsykotiske legemidler, har lavere overdødelighet enn pasienter som ikke bruker slike legemidler. På grunn av endring i legemiddelbruk over tid er det stilt spørsmål om studien fullt ut fanger opp eventuelle helsemessige risikoer knyttet til metabolske forstyrrelser. Det tydeligste funnet i studien er likevel at er risikoen for tidlig død reduseres i gruppen som bruker klozapin, på tross av at preparatet kan gi betydelige metabolske forstyrrelser. Den gunstige effekten av klozapin skyldes sannsynligvis en reduksjon i risikoen for selvmord, men det kan være en tilleggseffekt av at pasienter på klozapinbehandling vanligvis får tett oppfølging av fysisk helse (199).

Utkast til ekstern høring

13.13.3 Praktisk bruk av antipsykotika

13.13.3.1 Oppstart av behandling for første gang

3	**Pasienter som kommer til førstegangsbehandling bør i utgangspunktet tilbys antipsykotika i tablettform. Valget av legemiddel skal tas av behandler og pasient i felleskap. Dersom pasienten ønsker det, bør også pårørende tas med på råd. Pasienten skal på forhånd få god informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. I denne valgprosessen bør det tas med i vurdering i hvor stor grad det enkelte legemidlet kan gi ekstrapyramidale bivirkninger, metabolske forstyrrelser eller andre bivirkninger.**	**B**

1b	**Før behandlingen startes bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer:** • **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 gir indikasjon om mulig hjertesykdom hos pasienten**	**A**
1b	**Ved oppstart bør dosen være i den lavere delen av doseringsintervallene i preparatomtalen, og deretter økes gradvis, og ikke over bivrikningsgrensen (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**
1a	**Hurtig økning av dosen (rask nevroleptisering) bør ikke brukes.**	**A**
1a	**Samtidig bruk av flere antipsykotika på en gang bør kun brukes i perioder hvor det skiftes fra ett legemiddel til et annet (i henholdsvis opptrappende og nedtrappende doser).**	**A**

Ved oppstart av behandling for første gang er det viktig å være klar over at personer som ikke har brukt legemidler tidligere, ofte har både ønskede og uønskede virkninger på lavere doser enn pasienter som har brukt legemidler tidligere (348). Legemiddelbehandlingen bør derfor starte med lav dose og langsom opptrapping, og det er anbefalt ikke å gå over doser tilsvarende 500 mg klorpromazinekvivalenter (Tabell side 141) uten nøye vurdering. Dette er en lavere dosering enn det som anbefales ved tilbakefall hos pasienter med mer langvarige sykdomsforløp, hvor det anbefales å bruke en døgndose på 300-1000 klopromazinekvivalenter.
Oppstart bør også primært skje med tabletter eller annen peroral behandling. Det

synes ikke å være noen forskjell i de enkelte legemidlenes effekt på psykotiske symptomer. Valget bør derfor baseres på en samlet vurdering av legemidlenes virknings- og bivirkningsprofil, sett i forhold til pasientens symptomer og risikofaktorer. For eksempel kan en pasient med sterk uro og søvnvansker ha god nytte av et legemiddel som virker beroligende og søvnframkallende, mens en pasient med mye negative symptomer kan ha best nytte av preparater uten beroligende egenskaper.

Pasienten skal gis god informasjon i forståelig språk om hensikten med behandlingen, og fordeler og ulemper med legemidlene som vurderes, herunder bivirkninger, slik at det er mulig for han/henne å være med å ta en informert beslutning. Før oppstart bør det gjøres en grundig klinisk undersøkelse for å vurdere bivirkningsrisiko. Undersøkelsen bør inkludere blodprøver (glukose, lipidprofil, eventuelt telling av blodlegemer og EKG). Det vil noen ganger være nødvendig å starte behandling akutt. I slike tilfeller bør en grundig informasjonsprosess og klinisk undersøkelse gjøres så snart det er praktisk mulig.

Det er også viktig å kartlegge grad av sigarettrøyking, kaffedrikking, rusmiddelbruk, bruk av helsekost/naturlegemidler med pasienten, slik at begge parter er klar over mulige interaksjonseffekter.
Innen naturlegemidler er det spesielt Johannesurt som interagerer med denne typen legemidler, men svært sjeldne urter bør alltid sjekkes mot et interaksjonsregister.

Både ved oppstart av behandling, eventuelle bivirkninger og terapisvikt er dette viktige spørsmål. I vurdering av valg av legemiddel, råd om fortsatt bruk eller anbefaling av seponering av urtepreparater, samt ved bivirkninger, kan behandlende lege bruke Statens Legemiddelverks database for interaksjoner, DRUID, www.interaksjoner.no, eller sidene til Norsk Inforamsjonssenter for Alternativ behandling (NIFAB) www.nifab.no

Under ellers like forhold har det de siste ti årene vært vanlig å anbefale et AGA ved oppstart, først og fremst på grunn av mindre subjektive bivirkninger i oppstartsfasen. På bakgrunn av nyere studier, som ikke viser klare klasseforskjeller i effekt på psykotiske symptomer eller forekomst av alvorlige bivirkninger (mellom FGA og AGA eller mellom enkeltpreparat), er det ingen faglige grunner til å anbefale ett bestemt preparat framfor et annet (349;350).
Det anbefales at behandlere gjør seg godt kjent med profilen til en avgrenset gruppe antipsykotika med forskjellige bivirkningsprofiler og tilpasser behandlingen til den enkelte pasient. Fordi effekten på psykotiske symptomer øker over flere uker, bør et preparat ideelt sett prøves ut i 4–6 uker på antatt effektiv dose før en konkluderer med at det ikke er virksomt.

Ved manglende effekt vil de fleste anbefale å prøve et preparat med noe forskjellig virkningsmekanisme. Det samme gjelder dersom pasienten opplever preparatspesifikke bivirkninger som gjør at det ikke er mulig å øke opp til antatt optimal dosering. Dersom skifte av preparat ikke har god virkning, kan et tredje preparat med forskjellig virkningsmekanisme vurderes. Pasienter som ikke har hatt tilfredsstillende respons på tre adekvate utprøvinger av et standard antipsykotisk preparat, bør vurderes for klozapinbehandling dersom det ikke foreligger særlige kontraindikasjoner.

Ekstern høring

Behandling med flere legemidler på én gang anbefales normalt ikke.

Pasienter med førstegangspsykose har normalt god behandlingsrespons på antipsykotiske legemidler, og over halvparten blir, ved adekvat legemiddelbehandling, upsykotiske i løpet av tre måneder.
Pasienter som ikke har hatt god respons på ett legemiddel i løpet av første behandlingshalvår, vil bare i liten grad bedres spontant, det vil si uten endring av behandling.
Kontroll med psykotiske symptomer er viktig for at andre typer behandling og rehabilitering skal få optimal effekt, og er dermed sentralt for de fleste en tilfriskningsprosess. Det er i dag så mange forskjellige alternativer å velge mellom at verken pasienter eller behandlere uten videre bør godta vedvarende plager i form av symptomer eller bivirkninger ved behandling av den første psykotiske episoden.

Pasienter som er vedvarende psykotiske etter et halvt år med adekvat legemiddelbehandling, bør derfor følges aktivt opp for best mulig tilrettelegging av behandling. Det samme gjelder pasienter som har vedvarende bivirkninger.

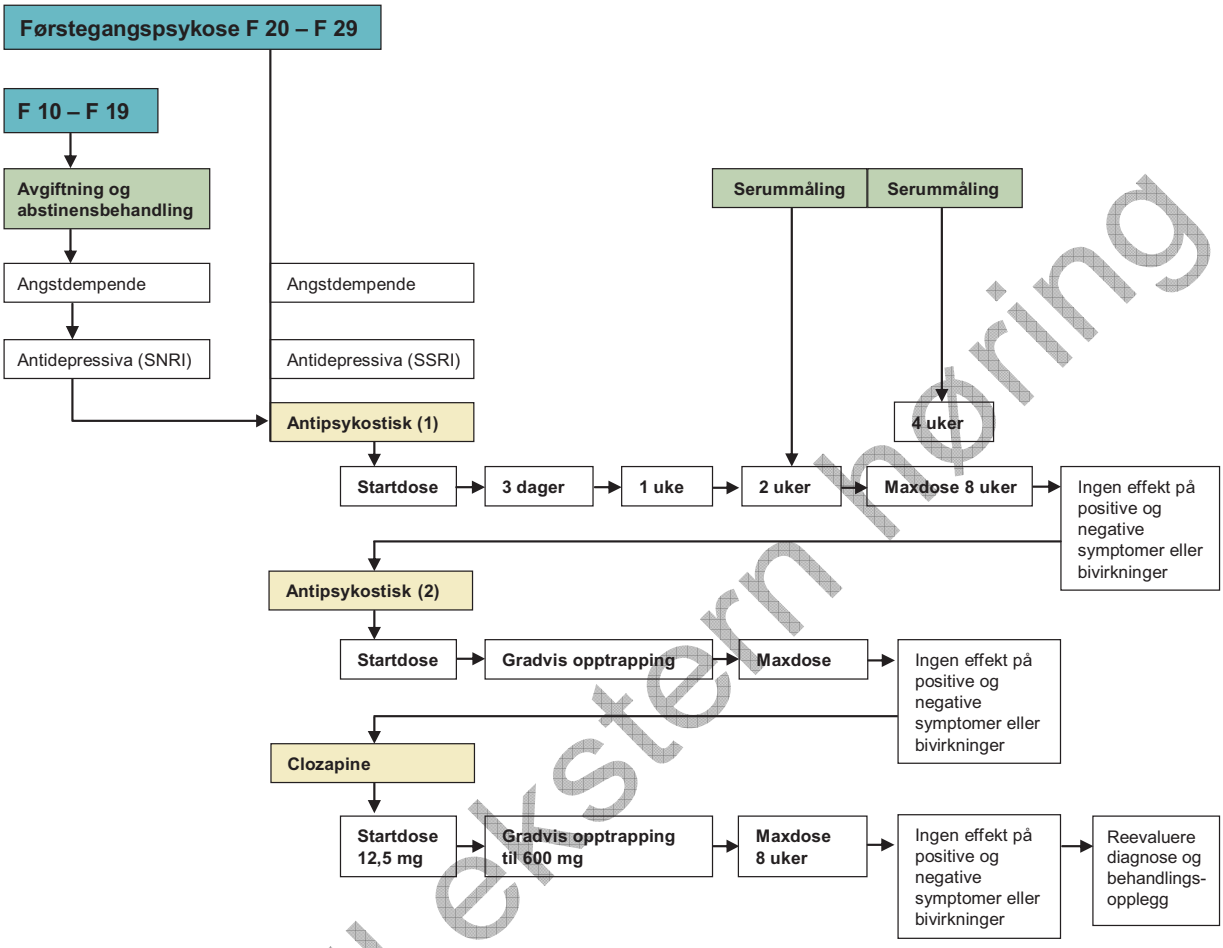
Ved skifte fra ett legemiddel til et annet bør behandlingen ikke avsluttes brått, men trappes gradvis ned mens doseringen med det nye preparatet gradvis økes over noen uker. Akutte, nevromuskulære bivirkninger (akutte dystonier) kan dempes med antikolinerge antiparkinsonpreparater. Vedvarende nevromuskulære bivirkninger kan også bedres med bruk av denne typen preparat. Men fordi antikolinerge legemidler kan ha negativ innvirkning på kognitive funksjoner (hukommelse), bør en i slike situasjoner vurdere å skifte behandling. Antikolinerge antiparkinsonlegemidler har *ikke* effekt på tardive dyskinesier. Dersom det er mistanke om utvikling av tardive dyskinesier, bør behandlingen legges om til et preparat med svært lav binding til D2, mest vanlig klozapin, som er utprøvd i kliniske forsøk. Ut fra reseptorprofil vil et alternativ kunne være kvetiapin, men dette er ikke like godt underbygd forskningsmessig.

Registreringer som bør inngå i oppfølgingen av igangsatt legemiddelbehandling:

- Bakgrunnen for oppstart av behandling med legemiddel med antipsykotisk effekt og hva som ønskes oppnådd med behandlingen
- Omtrentlig tidspunkt for endring i symptomer og/eller i atferd
- Omtrentlig tidspunkt for endring i mulige bivirkninger, inkludert en vurdering av sannsynligheten for at disse skyldes legemidlet
- I hvor stor grad pasienten følger opp legemiddelbruken som avtalt, fordi mulig bruk av høyere eller lavere doser bør tas med i senere vurderinger av effekt
- Doseringer ut over de som er angitt i preparatomtalen må angis og begrunnes spesifikt
- Tidspunkt, årsaker og effekter av at dosen endres eller behandlingen avbrytes.
- Årsaker til at behandlingen opprettholdes bør også begrunnes dersom pasienten ikke har full symptomrespons eller betydelige bivirkninger.

Utkast til ekstern høring

Behandling med legemidler ved førstegangspsykose



13.13.3.2 Behandling ved oppnådd symptomfrihet

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**
1a	**Pasienter som er til første gangs behandling for en psykotisk episode, og som fyller diagnosekriteriene for schizofreni, bør tilbys vedlikeholdsbehandling i to år.**	**A**

Etter oppnådd symptomfrihet vil fortsatt bruk av antipsykotika beskytte mot tilbakefall. Over en periode på flere år vil behandling redusere risikoen til omtrent 2/3 av det en ser hos ubehandlede pasienter (350;351). Selv om vi vet at en undergruppe (mellom 10 og 20 %) pasientene ikke vil oppleve tilbakefall, finnes det i dag ingen prøver, tester eller andre kjennetegn som på forhånd kan fortelle oss hvem dette er (350;352).

Alle eksisterende retningslinjer for behandling anbefaler derfor at pasienter som møter diagnosekriteriene for schizofreni og andre langvarige psykotiske tilstander, blir tilbudt

Utkast til ekstern høring

forebyggende behandling med antipsykotiske legemidler (353-355). Det mulige unntaket i denne anbefalingen er pasienter med svært kortvarige psykotiske episoder uten negative psykososiale konsekvenser.

Kliniske studier gir ingen sikre holdepunkter for at enkelte legemidler har bedre effekt når det gjelder å forebygge tilbakefall av psykotiske symptomer. Det kan fra noen studier se ut som at enkelte AGA er assosiert med færre tilbakefall enn lavdose-FGA, men dette kan skyldes dårligere behandlingssamarbeid på grunn av nevromuskulære bivirkninger i den siste gruppen.

Problemer med behandlingsetterlevelse (non-compliance) er et problem ved all langtidsbehandling eller forebyggende behandling av kroniske sykdommer, og er ikke noe spesifikt problem for pasienter med psykotiske lidelser.
Årsaken er vanligvis heller ikke manglende sykdomsinnsikt, men at vedkommende glemmer å ta medisiner, eller at ubehaget ved bruk oppleves som større enn risikoen ved å slutte. Ved manglende etterlevelse er det viktig å kartlegge årsaken og, sammen med pasienten, arbeide for å legge behandlingen bedre til rette. God informasjon om bakgrunnen for behandlingen og god kommunikasjon for å få en felles oppfatning om målsettinger er derfor viktig. Dersom det er et problem å huske å ta medisinen, kan det hjelpe å få på plass bedre daglige rutiner, inkludert bruk av midler som kun tas en gang om dagen, bruk av dosett eller forskjellige former for påminning (for eksempel signal fra mobiltelefon). Åpenhet for å forsøke et annet legemiddel, for å finne den beste balansen mellom virkninger og bivirkninger er ofte nødvendig, og det er ikke uvanlig at flere legemidler prøves ut.

Under utprøving bør ønskede og uønskede virkninger registreres og årsaker til skiftet dokumenteres i journal. Ved skifte av legemiddel bør behandlingene overlappe hverandre, slik at det ene legemidlet trappes opp mens det andre trappes ned. Ut over overlapping ved legemiddelskifte er bruk av flere legemidler samtidig vanligvis ikke anbefalt. Dersom behandlingen avsluttes tidligere enn nødvendig, er det ofte fordi pasienten opplever subjektivt ubehagelige bivirkninger. De fleste bivirkningene er doseavhengige, og en pasient som er stabilt symptomfri, vil ofte klare seg godt med lavere dose enn i en akutt fase. Dosereduksjon ved stabil symptomfrihet er derfor viktig for å unngå bivirkninger.

Ved vedlikeholdsbehandling må pasienten følges nøye opp for utvikling av bivirkninger. Her må også pasientens subjektive opplevelse vektlegges sterkt. Oppfølgingen må også inkludere kartlegging av forekomst av nevromuskulære bivirkninger utenom konsultasjonen, samt kontroll av kardiovaskulære risikofaktorer, som blodtrykk, vekt, midjemål og fettstoffer i blodet. Det bør spesifikt spørres om seksuelle bivirkninger og se etter tidlige tegn til dyskinesier i ansiktsmuskulaturen, fordi slike problemer ikke alltid rapporteres spontant.

13.13.3.3 Lengde på forebyggende behandling

Når det gjelder varigheten av forebyggende behandling, anbefales det minimum to år etter første psykotiske episode og fem år eller lengre etter tilbakefall for pasienter som fyller diagnosekriteriene for schizofreni. For personer med kortvarige psykoser vil det vanligvis anbefales noe kortere forebyggende behandling.

Utkast til ekstern høring

Her bør det, sammen med pasienten, gjøres en vurdering av alvorlighetsgraden av negative psykososiale konsekvenser av den aktuelle episoden. Det er vanskelig å forutsi hvem som risikerer tilbakefall etter avsluttet legemiddelbehandling. Generelt sett øker risikoen med alvorlighetsgraden av psykiske symptomer pasienten har hatt i behandlingsperioden. Nedtrapping bør skje langsomt, med monitorering av symptomatologi.

Etter behandlingsavslutning er risikoen for å få tilbakefall størst de første månedene, for så å falle gradvis (338;356). Risikoen for tilbakefall etter avsluttet behandling er også stor for pasienter som er tidlig i sykdomsforløpet.
Nyere studier av pasienter som har vært stabile i behandling og deretter tilfeldig fordelt til å fortsette eller avslutte behandling. viser at kun 4–20 % av pasientene som avsluttet, var uten tilbakefall eller alvorlig symptomoppblomstring etter 15–18 måneder (356;357). Det er ingen kontrollerte studier som har lang nok observasjonstid til å si sikkert når en risiko for tilbakefall avtar. På bakgrunn av eksiterende studier er det vanlig å anbefale at pasienter som har sin første, episode tilbys behandling i ett til to år (avhengig av varighet, alvorlighetsgrad og type psykose), mens pasienter som har hatt tilbakefall, anbefales behandling i minst fem år (356;358).

Alle pasienter skal også tilbys oppfølging en periode etter at de har avsluttet legemiddelbehandling. Også pasienter som avslutter behandlingen tidligere enn anbefalt av behandleren, bør tilbys den samme tette oppfølgingen som de som avslutter etter gjensidig avtale. Det er i slike situasjoner viktig at behandleren aksepterer pasientens valg, slik at det er mulig å ha en åpen kommunikasjon om eventuelle problemer i og etter en nedtrappingsfase.

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 grundig evalueres minst 1 gang årlig.**	**B**
1b	**Dersom pasienten likevel ønsker å avslutte behandlingen, bør det skje gjennom gradvis nedtrapping med nøye oppfølging av tidlige tegn på tilbakefall.**	**A**
1b	**Etter avsluttet legemiddelbehandling bør pasienten følges opp for til tegn på tilbakefall i minst to år.**	**A**

13.13.3.4 Lavdosebehandling og intermitterende behandling med antipsykotika

1b	**Vedlikeholdsdosen bør være lavest mulige effektive dosering, og vanligvis lavere enn dosering i akuttfase. Dosering utenfor standard doseringsintervaller bør begrunnes.**	**B**

Det tilstrebes å bruke minst mulig effektive dose under vedlikeholdsbehandling. For FGA finnes det kontrollerte studier som tyder på at dosen i vedlikeholdsfase hos enkelte kan ligge ned mot halvdelen av dosen i akuttfase (300-600 klopromazinekvivalenter). Det finnes ikke tilsvarende studier for AGA. Selv om klinisk

Utkast til høring

praksis tyder på at det er mulig å redusere vedlikeholdsdosen også her, finnes det ikke kontrollerte kliniske studier som underbygger dette på samme måte. Dosering utenfor anbefalte doseringsrammer bør begrunnes.

1b	**Intermitterende behandling bør ikke brukes rutinemessig. Unntaket er pasienter som ikke aksepterer kontinuerlig behandling.**	**B**

Det er også gjort forsøk med såkalt intermitterende dosering. Dette består i at pasienter som er stabilt symptomfrie, trapper medisinbruk helt ned under nøye oppfølging, men starter opp igjen dersom de får begynnende symptomer. Studier av intermitterende medisinering viser at metoden gir mindre total legemiddeleksponering og oppleves som subjektivt positiv av mange pasienter. Risikoen for symptomoppblomstring og tilbakefall er imidlertid betydelig større enn ved kontinuerlig legemiddelbruk, og intermitterende behandling blir derfor ikke anbefalt (359).

13.13.3.5 Bruk av depotpreparat i vedlikeholdsbehandling

Depotpreparat er et alternativ i vedlikeholdsbehandling for enkelte pasientgrupper. Dette gjelder for eksempel pasienter som foretrekker denne formen for medisinering, fordi de opplever den som mer praktisk, eller pasienter som har store risikomomenter ved eventuelle tilbakefall. I slike tilfeller er det viktig tidlig å bli klar over manglende oppfølging av behandling (tilsiktet eller utilsiktet).

Flere FGA og enkelte AGA finnes i langtidsvirkende depotpreparat. Det er i utgangspunktet ingen prinsipielle forskjeller i effekt mellom orale legemidler (tatt gjennom munnen) og legemidler i sprøyte/depotform. Mange pasienter foretrekker å ta orale preparater, fordi det gir bedre egenkontroll og bedre muligheter til å finjustere dosen. Men injeksjonspreparater foretrekkes også av en del pasienter, fordi de da ikke trenger å tenke på å ta medisiner hver dag. Hos pasienter med stor grad av desorganisering eller kognitive vansker kan bruk av depotpreparater også bedre oppfølgingen av medisineringen.

13.13.3.6 Bruk av serumkonsentrasjonsmål for å monitorere behandling

Det er ingen fast sammenheng mellom dose og behandlingsrespons ved bruk av antipsykotika. Det er individuelle variasjoner i hvor stor grad legemidlet tas opp i kroppen, hvordan det nedbrytes og hvordan det passerer blod-hjerne-barrieren. Det siste er viktig, fordi det gir begrensninger for i hvilken grad kontroll av serumskonsentrasjon av legemidlet kan brukes til oppfølging. Slike målinger kan være nyttig der hvor det er spørsmål om over- eller underdosering på grunn av individuelle variasjoner i opptak eller nedbryting, eller spørsmål om interaksjoner med andre legemidler som pasienten bruker. Standardområdene for serumnivå for et enkelt legemiddel er imidlertid utarbeidet på bakgrunn av gjennomsnitt for en større pasientgruppe. Enkeltpasienter kan, på grunn av individuelle variasjoner i overgang via blod-hjerne-barrieren, ha god effekt og/eller betydelige nevromuskulære bivirkninger også ved lave serumkonsentrasjoner. I vurderingen av den enkelte

Utkast til ekstern høring

pasienten bør derfor opplevd klinisk effekt vektlegges sterkere enn serumkonsentrasjonen i seg selv. Det er viktig å etablere et basisnivå for den enkelte pasienten ved å gjenta målinger over tid, og ikke starte med serumkonsentrasjonsmåling først når det oppstår usikkerhet rundt dosering, eller det oppstår spørsmål om interaksjonsproblematikk i situasjoner hvor pasienten bruker flere typer medisiner.

13.13.3.7 Behandling av tilbakefall

I tillegg til pasienter som får tilbakefall etter å ha avsluttet legemiddelbehanding, antyder naturalistiske studier at omtrent 25 % av pasienter som mottar adekvat legemiddelbehandling, vil oppleve et psykotisk tilbakefall i løpet av en treårsperiode. Det er ingen holdepunkter for at enkelte legemidler virker bedre enn andre i en slik situasjon. Dersom en pasient har avsluttet eller trappet ned behandling med et legemiddel som tidligere har fungert godt, vil det mest aktuelle være å fortsette behandlingen med dette legemidlet i adekvate doser. Dersom en pasient får tilbakefall under forebyggende behandling, må det, i samråd med pasienten, vurderes om dosen for legemidlet skal økes, eller om det skal skiftes til et preparat med en delvis annen virkningsmekanisme.

For enkelte pasienter er akutte psykotiske episoder kjennetegnet av plagsom uro og agitasjon. I noen tilfeller fører slike symptomer også til atferd som kan være til risiko for pasienten selv eller for omgivelsene, og som gjør det nødvendig å få rask kontroll med symptomene. Vanlig praksis er å bruke antipsykotiske legemidler (i svært akutte tilfeller som hurtigvirkende injeksjonspreparat), benzodiazepinpreparat eller kombinasjonen av disse. Selv om akutt uro er en vanlig problemstilling i akuttenheter innen psykisk helsevern, finnes det få kontrollerte studier på dette området. Studiene tyder på at benzodiasepinpreparater og antispykotiske legemidler har omtrent like god effekt på den psykotiske uroen (360).
En person som er til fare for seg selv og andre på grunn av betydelige psykotiske symptomer, kan ha behov for akutt medisinering, eventuelt som injeksjon. Dersom akutt medisinering har vært nødvendig bør pasienten etterpå gis en klar og forståelig begrunnelse for bakgrunnen for dette, og gis en mulighet til å fortelle om og diskutere sine egne opplevelser av situasjon. Både bakgrunnen for akuttmedisineringen og pasientens opplevelse av denne skal journalføres.

1a	**Ved et tilbakefall eller en akutt forverring av en psykotisk lidelse bør det startes behandling etter de samme prinsippene som ved oppstart for første gang. Pasientens erfaring, 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.**	**A**

FGA-preparater gitt som injeksjon har stor risiko for akutte nevromuskulære bivirkninger dersom det ikke samtidig gis antikolinerge antiparkinsonmidler (361). Hos svært motorisk urolige pasienter brukes noen ganger den motoriske dempende effekten av dopaminblokade for å holde pasienten i ro. Dette kan pasienten oppleve som svært ubehagelig, fordi behandlingen i mindre grad demper angst og indre uro. Det er ingen klare forskjeller mellom de to typene FGA som brukes mest i

Under fagleg høring

akuttbehandling (haloperidol injeksjonsvæske og zuclopentixol acetat) (362). Det finnes ingen uavhengige studier som gjelder bruk av olanzapin til injeksjon, men de eksisterende studiene tyder på at preparatet har mindre nevromuskulære bivirkninger enn FGA, men mer enn benzodiasepiner.

13.13.3.8 Behandling av pasienter med dårlig behandlingsrespons

Dårlig eller manglende behandlingsrespons – i form av vedvarende psykotisk symptomatologi og/eller betydelige negative eller kognitive symptomer med sterk negativ virkning på fungering – er dessverre vanlig ved schizofreni. Rundt 20–30 % av pasientene vil ikke ha en positiv respons på behandling med antipsykotiske legemidler i adekvate doser (363). Andelen med dårlig behandlingsrespons synes å være lavere hos pasienter med førstegangspsykose (364), og det kan virke som om symptomene blir mindre responsive til legemidlenes virkning over tid (365).

Dersom pasienten ikke har hatt en tilfredsstillende respons på behandling, bør det gjøres

- en diagnostisk re-evaluering
- en klarlegging av om pasienten har fulgt opp legemiddelbehandlingen som anbefalt,
  gjennom samtale med pasienten og eventuelt serumkonsentrasjonsmålinger
- en kartlegging av om pasienten har fått tilbud om og benyttet seg av psykososiale behandlingsmetoder anbefalt i denne retningslinjen
- en kartlegging av andre mulige årsaker til dårlig behandlingseffekt, som for eksempel samtidig rusmisbruk, høyt nikotin-/koffeininntak eller bruk av andre legemidler som kan påvirke nedbrytningen av det antipsykotiske legemidlet, fulgt opp av serumkonsentrasjonsmåling

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**

I klinisk praksis er den vanligste måten å møte dårlig behandlingsrespons på å øke dosen, til dels ut over anbefalt doseringsintervaller. For denne pasientgruppen, som opplever begrensede positive virkninger av antipsykotiske legemidler, er det særlig viktig å arbeide for å unngå bivirkninger. Ved dårlig behandlingsrespons bør det først prøves ut et annet legemiddel med noe annen virkningsprofil. Dersom to til tre forsøk med antipsykotika i adekvat dose i mer enn 4–6 uker, ikke fører til positiv respons, bør det vurderes å prøve klozapin. Fra 30 til 60 % av pasientene med dårlig behandlingsrespons har nytte av klozapin (366;367). På grunn av risikoen for alvorlige bivirkninger (agranulocytose) og påfølgende behov for tett oppfølging og monitorering bør oppstart av klozapin vurderes nøye, i tett samråd med pasienten.

Det er hos pasienter med dårlig behandlingsrepsons relativt vanlig å kombinere flere antipsykotiske legemidler i klinisk praksis. Det finnes eksempler på at enkelt pasienter kan oppleve positive effekter av denne typen behandling, men det er ikke klart

Ikke til ekstern høring

dokumentert i empiriske studier at de har effekt på gruppenivå (368). Både høye doser og polyfarmasi vil øke den totale legemiddelmengden, og dermed risikoen for bivirkninger. Det er særlig dårlige holdepunkt for å kombinere AGA med FGA, siden dette fører til at en mister fordelene med AGA-behandling. Kombinasjon av flere typer AGA har heller ikke bedre effekt enn klozapin i monoterapi. Det finnes enkelte studier som tyder på at kombinasjon med AGA med annen bivirkningsprofil kan være til noe nytte for pasienter med moderat respons på klozapin eller doserelaterte klozapinbivirkninger (369).
Pasienter med dårlig behandlingsrespons som heller ikke responderer på høye doser eller kombinert behandling, skal ikke bli stående på et slikt behandlingsregime over tid.

13.13.3.9 Behandling av søvnvansker

Pasienter med schizofreni har ofte forstyrret søvnmønster. Dette har særlig form av en kortere periode med dyp søvn før den første perioden med REM-søvn. Det er i dag teorier om at dyp søvn er av betydning for viktige restorative funksjoner og hukommelsesfunksjoner. Søvnvansker kan derfor ha betydning ut over den subjektive plagen søvnløshet ofte medfører. Mange antipsykotiske legemidler har sentrale antihistaminerge egenskaper og vil derfor virke sederende. Undersøkelser tyder på at særlig olanzapin, kvetiapin og risperidon øker andelen av dyp søvn og dermed kan forbedre søvnkvaliteten. Sederende legemidler har imidlertid lang halveringstid og dermed et problem med at de også fører til sedering på dagtid. I tillegg til subjektivt ubehag ved vedvarende søvnighet vil dagsoving virke sterkt forstyrrende på søvnmønsteret (370).

13.13.3.10 Behandling av depresjon

Omtrent halvparten av pasientene med schizofreni opplever perioder med alvorlig depresjon. Det er gode holdepunkter for at behandling med vanlig brukte antidepressiva har god effekt på de depressive symptomene, uten risiko for forverring av psykotisk symptomatologi. Med unntak av tricykliske antidepressiva, som øker risikoen for additive bivirkninger, er det rapportert gunstige resultater med en lang rekke legemidler mot depresjon. Eksisterende studier tyder på at kombinasjonsbehandling med et vanlig brukt SSRI-preparat med moderat risiko for interaksjoner er trygt å bruke for denne pasientgruppen.

Bruk av ekstrapyramidale bivirkninger med antikolinerge antiparkinsonmidler.
Pasienter som bruker enkelte typer lavdoserte FGA kan ha nytte av antikolinerge antiparkinsonmidler for å behandle akutte dystonier redusere legemiddelutløst parkinsonisme. Behovet bør vurderes individuelt. Det er vanligvis ikke behov for antikolinerge antiparkinsonmidler ved bruk av AGA. Ved oppstart av behandling med denne typen legemidler bør graden av antikolinerge bivirkninger (muntørrhet, hukommelsesvansker) vurderes. Dette gjelder særlig hos pasienter som fra før av bruker legemidler med antikolinerge effekter (slik som høydose-FGA) (371;372)

Utkast til ekstern høring

13.13.4 Andre biologiske behandlingsformer og kombinasjonsbehandlinger

Ved valg av legemiddel kan behandlende lege bruke Statens Legemiddelverks database for interaksjoner, www.interaksjoner.no, slik at dosering og alternative legemidler kan vurderes.

13.13.4.1 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er i varierende grad brukt som ene- eller tilleggsbehandling av angst, uro, søvnvansker og agitasjon i akutte faser av schizofreni og andre psykoser. Med unntak av enkelte studier, som viser omtrent likeverdig effekt av benzodiazepiner og antipsykotiske legemidler i håndteringen av psykotisk agitasjon, finnes det ikke tilstrekkelige kontrollerte studier til å underbygge konkrete behandlingsråd for denne legemiddelgruppen. Benzodiazepiner brukes også for håndtering av angst og søvnvansker i stabile faser, men her bør det utvises stor forsiktighet på grunn av risiko for toleranse- og avhengighetsutvikling (372;373).

13.13.4.2 Stemningsstabiliserende legemidler

For pasienter med schizoaffektive lidelser med uttalte stemningssvinginger kan det være aktuelt å forsøke stemningstabiliserende legemidler. Det finnes imidlertid ikke tilstrekkelig med kontrollerte studier til klart å underbygge at stemningsstabiliserende legemidler har spesifikke tilleggseffekter ut over bruk av antipsykotika alene i denne gruppen. Det finnes ingen klare holdepunkt for at tillegg av stemningsstabiliserende legemidler har en tilleggseffekt hos pasienter med schizofreni uten stemningssvingninger og med dårlig behandlingsrespons på ordinære antipsykotika (374-376).

13.13.4.3 Antidepressiva

En rekke antidepressiva har vært brukt i behandlingen av depresjon ved schizofreni. Enkelte studier gir gode holdepunkt for at standard SSRI-preparater og enkelte serotonin-noradrenalin-reopptakshemmere kan ha god effekt. På grunn av små studier og varierende metodologi er det foreløpig ikke grunnlag for konkrete anbefalinger basert på metastudier (377).

13.13.4.4 Kosttilskudd

Enkelte studier tyder på at enkelte former for omega-3-fettsyrer kan redusere risiko for utvikling av psykose hos pasienter med høy risiko for psykoseutvikling. Det er imidlertid ikke påvist effekt av kosttilskudd på symptomatologien ved schizofreni og andre psykoser (378).

13.13.4.5 ECT

Gjennomgang av kontrollerte studier tyder på at ECT i kombinasjon med antipsykotiske legemidler kan føre til raskere symtombedring hos pasienter som har behov for rask symptomkontroll (379).

Utkast til ekstern høring

13.13.5 Behandling av spesielle pasientgrupper

13.13.5.1 Behandling av barn og ungdom

Det er behov for særlig aktsomhet i behandlingen av barn og ungdom med psykotiske lidelser. Dette er en pasientgruppe som har økt risiko for både ekstrapyramidale bivirkninger (særlig parkinsonisme), prolaktinstigning, sedasjon, raskt innsettende vektøkning og metabolske forstyrrelser (380).
Samtidig har psykotiske lidelser med tidlig start ofte et svært alvorlig forløp, med symptomer og funksjonstap som virker ødeleggende for utviklingsmuligheter, og som nødvendiggjør behandling.
Det finnes ingen antipsykotiske legemidler som er registrert for behandling av schizofreni eller liknende psykoser hos ungdom under 15 år i Norge.
I preparatomtalen av tre av de mest brukte preparatene (olanzapin, risperidon og kvetiapin) er det spesifikt tatt forbehold om at de ikke er indisert til bruk hos barn og ungdom under 18 år, mens det for aripiprazol finnes doseringsanbefalinger ved schizofreni hos ungdom over 15 år.
I USA er risperidon godkjent for ungdom ned til 13 år, mens olanzapin ikke er godkjent på grunn av metabolske forstyrrelser. For pasienter under 18 år, med klart behandlingstrengende psykotiske symptomer, som ikke har god respons på, og/eller har plagsomme preparatspesifikke bivirkninger av aripiprazol, må det gjøres et gjennomtenkt valg av legemiddelbehandling i samråd med pasient og pårørende. Det må deretter gjennomføres en tett og nøye oppfølging av virkninger og bivirkninger, som bør inkludere livsstilsråd.
Det anbefales ikke å bruke antipsykotiske legemidler på høyrisikopasienter uten psykotiske symptomer.

13.13.5.2 Behandling av eldre

De fleste eldre med schizofreni har hatt sykdommen fra ung voksen alder. Prevalensen av schizofreni hos personer over 65 år ligger noe lavere enn i yngre aldersgrupper (0,2–0,5 %). Dette kan skyldes både underdiagnostisering, tidlig over dødelighet og/eller tilfriskning. Schizofreniforme psykoser kan også, i relativt sjeldne tilfeller, starte hos eldre. Både hos eldre personer som har vært syke i mange år, og hos eldre med senere diagnose, er det viktig å være klar over at det foreligger økt risiko for bivirkninger. Dette gjelder både parkinsonisme og tardive dyskinesier, men også sedasjon og sentrale og perifere antikolinerge bivirkninger. Eldre pasienter vil derfor vanligvis trenge lavere dose enn yngre, på nivå med det som er anbefalt for førstegangspasienter. Siden eldre ofte har kompliserende somatiske sykdommer, er det særlig viktig å være oppmerksom på mulige interaksjonseffekter med andre typer legemidler (381). Se også kapittel 17.1.

13.13.5.3 Behandling av pasienter med samtidig psykose og rusmisbruk

Rusmiddelmisbruk er en vanlig komplikasjon ved psykotiske lidelser. Vedvarende alvorlig rusmiddelmisbruk hos en pasient med en primær psykotisk lidelse vil kunne ha innvirkning både på pasientens mulighet til å følge opp avtalt medisinering, på metabolismen av legemidlet samtidig som det kan være interaksjonseffekter mellom rusmidlet og legemidlet. Fordi pasienter med aktivt rusmiddelmisbruk kan ha vansker med å strukturere dagen, bør selve legemiddelinntaket være enkelt å håndtere. Dette

Utkast til ekstern høring

kan være gjennom bruk av legemidler med enkle doseringsrutiner, bruk av dosett, påminning om legemiddelinntaket fra hjelpepersonell eller bruk av langtidsvirkende preparater (orale eller depotinjeksjoner dersom det oppleves bedre av pasienten). Det må vurderes om redusert leverfunksjon på grunn av alkoholskader eller hepatitt kan føre til endring i legemiddelnedbrytning. Antipsykotiske legemidler som er sterkt sederende eller har antikolinerge effekter, kan føre til økt sedasjon eller forvirring etter inntak av rusmidler.

Når det gjelder psykoser som er utløst av rusmiddelbruk, er det begrenset med systematisk forskning på legemiddelbehandling. Mens en randomisert kontrollert studie som viste effekt av antipsykotisk medisinering på amfetaminutløst psykose, (382) konkluderer en Cohrane review med at kunnskapsgrunnlaget er for magert for endelig konklusjon med hensyn til behandling av amfetaminutløst psykose, og etterspør flere studier av effekten av antipsykotisk medisinering og benzodiazepiner i denne gruppen (91). Enkelte studier tyder på at bruk av AGA, særlig klozapin, kan ha en tilleggsvirkning ved å redusere legemiddelsug. Samtidig er klozapin et problematisk legemiddel å bruke for pasienter som har vansker med regelmessig oppfølging (383). En oversiktartikkel antyder også at antipsykotisk medisinering kan minske bruken av cannabis i denne gruppen (384)

13.13.5.4 Behandling av gravide og ammende

Siden psykotiske lidelser ofte starter hos unge voksne, vil kvinner med psykotiske lidelser ofte bruke antipsykotiske legemidler i den perioden av livet hvor det er mest aktuelt å få barn.
Fordi legemidlene vanligvis krysser over til barnets kretsløp gjennom placenta (morkaken) og også skilles ut i morsmelken, er det en viss risiko for at legemidlene kan påvirke det ufødte eller nyfødte barnet. Denne risikoen må veies opp mot den risikoen barnet kan utsettes for hvis mor får tilbakefall eller er vedvarende høysymptomatisk under graviditet eller etter fødsel. Også normale og ønskede svangerskap er en utfordrende livsendring for kommende foreldre. Det samme gjelder det å få ansvaret for et nyfødt barn med perioder med avbrutt nattesøvn og mindre muligheter til egenomsorg.
I denne perioden kan derfor tilbakefallsrisikoen og konsekvensene av et tilbakefall være større enn ellers i livet (268). De forskjellige formene for risiko må derfor veies opp mot hverandre.
Vi har av forståelige etiske grunner ingen kontrollerte studier av antispykotiske legemidler ved graviditet og amming (385). Forekomsten av misdannelser hos barn født av friske kvinner som ikke bruker antipsykotika, er på 1–3 %, og kvinner med psykotiske lidelser som ikke bruker legemidler, har i utgangspunktet oftere svangerskapskomplikasjoner enn friske. Det er derfor vanskelig å trekke klare konklusjoner ut fra naturalistiske studier.

Observasjonene tyder på at de mest kjente og mest brukte legemidlene ikke ser ut til å føre til en sikker økt risiko for fosteret, men at barna kan fødes med lette til forbigående nevromuskulære bivirkninger. Ut fra kunnskap fra naturalistiske studier og klinisk erfaring vil de fleste tilrå at antispykotiske legemiddelbehandling fortsetter gjennom graviditeten.

Ukast til ekstern høring

Den største risikoen for vedvarende skader av et legemiddel er her - som ved alle legemidler - ved bruk i første trimester, som er den perioden da organene dannes. Ved planlagte graviditeter hos symptomfrie kvinner med god oppfølging og allianse bør det diskuteres om de aller første ukene av graviditeten bør foregå med en lav dosering av et velprøvd legemiddel, eventuelt med en kort legemiddelfrihet og en langsom opptrapping etter dette.
Mange graviditeter er imidlertid ikke planlagt, og hos mange blir ikke svangerskapet erkjent før etter at den mest risikable perioden for fosteret er tilbakelagt. I slike situasjoner er mor naturlig nok ofte engstelig for mulige negative konsekvenser. Risikoen for fosterskade er så liten at det ikke er grunnlag for å vurdere svangerskapsavbrudd. Det er på dette tidspunktet vanligvis heller ikke grunnlag for å anbefale å slutte med legemiddelbehandling, men det bør vurderes å skifte til et legemiddel med best mulig sikkerhetsprofil hvis mulig (386). Det bør også brukes lavest mulig dose, men i denne sammenhengen må det også tas hensyn til at væskevolumet hos gravide er høyere slik at eventuelle serumkonsentrasjoner kan gå ned.

Størst erfaring med bruk for gravide er det med perfenazin (Trilafon), som i tidligere perioder ble brukt som et middel mot svangerskapskvalme hos ellers friske (387). Fordi den lave forekomsten av prolactinemi ved bruk av olanzapin har ført til enkelte overraskende graviditeter hos kvinner som tidligere hadde brukt andre legemidler, er det også relativt mange observasjoner av graviditet under olanzapinbehandling. Legemidler som har vært på markedet i kort tid, eller har blitt brukt av få personer, bør unngås for gravide og ammende, fordi det kan være manglende observasjonstid for sjeldne misdannelser. Mulige virkninger på barnet av det enkelte legemidlet er beskrevet i den offisielle preparatomtalen (http://www.legemiddelverket.no). Det er i flere preparatomtaler beskrevet at barnet kan oppleve forbigående nevromuskulære (ekstrapyramidale) symptomer i perioden like etter fødsel ved bruk i siste trimester. Enkelte preparatomtaler anbefaler derfor å avslutte legemiddelbruk i perioden like før fødsel. Om denne anbefalingen skal følges, bør vurderes kritisk og nøye.
Å unngå at påvirkningen på barnet blir registrert fordi bivirkningene har rukket å gå tilbake før fødselen, er ingen sikring mot negativ påvirkning. Samtidig kan tilbakefall i forbindelse med fødsel og i barnet første leveuker kan ha svært negative konsekvenser. De fleste vil derfor ikke anbefale at behandling avsluttes i denne perioden.
De fleste anbefaler imidlertid å unngå amming for å unngå opptak fra morsmelk. Hos kvinner ved stabil tilfriskning kan det gjøres en individuell vurdering av legemiddelbehandlingen, spørsmål kan stilles direkte til RELIS, www.relis.no, og kvinnens syn på betydning av amming.

Når det gjelder bruk av andre legemidler i svangerskapet, har det særlig vært fokusert på bruk av stemingsstabiliserende legemidler. For kvinner med alvorlige stemningssvingninger som del av sykdomsbildet, kan det være nødvendig å fortsette behandlingen.
Det frarådes å bruke valproat under svangerskap på grunn av klar økt risiko for nevralrørsdefekter og andre alvorlige misdannelser. Det var før antatt at litium ga økt risiko for enkelte spesifikke hjertefeil, men denne risikoen synes, ut fra nyere studier, å være svært liten. Heller ikke bruk av lamotrigin ser ut til å medføre større risiko ved bruk i svangerskapet. Etter fødsel ser imidlertid valproat ut til i liten grad å gå over i

Utrast til ekstern høring

morsmelken og er dermed et relativt trygt legemiddel å bruke, mens litium og lamotrigin går over i morsmelken og kan påvirke barnet (388).

13.13.5.5 Behandling av personer med psykisk utviklingshemming

Før behandling med legemidler iverksettes, bør det foretas farmakogenetisk analyse av CYP-450-systemet med tanke på eventuelle mutasjoner som virker inn på legemiddelmetabolismen. Dette vil ofte begrense valgmulighetene noe, samt forhindre unødvendig utprøving av legemidler som åpenbart er uhensiktsmessige.

Ved oppstart med legemidler bør doseringen trappes langsomt opp. Opptrappingen bør stoppes på så lav dose som mulig. Fordi disse pasientene ofte ikke selv klarer å rapportere om opplevd effekt av legemidler, må virkninger og bivirkninger følges nøye av personer med inngående kjennskap til den enkelte pasient. Serumkonsentrasjon bør av den grunn også måles regelmessig. Personer med hjerneorganiske avvik kan ha lavere terskel for sentralnervøse bivirkninger av legemidler, spesielt gjelder dette antipsykotika, antiepileptika og benzodiazepiner.

Personer med utviklingshemming har allerede svakere kognitive evner enn befolkningen generelt. Ved behandling med antipsykotika kan slike evner svekkes og mange kan bli så sløve og trette at det oppleves plagsomt. Spesielt kan det være risiko for dette ved bruk av 1. generasjonshøydosepreparater. Personer med utviklingshemming kan også ha andre sykdommer og vansker det må tas hensyn til, for eksempel metabolske sykdommer. Epilepsi er også hyppig forekommende i gruppen, og estimater antyder en forekomst på 30 % blant personer med utviklingshemming. Det er da spesielt viktig å ta hensyn til mulige legemiddelinteraksjoner.

Det er et stort forbruk av antipsykotika blant personer med utviklingshemming som gruppe, ofte uten at de har en diagnostisert psykoselidelse. Det er viktig å unngå å behandle atferdsvansker eller uro/utagering med antipsykotika uten først å ha foretatt grundig somatisk og psykiatrisk differensialdiagnostikk med tanke på for eksempel fordøyelsesvansker, urinveisinfeksjoner, tannsmerter, angst, depresjon og så videre.

Når det gjelder pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespekterforstyrrelser, gjelder mange av de samme anbefalingene som for personer med utviklingshemming. De ser imidlertid ut til å være enda mer sårbare for bivirkninger. I USA er Risperidon anbefalt til bruk mot atferdsvansker hos denne gruppen. Mange kan også ha ubalanse i melatoninstoffskiftet og har nytte av melatonin mot søvnforstyrrelser.

13.13.5.6 Behandling av forskjellige etniske grupper

Effekten av psykofarmakologisk behandling kan variere mellom forskjellige etniske grupper, basert på både biologiske og sosiokulturelle faktorer. Opptaket av legemidler vil kunne være annerledes i kosthold med høyt inntak av proteiner enn i kosthold med høyt inntak av karbohydrater, og bruk av kulturspesifikke urtemedisiner kan også påvirke både opptak og metabolisme.
Det finnes også etniske forskjeller i metabolismen av antipsykotiske legemidler i

Utkast til ekstern høring

leveren, knyttet til en rekke forskjellige genetiske variasjoner i enzymene i cytokrom P-450 familien. Omtrent 1/3 av personer med asiatisk bakgrunn, og omtrent like mange med afrikansk bakgrunn, er såkalt ”slow metabolizers”. Det betyr at de bryter ned enkelte legemidler langsommere enn andre, noe som fører til økt risiko for utilsiktet overdosering og dermed økt bivirkningsrisiko.
Det kan sannsynligvis også forekomme etniske variasjoner i risikofaktorer for spesifikke bivirkninger. Undersøkelser fra USA tyder på at personer med asiatisk bakgrunn er mer utsatt for nevromuskulære bivirkninger enn europeere. Den høyere risikoen for diabetes i enkelte asiatiske og afrikanske befolkningsgrupper gjør at det her bør utvises større forsiktighet ved bruk av antipsykotika som øker risiko for diabetesutvikling. Studier tyder også på at pasienter med afrikansk bakgrunn har høyere risiko for å utvikle hyperglykemi på antipsykotisk behandling enn andre grupper (389;390).

13.13.5.7 Andre forhold ved antipsykotisk behandling

Pasienter med psykotiske lidelser bruker mer nikotin og koffein enn andre. Høyt forbruk av nikotin påvirker Cytokrom P 450-systemet og øker aktiviteten særlig av CYP 1A2 som er viktig i metabolismen av blant annet haloperidol, olanzapin og klozapin. Dette betyr at ”storrøykere” kan trenge opp mot dobbelt så høye doser som ikke-røykere.
Koffein blir også metabolisert gjennom det samme systemet, og høyt kaffeforbruk kan også redusere serumkonsentrasjonen av legemidlene.
Også spesielle matvarer kan påvirke Cytokrom P 450-systemet. Grapefrukt hemmer enkelte av disse enzymene og kan dermed øke serumkonsentrasjonen. Enkelte grønnsaker, som kål og brokkoli, vil øke aktiviteten av enkelte enzymer og dermed føre til redusert serumkonsentrasjon.
Når det gjelder bedømming av eventuell interaksjonsproblematikk, bør alle pasienter også spørres om de bruker naturmidler.

Utkast til høring

Antatte virkemekanismer for 2. generasjonsantipsykotika

Preparater	Dopamin					Serotonin (5HT)						Kolinerg-muskarinerg			Adrenerg			Histamin	Merknader
	D_1	D_2	D_3	D_4	D_5	1	2	3	6	7	Re-opp-tak	M1	M2	M5	$<_1$	$<_2$	Re-opp-tak	H_1	
Sertindol		↓					↓					(-)	(-)		↓			(-)	
Ziprasidon		↓				A ↑ D ↓	A ↓ C ↑				↓	(I)			(I)		↓	(I)	
Olanzapin	↓	↓	↓	↓	↓		A ↓ C ↓	↓	↓			↓		↓	I			I	Større affinitet til 5HT2 enn til D2
Quetiapin	↓	↓				A(I)	↓								I	(I)		I	Større affinitet til 5HT2 enn til D2
Amisulprid		↓	↓																
Risperidon		↓					↓					(-)	(-)		I	(I)		(I)	
Aripiprazol		↑	I	(I)		A↑	A↓			I		(-)	(-)		(I)			(I)	Enkelte preparat med D2-agonisme
Klozapin	(↓)	(↓)	(↓)	↓	(↓)		↓					↓	(↓)		↓	↓		↓	Lav antidopamin-Effekt. Har også antiserotinerge egenskaper

Utkast til ekstern høring

Ekvivalenstabell og Definerte Daglige Døgndoser (DDD) for enkelte vanlige antipsykotiske legemidler

Legemiddel	Potens ratio	Ekvivalente doser antipsykotisk effekt	DDD (mg)	Adm form
Første Generasjon Antipsykotikum				
Høydose (lavpotente)				
Klorpromazin (Hibanil ®, Largactil®)	1.0	300.0	300.0	O
Klorprotixen (Truxal ®)	2.0	150.0	300.0	O
Levomepromazin (Nozinan®)	1.0	300.0	300.0	O
Mellomdose				
Dixyrazin (Esucos®)	6.0	50.0	50.0	O
Perfenazin (Trilafon®)	12.5	24.0	30.0	O
Perfenazin dekanoat (Trilafon depot®)	53.0	5.7	7.0	P
Proklorperazin (Stemetil®)	6.7	45.0	100.0	O
Zuclopentixol (Cisordinol®)	4.0	75.0	30.0	O
Zuclopentixol dekanoat (Cisordinol Depot®)	7.0	42.0	15.0	P
Lavdose (høypotente)				
Flupentixol (Fluanxol®)	50.0	6.0	6.0	O
Flupentixol dekanoat (Fluanxol depot®)	70.0	4.2	4.0	P
Haloperidol (Haldol®)	33.0	9.0	8.0	O
Haloperidol dekanoat (Haldol depot®)	50.0	6.0	3.3	P
Andre Generasjon Antipsykotikum				
Amisulprid (Solian®)	1.0	300.0	400.0	O
Aripiprazol (Abilify®)	13.3	22.5	15.0	O
Clozapin (Leponex®, Clozapin®)	1.0	300.0	300.0	O
Olanzapin (Zyprexa®)	20.0	15.0	10.0	O
Olanzapin inj				P
Quetiapin (Seroquel®)	1.3	225.0	400.0	O
Risperidon (Risperdal®)	66.0	4.5	5.0	O
Risperidon inj (Risperdal Consta®)	100.0	3.0	1.8	P
Sertindol (Serdolct®)	18.8	16.0	16.0	O
Ziprazidon (Zeldox®)	1.6	180.0	80.0	O

(Etter Kroken et al, 2009 (391))

Utkast til ekstern høring

13.14 Oppfølging av behandling

Vurdering av behandlingseffekt for alle behandlingsdimensjoner (individuell behandling, familiesamarbeid, legemiddelbehandling og eventuelle andre anbefalte tilnærminger) bør gjennomføres regelmessig i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. En tverrfaglig behandlingsplan som inkluderer alle igangsatte tiltak vil være et godt hjelpemiddel for evaluering. Se punkt 13.14.1 og 13.14.2 for nærmere beskrivelse av legemiddelbehandling og familiesamarbeid.

13.14.1 Behandling med legemidler

All legemiddelbruk innebærer risiko for uønskede virkninger. Det er viktig å monitorere dette fra behandlingsstart, slik at disse kan forebygges eller reduseres. Legemiddelgruppene har noe forskjellig bivirkningsprofiler, først og fremst i form av at førstegenerasjonspreparater gir økt risiko for nevromuskulære bivirkninger, og andregenerasjonspreparater gir økt risiko for utvikling av kardiovaskulære risikofaktorer. De er likevel ikke mer forskjellige enn at enkelte pasienter kan oppleve andre typer bivirkninger enn forventet. En relativt stor gruppe pasienter kan oppleve akathisi ved bruk av høyere doser andregenerasjonspreparat, og det er heller ikke uvanlig at førstegenerasjonspreparater gir vektøkning og lipidforstyrrelser. Begge områder bør derfor monitoreres hos alle pasienter, uansett hvilket legemiddel de bruker.

Alle pasienter bør også utredes med tanke på spesifikke risikofaktorer før eller (i veldig akutte tilfeller) så snart som mulig etter behandlingsoppstart.
Denne utredning bør inneholde en somatisk undersøkelse med vekt på kardiovaskulære symptomer og risikofaktorer (blodtrykk, Body Mass Index (BMI) og bukomfang), samt familiehistorie. Det bør også observeres om pasienten har nevromuskulære symptomer (dyskinesier) før behandlingsoppstart siden dette også kan ses hos umedisinerte pasienter. Dersom anamnese gir mistanke om hjertesykdom, eller pasienten vurderes satt på legemidler som gir forlenget QT–tid, skal det tas EKG. Enkelte legemidler brukt for somatiske lidelser kan også gi forlenget QT-tid, så all legemiddelbruk må kartlegges nøye. Fastende blodlipider og blodsukker bør også måles før oppstart. Dette er en gruppe hvor det kan være vanskelig å få til gode rutiner for fastende polikliniske prøver, og det er viktig å ha godt samarbeid med laboratorium for tilrettelegging.

De samme blodprøvene og klinisk undersøkelse for utvikling av bivirkninger skal kartlegges under behandlingsforløpet, hyppig etter oppstart, og minst én gang i året for stabile pasienter. For løpende kartlegging av mulige legemiddelbivirkninger finnes det flere alternativer. Den såkalte StHans-skalaen er en lett tilgjengelig skala med hovedvekt på nevromuskulære bivirkninger. Udvalg for Kliniske Undersøgelser (UKU), Side Effect Rating Scale er mer omfattende og inkluderer også andre typer bivirkninger. UKU-skalaen finnes både i en klinikervurdert og en pasientvurdert utgave. Skalaen er såpass omfattende og komplisert at pasientutgaven ikke anbefales for denne pasientgruppen. Det er imidlertid viktig å ha pasientens egenopplevelse i sentrum, siden mange plagsomme bivirkninger ikke kan observeres direkte i konsultasjonen. Bruk både av StHans- og UKU-skalaen krever noe øvelse, og den som gjør vurderingen, bør ha medisinsk kompetanse, særlig for å vurdere nevrologiske bivirkninger. Meldepliktige bivirkninger er dødelige og livstruende

Utkast til fagsystem høring

bivirkninger, bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger og nye eller uventede bivirkninger, jf. Legemiddelforskriften § 10-6. RELIS og Legemiddelverket anser det også som nyttig å få meldinger om alle bivirkninger av nye legemidler, alle bivirkninger av legemidler under særlig overvåking og problemer ved seponering av legemidler. For mer informasjon, se www.relis.no/Bivirkninger.

13.14.2 Familiesamarbeid

Det er av stor betydning å kartlegge i hvilken grad pasient og familie er fornøyd med behandlingstilbudet. Alle pasienter og pårørende bør ha anledning til fortløpende å gi tilbakemelding på selve behandlingen som tilbys. Ved avsluttet behandling bør de få evaluere behandlingen og hvordan de har blitt møtt. TIPS Sør-Øst har videreutviklet et skjema som måler brukertilfredshet ved deltakelse i flerfamiliegruppe, se vedlegg 4.

Utkast til ekstern høring

14 Behandling, rehabilitering og oppfølging i kommunen

Hjelp til selvhjelp er et bærende prinsipp i det kommunale psykiske helsearbeidet. Det handler om å gi nødvendig hjelp og støtte, slik at den enkelte selv i størst mulig grad klarer å mestre livet. Prinsippet hviler på en grunnleggende tro på at alle mennesker vil kunne gjenvinne kontroll over livet sitt, og oppleve bedring og mestring på livsområder der de tidligere trengte hjelp.

Najonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (392) beskriver omfanget av psykisk helsearbeid i kommunene, som forebygging, diagnostisering og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning. Dette innebærer også å ha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og behovet for tiltak og tjenester. Psykisk helsearbeid utføres i helse- og sosialtjenesten og andre sektorer i kommunen. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse på psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid er både et kunnskapsfelt og et praksisfelt og omfatter også arbeid på systemnivå, som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (NAPHA), www.napha.no arbeider med videreutvikling av kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser.

Behovet for kommunale tjenester varierer mye fra person til person. De ulike lidelsene gir ingen klar indikasjon på hvilke tjenester vedkommende trenger, og de individuelle forutsetningene og miljøbetingelsene er forskjellige.
Som illustrert i innledningskapitlet i retningslinjen er psykiske lidelser først og fremst unge menneskers lidelser. Barn og ungdom vil oftest først komme i kontakt med helsestasjon eller skolehelsetjeneste og henvises til fastlege, som viderehenviser til psykisk helsevern for barn og unge. Kommunehelsetjenesten har en særlig utfordring i å legge til rette for at unge mennesker med begynnende alvorlig psykisk lidelse kan oppdages tidlig i sykdomsforløpet (123).
Personer med akutte og forbigående psykoser som har fått behandling i spesialisthelsetjenesten, klarer seg ofte videre uten annen kommunal oppfølging enn kontakt med fastlegen.
For personer med langvarige psykoselidelser kan det imidlertid være behov for hjelp og bistand for en kortere eller lengre periode. Gjennom målrettet trening og rehabilitering vil mange av disse opparbeide seg evner til å mestre hverdagens ulike gjøremål og etter hvert klare seg på egen hånd. For en liten gruppe kan det imidlertid være snakk om livslange hjelpebehov. Dette er ofte personer med store intrapsykiske forstyrrelser, samt omfattende og sammensatte tjenestebehov. Det er viktig å understreke at også personer i denne gruppen opplever bedring på mange livsområder.

Utkast til ekstern høring

Et bredt og helhetlig tilbud
Det kommunale psykiske helsearbeidet har sitt utgangspunkt i det lokale livet rundt den enkelte bruker. Det innebærer at brukeren som opplever problemer må ses i sammenheng med sine omgivelser, og at brukerens livssituasjon inkluderes som arbeidsfelt (393).
Det kommunale arbeidet omfatter både forebyggende arbeid for mennesker som står i fare for å utvikle psykiske lidelser, samt tiltak og tjenester rettet mot personer som har utviklet lidelser.
Mange personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer har behov for et sammensatt tilbud fra hjelpeapparatet gjennom store deler av livet. De kommunale tiltakene må innrettes på mange livsområder som lokalsamfunn, folks hjem, familie, sosiale nettverk, arbeidsplass, skole, kultur- og fritidstilbud med flere. I denne forbindelsen blir det viktig at tiltakene tilpasses hverandre, slik at de skaper en sammenhengende kjede av tiltak som understøtter hverandre.
Dette betinger utviklingen av et bredt og mangfoldig lokalt tilbud, tjenesteutøvere med kompetanse på ulike områder og et gjennomgripende tverrfaglig samarbeid.

14.1 Skolehelsetjenestens og helsesøsters rolle

Skolehelsetjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn, unge og deres foresatte. I følge Kommunehelsetjenesteloven (19) skal kommuner gi skoler, inkludert videregående opplæring, tilbud om en skolehelsetjeneste. Tjenesten har en sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid og arbeider helsefremmende og forebyggende, både med psykisk og fysisk helse og sosiale forhold. Formålet er å fremme psykisk og fysisk helse og gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader.
Helsesøster er som oftest den som har regelmessig kontakt med skolen, med fast oppmøtetid, og derved vil kunne tilrettelegge for flere lavterskelmøtepunkter med unge mennesker, noe som kan gi gode muligheter for å oppdage tidlig psykose eller forstadier til psykose.
Skolehelsetjenesten bør oppfordre lærere til å bidra til at elever som har stort fravær og/eller viser uforklarlig endring i atferd kommer til helsetjenesten. Endring i atferd kan vise seg i elevens sosiale funksjon, reduksjon i forventede skoleprestasjoner eller tap av motoriske ferdigheter.
For en oversikt over arbeidsoppgaver som helsesøster kan ha i møte med unge med psykose, se tabellen under.

- Fast treffetid/lavterskeltilbud for samtaler, råd og veiledning
- Samarbeid med skolen om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk læringsmiljø, delta i programmer som "Psykisk helse" i skolen
- Motivering for og formidling av kontakt for videre behandling
- Bistand, undervisning og informasjonsarbeid generelt og i konkrete saker
- Samarbeid med andre instanser om habilitering
- Deltakelse i et oppfølgingsopplegg med jevnlige samtaler
- Hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet
- Samarbeid og oppfølging av familier og pårørende

Utkast til ekstern høring

14.2 Helsestasjon for ungdom og studenthelsetjenesten

Flere helsestasjoner for ungdom har et eget tilbud om psykologisk hjelp og støtte for ungdom mellom 13 og 20 år. I tillegg til lege og helsesøster er de i flere kommuner tilsatt psykolog eller psykiatrisk sykepleier i tjenesten. Dette er et lavterskeltilbud som ikke krever henvisning, men hvor en kan ta direkte kontakt for hjelp og spørsmål. Helsestasjonen kan henvise videre til spesialisthelsetjenesten eller andre deler av hjelpeapparatet om nødvendig.

Det samme gjelder studenthelsetjenesten, som er etablert i de fleste byer med universitetet og høgskoler. Studenthelsetjenesten i Norge er ulikt bemannet på ulike steder, men alle vil alltid ha lege og sykepleier ansatt, og de kan henvise videre for psykologisk hjelp. Begge disse tilbud er gratis og har som regel åpningstid også om ettermiddagen.

14.3 Fastlegens rolle

Psykiske lidelser er unge menneskers lidelser og forekomstmønsteret i befolkningen er motsatt av somatiske lidelser (som øker med alder).
Fastlegene har et godt utgangspunkt for å gi helsetjenester til pasienter med psykoselidelser. De har ofte familiekunnskap og stor grad av generell medisinsk kompetanse. Mange fastleger har også god kompetanse i kognitiv terapi.

Fastlegene får gjennom sitt listeansvar ofte en bred kunnskap om den enkelte og familiene deres og står for en kontinuitet som er viktig for denne pasientgruppen. Alt dette gjør fastlegen godt egnet til å behandle pasientene, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.
Fastlegen bør ha en viktig rolle i oppdagelse, behandling og oppfølging av pasienter med psykose og fare for psykoseutvikling (394). Somatiske plager kan være en del av sykdomsbildet eller eksistere parallelt med psykoselidelsen.

En særlig utfordring er den markert reduserte levealderen assosiert med disse lidelsene (15 år for kvinner, 20-25 år for menn, se kapittel 12.2.7), noe som gjør at tett oppfølgning av somatisk helse er nødvendig.
Det er svært viktig at disse pasientene allerede fra sykdomsdebut følges tett opp med tanke på somatisk helse, rådgivning med mer.
Det vil ofte være hensiktsmessig at fastlegen følger disse pasientene opp både i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og andre kommunale aktører som boligpersonell, hjemmesykepleie eller andre samarbeidspartnere.

Helsedirektoratet utga i 2009 rapporten ”Allmennlegetjenesten og psykisk helse” (395), som gir en statusbeskrivelse og trekker fram utfordringer i allmennlegetjenesten relatert til psykisk helsearbeid og psykisk helsevern. Arbeidet rapporten beskriver, har bidratt til at en rekke tiltak er valgt ut som utviklingsområder både på kort og lang sikt. Eksempel på tiltak er samhandling internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, praksiskonsulentordningen, tilgjengelighet, bruker- og pårørenderfaringer i allmennlegers videre- og etterutdanning, oppfølging av barn og unge og samarbeid med psykologer i kommunene.

Utkast til ekstern høring

God samhandling med andre instanser rundt den enkelte pasient innebærer at det er nødvendig:

- med gode rutiner for tilbakemelding til fastlegen fra andre aktører (f.eks. spesialisthelsetjenesten)
- med informasjon om hvor fastlegen kan henvende seg for å diskutere ulike medisinske forhold vedrørende den enkelte pasient
- med aktiv og planlagt oppfølging av pasienten og tydeliggjøring av ansvarsfordeling, gjerne gjennom å etablere ansvarsgruppe
- at hovedansvaret for vedlikehold og revisjon av Individuell plan for det samlede tilbudet til pasienten som oftest ligger i kommunen

Norske undersøkelser viser at det varierer hvor godt fastleger følger opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni (396). Det er i tidligere kapitler vist at den overveiende andelen av alvorlig psykisk lidelse debuterer før fylte 25 år, i motsetning til hva som er tilfelle for somatisk sykdom.
Det er i denne sammenhengen en stor utfordring for psykisk helsefeltet at de færreste unge mennesker har kontakt med fastlegen sin. Helsedirektoratets rapport "Data fra allmennlegetjenesten" (397) viser at andelen brukere av fastlege er ca. 6 % i alderen 10–19 år og ca. 11 % i alderen 20–29. Dataene er fra 2008.

Kontakten mellom ungdom og fastlege bør ideelt sett etableres før debut av psykisk lidelse og ha et forebyggende perspektiv både for fysisk og psykisk helse, jf. den alvorlige helsepolitiske utfordring knyttet til den dramatiske reduksjonen i forventet levealder for disse pasientene.
Et viktig forebyggende tiltak kan være at ungdom i alderen 15–16 år inviteres til en kontaktetablerende helsesamtale med fastlegen.

14.4 Psykologer i kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i St.prp.nr.1 i flere år påpekt mangel på psykologkompetanse i kommunene. I St.prp.nr.1 (2006-2007) heter det eksempelvis: «Kommuner må framover bygge opp tilbud innen utredning, behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske plager og lidelser. Flere psykologer må inngå i det tverrfaglige arbeidet». Det skrives videre: «Det er behov for økt kapasitet når det gjelder utredning og behandling i kommunene» (398). St.prp.nr.1 (2006-2007) sier også at det bør «utredes ordninger som bidrar til å rekruttere psykologer til kommunene, både når det gjelder tjenester for voksne og for barn/unge».

Helsedirektoratet utga i 2008 rapporten "Psykologer i kommunene – barrierer og tiltak for økt rekruttering" (399). Rapporten er basert på forskning og faglige vurderinger og gir eksempler på oppgaver og organisering, med utgangspunkt i at psykologstillingene inngår i det eksisterende tiltaksnettverket og samarbeider med andre faggrupper.

Flere kommuner har ansatt psykologer. Disse bør ha spesialkompetanse på unge voksnes psykiske helse, særlig med tanke på utredning og tidlig oppdagelse av tilstander som kan utvikle seg til psykose dersom de ikke behandles raskt. Kommunepsykologene må samarbeide tett med fastlegene og de andre kommunale helsetjenestene.

Utkast til ekstern høring

14.5 Helse- og omsorgstjenester

Det kommunale helse- og omsorgstilbudet dekker et bredt felt av tjenester som kan være aktuelle for personer med psykoselidelser. Tjenestene er regulert gjennom ulike lover og skal sikre den enkeltes rettigheter og behov på en forsvarlig måte. Utgangspunktet for mange helse- og omsorgstjenester er å gi hjelp, støtte og behandling i brukers hjem.
Tiltak i hjemmet handler om å dekke den enkeltes beboerens grunnleggende behov i hverdagen, blant annet kosthold, helse, personlig hygiene og hvile. Hjemmet er dessuten et viktig sted for privatliv og valg av identitet, og en sentral forutsetning for at integrering og deltakelse i samfunnet skal kunne finne sted. De fleste mennesker tilbringer store deler av livet i hjemmet, og det en opplever som livskvalitet vil være nært knyttet til situasjonen der.
Helse- og omsorgstjenester i hjemmet kan derfor i mange tilfeller være minst like viktig som behandlingsrettede tiltak utenfor boligen. Det er viktig at hjelpeapparatet utviser skjønn og fleksibilitet i oppfølgingsarbeidet da hjelpebehovene ofte varierer over tid.

Hjelpetiltakene i brukers hjem varierer fra ulike former for tilsyn og støtte, råd og opplæring og praktiske tjenester i dagliglivets aktiviteter og gjøremål. Hjelp og støtte knyttet til papirarbeid, økonomi, rengjøring, klesvask, medisiner, innkjøp og ernæring kan være viktige hjelpetiltak for denne målgruppen. Andre tiltak kan være vekking, transport og hygiene.
For noen brukere kan det være nyttig å lage en ukeplan for å påminne om og strukturere det som skal skje. Andre brukere kan ha behov for å utarbeide en samarbeidsavtale med hjelpeapparatet som sikrer regularitet i hjelpen, også hvis brukeren trekker seg tilbake. Forskning viser at en systematisk og integrert oppfølging har god effekt ved alvorlige psykiske lidelser. Brukerne blir mer selvhjulpne i dagliglivet og får redusert risikoen for tilbakefall. En viktig forutsetning for et godt resultat er at oppfølgingen tilpasses brukerens mest sentrale behov (400).

3	**For personer med langvarige hjelpebehov er det viktig at oppfølgingen skjer på regelmessig basis. I tillegg bør den utføres av et fast personell.**	**C**

Et viktig aspekt ved oppfølgingsarbeidet blir å tilrettelegge for at brukeren selv opparbeider seg mestring og selvstendighet på de ulike hjelpeområdene. Et målrettet rehabiliteringsarbeid krever ofte tverrfaglig kompetanse hos personalet. Tjenestene må nødvendigvis tilpasses den enkeltes livssituasjon. Noen vil for eksempel, for det meste, motta tjenester på dagtid, mens det for brukere som går på skole eller er i arbeid vil være hensiktsmessig å få tjenester på kveldstid. Ved kriser eller i spesielle situasjoner kan det være aktuelt å bruke egne oppsøkende team som gir tettere oppfølging og besitter en større grad av fleksibilitet og tverrfaglig kompetanse. Forskning viser at kriseintervensjoner i hjemmet kan redusere risikoen for innleggelser (401).

Utkast til ekstern høring

14.6 Kartlegging av den enkeltes hjelpebehov

4	**Kommunen bør gjennomføre en grundig kartlegging av de individuelle hjelpebehovene ut fra brukerens personlige mål, ressurser og livssituasjon.**	**D**

Hver bruker har sin individuelle bakgrunn og sine spesielle behov. Hvilken type hjelp brukeren trenger, og omfanget av denne, er ikke fastlagt på forhånd. Behovene kan dessuten variere betydelig hos den samme brukeren over tid.
Kartleggingen har som mål å identifisere brukerens ressurser og hjelpebehov slik at en kan skape en helhet i brukerens oppfølgingsbehov. Kartleggingen skjer i nært samarbeid med brukeren selv, og hvis brukeren samtykker, nærmeste pårørende og andre hjelpeinstanser som kjenner brukeren godt. I denne sammenhengen blir det like viktig å identifisere brukernes ressurser og interesser som hans/hennes psykiske helse, sosiale situasjon og praktiske hjelpebehov.

Brukerne har kunnskap om seg, sitt liv og hvordan de ønsker å leve. De har verdifulle erfaringer med hva som hjelper dem og hva som er skadelig. Det handler om å yte den hjelpen og støtten som er nødvendig, og samtidig sørge for minst mulig inngripen i brukerens egen evne til selvhjelp (LEON-prinsippet = lavest effektive omsorgsnivå). Kartleggingen er en tidkrevende prosess og henger nært sammen med brukerens opplevelse av å bli respektert og forstått. Etter en grundig kartlegging finner en, sammen med brukeren, fram til hva tjenestetilbudet rent konkret bør bestå av og hvordan det best kan gjennomføres. Vurdering av hjelpebehov bør, i likhet med evaluering av tjenestene, gjøres på regelmessige basis. Hjelpebehovene vil kunne variere over tid avhengig av den enkeltes livssituasjon og selvhjulpenhet.

Kartleggingen bør omfatte følgende områder:
- Sivilstatus
- Familie og nettverk
- Oppvekst, kultur og etnisitet
- Boforhold
- Utdanning
- Arbeid og arbeidserfaring
- Økonomi
- Egenomsorg
- Psykisk helse – hvilke problemer og hvordan de har utviklet seg
- Annen helse – somatiske sykdommer, tannhelse, avhengighet
- Personlige interesser
- Kultur og fritidsinteresser
- Sosial fungering i nærmiljø og lokalsamfunn
- Egne mestringsstrategier
- Brukerens egne bedringsmål

Utkast til ekstern høring

14.7 Integrert hjelp

Kommunen har en lovmessig plikt til å yte nødvendig bistand i en rehabiliteringsprosess. Mennesker med psykoselidelser kan ofte oppleve ulike former for mestringsproblemer, kognitive forstyrrelser, praktiske problemer og endringer i relasjoner til omgivelser og samfunn.
Hjelpetiltakene har som mål i størst mulig grad å bedre fungeringsevnen og gjenvinne tapte ferdigheter, men også om nødvendig å tilpasse seg en ny situasjon og legge forholdene best mulig til rette for et godt liv (402).
Mange personer med psykoselidelser har, etter år i behandling og rehabilitering, som mål å etablere seg i egen bolig og beholde denne. Hjelpen må derfor starte der.

14.8 Kontakt og samtalebehandling

Utgangspunktet for psykisk helsearbeid i kommunen er møtet mellom bruker og hjelper. Å bli møtt med verdighet og respekt er en grunnleggende rettighet (403). Relasjonen styrkes når hjelperen opptrer forutsigbart overfor brukeren og blir en personlig støtte (404). Kontinuitet i kontakten er en annen viktig faktor.
Å sørge for at bruker opprettholder kontakt med omverdenen og det profesjonelle hjelpeapparatet er viktig av flere grunner. Det kan for eksempel være en bevisst strategi for å forebygge isolasjon av brukere med tilbaketrekningstendenser og brukere i aktive psykoser. Kontakten kan intensiveres hvis situasjonen tilsier dette. Kontinuitet i oppfølgingen henger nøye sammen med livskvalitet, økt fungering i samfunnet, mindre alvorlige symptomer og økt tilfredshet med hjelpetilbudet (42).

Samtalebehandling inngår ofte som en del av oppfølgingen av den enkelte bruker. Samtalene kan både ha den hensikt å forebygge psykiske problemer og å støtte brukeren i ulike opplevelser eller gjøremål i hverdagen. Mange mennesker med psykoselidelser lever med langvarige belastninger knyttet til alvorlige hendelser, konflikter, sykdom og helseplager. De kan dessuten oppleve at de står alene med sine opplever. Samtalene handler om å la den enkelte få fortelle sin historie og få anerkjennelse for sine opplevelser. Det handler dessuten ofte om å hjelpe brukeren til å få bedre oversikt og se nye muligheter. Samtalebehandling kan også være knyttet til oppfølgingen av andre tiltak, som opplæring av ADL-ferdigheter eller rehabilitering knyttet til arbeid eller sosial aktivitet.
Erfaringer viser at positive forhold knyttet til relasjon, er viktigere enn hvilken framgangsmåte eller metode en bruker (300;405). Brukere som opplever hjelperelasjonen som terapeutisk synes å ha bedre nytte av hjelpetiltakene de mottar (406).

14.9 Inntekt og forvaltning av økonomi

En forsvarlig økonomi er en forutsetning for et selvstendig og verdig liv. Tilgang på goder i samfunnet henger sammen med inntekt. Den enkeltes økonomi har betydning for en rekke materielle forhold for eksempel knyttet til bolig, klær, kosthold, fritidsaktiviteter og ferie.
Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser er uten ordinært arbeid og avhengig av pensjoner og offentlige stønadsordninger for å klare seg i hverdagen. Flere studier viser at lav sosioøkonomisk status, som lav utdanning, lav inntekt og lav

Utkast til ekstern høring

yrkesstatus, har sammenheng med dårlig psykisk helse (407;408).
Det å tilhøre en utsatt gruppe eller ha lav sosioøkonomisk status kan enten virke som en risikofaktor for psykiske lidelser eller være en konsekvens av psykiske plager og lidelser. For eksempel skyldes i første rekke sammenhengen mellom schizofreni og lav sosioøkonomisk status at sykdommen vanskeliggjør utdanning og arbeidskarriere (409). På den annen side har dårlige levekår også vist seg å øke risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser (410). En viktig oppgave for hjelpeapparatet er å utrede muligheter for bedret økonomi og rettigheter til bostøtte, trygd, sosialtjenester og andre kommunale ytelser.

Lav inntekt i kombinasjon med dårlig styring av utgifter fører til at noen mennesker med psykoselidelser har problemer med å disponere sine økonomiske midler til løpende utgifter, som husleie, strøm, mat og klær. Kommunen har en plikt til å gi råd og veiledning om økonomi, men i noen tilfeller er dette ikke tilstrekkelig. Kommunen kan i slike tilfeller tilby forvaltning av brukers inntekt. Det innebærer at brukeren overlater deler av sin økonomiske disposisjonsrett til kommunen, slik at denne sørger for at brukerens utgifter blir betalt. Mange brukere opplever det som en stor trygghet å vite at viktige utgifter, som husleie, blir betalt, slik at de ikke risikerer å miste boligen sin. Bruk av hjelpeverge knyttet til forvaltning av inntekt og arv kan også være et alternativ i denne sammenhengen. I helt særskilte tilfeller kan det være aktuelt med tvungen forvaltning av enkeltpersoners økonomi. Tvungen forvaltning er et alvorlig inngrep i en persons handleevne, og må være hjemlet i Folketrygdlovens (411) § 22-6.

4	**Kommunen bør påse at brukers rettigheter med hensyn til inntekt og økonomi er sikret, og bør tilby hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning dersom behovene tilsier dette.**	**B**

14.10 Lavterskeltilbud

En del brukere er kritiske til hjelpen fra det offentlige, og de har i liten grad nytte av tradisjonelle tjenestetilbud (412). Kontakten med hjelpeapparatet skjer ofte i forbindelse med kriser, men utover det trekker de seg fra kontakt og samarbeid med hjelpeapparatet.
Lavterskeltilbud kan, sammen med ambulant virksomhet, være et egnet tiltak overfor denne gruppen. Formålet med denne typen tilbud er å sikre at den enkelte får oppfylt grunnleggende behov knyttet til helse, bolig og økonomi. Det handler om å gjøre hjelpen mest mulig tilgjengelig og sikre tidligst mulig hjelp, utredning og behandling. Et formål med slike tjenester er dessuten å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Dette er tjenester som gir hjelp uten henvisning, med åpningstid tilpasset målgruppen, og som kan oppsøkes av brukere uten henvisning eller krav til betalingsevne. Kommunale lavterskeltilbud kan omfatte ulike former for helse- og sosialfaglig hjelp, overnatting, psykologtjeneste for tidligintervensjon, kommunale kriseintervensjoner, ulike treffsteder og dagsentre.

14.11 Boformer

Tilgang til egen bolig er en grunnleggende betingelse for å kunne etablere et verdig og selvstendig liv (412;413). I tillegg må en kunne bo i den. Opplevelse av frihet,

Ute til ekstern høring

selvbestemmelse og privatliv er nært knyttet til det å ha en egen bolig og et eget hjem. Mennesker med alvorlige psykoselidelser kan både ha problemer med å skaffe seg bolig og problemer knyttet til å bo i den. Kommunen har et hjelpeansvar for begge deler.
Det er etter hvert utviklet en rekke forskjellige boformer i kommunal regi for mennesker med psykiske lidelser og psykoseproblematikk. Graden av tilretteleggelse og oppfølging varierer svært mye avhengig av de individuelle hjelpebehovene. Kommunene har etter hvert gjort seg en del erfaringer med de ulike boformene, sammensettingen av beboere og forhold knyttet til nærmiljø.

14.11.1 Brukerens egne mål og ønsker

Utgangspunktet for kommunens boligarbeid handler om at brukeren selv definerer sine behov og mål.
For personer som allerede har egen bolig, handler det om å iverksette de tiltakene som er nødvendig for at brukeren skal kunne mestre hverdagen i egen bolig og trives i eget hjem. Det av stor betydning at brukeren opplever trygghet i boligen og i forholdet til naboer og omgivelser. Dette gjelder ikke minst for personer med psykoselidelser, som i perioder kan bli meget forstyrret av bråk og uro i sine nære omgivelser. Opplevelse av utrygghet kan også knytte seg til måten hverdagen organiseres eller hvordan tjenesteutøvelsen utføres. Erfaringer viser at klare forutsigbare avtaler, punktlig oppmøte og fast oppfølgingspersonale bidrar positivt til å skape en trygg og stabil bosituasjon.
For personer som har behov for ny bolig, enten de er bostedsløse eller har en utilfredsstillende bosituasjon, er det av stor betydning å foreta en grundig kartlegging av situasjonen. Brukerens egne ønsker og mål bør tillegges stor vekt, samtidig som det er viktig å lytte til pårørende og andre som kjenner brukeren godt. Når det gjelder personer som har mistet sin bolig, blir det viktig å identifisere årsaken til dette og vurdere hva som må til for at dette ikke skjer på nytt. Det er gjort en del undersøkelser om midlertidige boliger (treningsboliger) bør benyttes til kartlegging og rehabilitering. Erfaringer viser at permanente boliger med fordel bør benyttes for målgruppen (414). Dette henger trolig sammen med at botrening i liten grad lar seg overføre fra et sted til et annet, og at trygghet og stabilitet knyttet eget hjem er av stor betydning.

3	**Kommunen bør tilby varige boliger framfor midlertidige boligløsninger. Brukers egne ønsker og mål bør tillegges stor vekt ved tildeling.**	**B**

14.11.2 Tilrettelagte boliger

Det er de siste årene bygd opp en rekke tilrettelagte boliger for mennesker med psykiske lidelser. Felles for disse er at de er særskilt tilrettelagt for målgruppen med utgangspunkt i noen felles kjennetegn blant de som flytter inn. Noen av disse boligene er bygd opp med den hensikt å sikre et trygt og rolig bomiljø. Det kan være boliger som er samlokalisert i en egen blokk eller små enheter i et sosialt rolig bomiljø. Målet er å skjerme beboerne fra forhold som kan virke negativt inn på deres psykiske helse, som uro knyttet til bruk av rusmidler eller kriminalitet. I likhet med øvrige samlokaliserte boliger ligger det samtidig et potensial for bedre ressursutnyttelse.
På et høyere omsorgsnivå finnes boliger med personale tilknyttet boligen. Brukere

Utkast til ekstern høring

som flytter inn i denne typen boliger har ofte et større behov for tjenester, samt behov for tettere tilsyn og tilgjengelighet til personale.
For personer med tendens til isolasjon og sosial tilbaketrekning kan denne typen bolig være nødvendig, siden personalet, i motsetning til det ordinære hjelpeapparatet, i langt større grad vil ha muligheter til å komme på hyppige hjembesøk og ta kontakt hvis beboeren ikke møter som avtalt. Vissheten om at det finnes personale i nærheten, kan dessuten være en trygghetsskapende faktor i seg selv, samt bidra til å skape trygghet i forholdet til nærmiljø og omgivelser.
Boliger av denne typen kan ha personalbemanning på døgnbasis hvis behovet tilsier det. I noen samlokaliserte boliger er det etablert et fellesareale for å ivareta beboernes behov for sosial kontakt utenfor egen bolig. Slike fellesarealer er både ment å sikre grunnleggende sosiale behov og bidra til å øke den enkeltes sosiale ferdigheter og selvtillit på sosiale arenaer utenfor boligen.
Det høyeste omsorgsnivået finner en på kommunale bosenter og sykehjem. Dette er boformer tilrettelagt for mennesker med stor nedsatt fungeringsevne, både fysisk og psykisk. Hjelpen er døgnbasert og knyttet til tilsyn, egenomsorg og praktisk hjelp. Det er ytterst sjeldent at denne omsorgsformen er nødvendig for mennesker med psykoselidelser.

4	**Kommunen bør tilby tilrettelagte boliger til personer som har behov for særskilt tilrettelegging og støtte for å mestre liv i egen bolig. Det bør tilbys boliger med fellesareal og bemanning på heldøgnsbasis dersom behovet tilsier det.**	**B**

14.11.3 Omgivelser, nærmiljø og sammensetting av beboere

I tillegg til den individuelle oppfølgingen er det av stor betydning å legge til rette for gode og stabile bomiljøer for den enkelte. I forbindelse med planleggingen av tilrettelagte boliger bør både boligens beliggenhet og utforming vurderes nøye (415). Det er lite gunstig å finne boliger til mennesker med psykoselidelser i bomiljøer preget av sosial uro, kriminalitet og stor utflytting. I spesielt tilrettelagte boliger er det viktig å vurdere sammensettingen av beboere. Erfaringer som er gjort, viser at mennesker med psykoseproblematikk i liten grad passer sammen med personer med personlighetsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, aktiv rusbruk, utagerende atferd og/eller atferdsforstyrrelser. I tillegg kan forhold knyttet til naboer være viktig å vurdere. Her kan kjønn, alder, interesser og familiesituasjon være av betydning. Personer med stort behov for tilsyn kan med fordel tildeles bolig nær personalbasen. Studier viser at behandlingsmiljøet på sykehusavdelingen har betydning for personer med psykoselidelser (jf pkt 13.7.1). Miljøer preget av høyt engasjement, støtte og struktur fører til større tilfredshet hos pasientene enn miljøer preget av sinne og personalkontroll. Det er ikke identifisert liknende undersøkelser i samlokaliserte boliger i kommunen, men erfaringer som er gjort, peker trolig i samme retning med hensyn til hva som er virksomme miljøfaktorer.

2	**Personer med psykoselidelser bør ikke tilbys boliger i bomiljøer preget av sosial uro og kriminalitet. Sammensetting av beboere er et hensyn som bør tillegges stor vekt.**	**A**

Utkast til ekstern høring

14.12 Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter

Mennesket er et grunnleggende sosialt vesen med behov for kontakt og samvær med andre mennesker. Gjennom denne kontakten får vi bekreftelse på oss selv og utvikler oss som mennesker. I tillegg gir det ofte en opplevelse av å tilhøre et fellesskap.

14.12.1 Betydningen av sosiale nettverk

Nære relasjoner og et godt sosialt nettverk kan både bidra til å forbygge psykiske problemer og være til god hjelp og støtte hvis problemer har oppstått (416). Ensomhet er ofte framtredende hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse (417). For disse kan et bedret sosialt nettverk styrke fungeringsevnen (418).
Det handler om tilgang på følelsesmessig støtte og anerkjennelse, informasjon og hjelp til å orientere seg i omverdenen, hjelp til å mestre problemer og materiell støtte (419). Manglende sosialt nettverk er en risikofaktor og kan virke i motsatt retning. Familie, arbeid, bomiljø og lokalsamfunn er vanligvis de mest sentrale sosiale arenaene (416). Mange mennesker med psykoselidelser har liten tilknytning til disse arenaene og opplever i større grad enn andre å være utenfor sosiale fellesskap. Årsakene til dette er flere. Det handler om forhold knyttet til stigmatisering, manglende utdanning og arbeidsdeltakelse, lav inntekt og generelt liten grad av sosial integrasjon.
Mennesker med alvorlige psykiske lidelser er dessuten ekstra sårbare i mellommenneskelige forhold, og noen kan ha kommunikasjonsproblemer og samhandlingsvansker. Det å ha forstyrrelser i språk, tanker og følelser kan gjøre det vanskeligere å tolke andres tegn og signaler. Tidligere negative erfaringer kan også spille inn og føre til at en trekker seg tilbake.

14.12.2 Nettverksarbeid

Å kartlegge brukers nettverk er en viktig del ved et helhetlig oppfølgingsarbeid. Bruk av nettverkskart er ofte en egnet måte å gjøre dette på. I nettverket kan det finnes personer som kan gi støtte og åpne muligheter bruker kan dra nytte av. For personer med lite sosialt nettverk kan det for eksempel være aktuelt å gjenoppta kontakt med familiemedlemmer eller tidligere venner. For andre handler det om å skape nye vennskap og nye relasjoner. Mulighetene for å bli kjent med nye mennesker kan for eksempel finnes i eget bo- eller nærmiljø, eller på værested er og sosiale treffsteder. Størrelsen på nettverket kan ha betydning for aktivitet og bedret fungeringsevne for mennesker med psykose (420). Mennesker som har tilgang på god sosial støtte, har raskere tilfriskning etter alvorlige sykdommer enn mennesker med et dårligere sosialt nettverk (421). Mobilisering av nettverksressurser har dessuten forebyggende aspekter.
Nettverksintervensjoner kan være spesielt viktig ved kriser og innleggelser, som ofte fører til at både bruker og nettverk trekker seg tilbake fra kontakt og samhandling. Alvorlig psykisk lidelse gir dessuten ofte en opplevelse av tap, nederlag og utestengning fra egne livssammenhenger (422). Det er i Valdres utviklet en oppfølgingsmodell, som bruker nettverksmøter som intervensjon og behandlingsform i ambulant virksomhet (Valdres Viser Vei). Utgangspunktet for behandling i nettverksmøtet hviler på salutogenese-tenkningen, som fokuserer på det som fremmer helse og mestring. Sentralt i denne tenkningen er den enkeltes opplevelse av

Ikke til ekstern høring

sammenheng i livet. Gjennom å bruke begreper som forståelse, håndterbarhet (mestring) og mening (423) angir en også hva som blir viktig i et behandlingsløp. Det sosiale nettverket rundt brukeren utgjør både en ressurs og en meningsfunksjon for den enkelte, som med fordel kan utnyttes i mange situasjoner.

3	**Ansatte må, i samarbeid med brukeren, bidra til å styrke det personlige nettverket.**	**B**

14.12.3 Sosial støtte og følgetjenester

Å legge til rette for sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter er en sentral oppgave i psykisk helsearbeid, men det kan også være en god måte å drive nettverksarbeid på.
Aktivitetene må ta utgangspunkt i den enkeltes interesser og handler i første rekke om deltakelse på allmenne arenaer, som bibliotek, konserter, kafé, kino, teater, utstillinger, sport og idrett med flere. Å oppsøke disse arenaene på egen hånd kan være vanskelig for mange.
For noen kan det å ha med seg en følgeperson noen ganger være tilstrekkelig til brukeren opparbeider seg den sosiale trygghet han/hun trenger for å oppsøke slike steder på egen hånd, mens andre kanskje behøver en ledsager over lengre tid. Personen som skal følge bruker, kan være en ansatt i kommunen eller rekruttert utenfra gjennom ordningen med støttekontakter. Også frivillige organisasjoner tilbyr følgetjenester til mennesker med psykiske lidelser. I noen tilfeller vil det være gunstig at bruker og følgeperson kjenner hverandre godt fra før. En trygg og tillitsfull relasjon kan ha stor betydning for brukeren de første gangene han/hun oppsøker nye aktiviteter. Det kan også være viktig i slike situasjoner at følgepersonen kjenner brukerens grenser og reaksjonsmønstre i møte med fremmede steder og mennesker. For noen brukere kan det forholde seg motsatt. Å bli kjent med et nytt menneske utenfor hjelpesystemet kan oppleves befriende og være det som motiverer til ny aktivitet. Oppmerksomheten kan lettere rettes mot det en skal gjøre sammen, og ikke alt det andre som preger den enkeltes liv. En viktig faktor i dette arbeidet er at bruker og følgeperson deler interesser og verdier.

Undersøkelser viser at en kan oppnå gode resultater når tjenesteapparatet tilrettelegger for at brukeren får mulighet til å utvikle nye relasjoner (424). Et viktig forhold er at brukeren opplever relasjonen som gjensidig og vennskapskaplig. Flere brukere gir uttrykk for at de opplever å bli sett på en annen måte som mennesker gjennom det hverdagslige samværet som ikke har noe klart terapeutisk formål. Denne typen samvær kan for mange oppleves som mer autentisk fordi det handler om medmenneskelighet framfor behandling og terapi (425).
Brukeren skal selvsagt selv avgjøre hvem følgepersonen skal være. Dersom det rekrutteres støttekontakt utenfra, vil opplæring og oppfølging av støttekontakten være en viktig oppgave.

4	**Ansatte må bistå brukerne til å delta på allmenne kultur- og fritidsaktiviteter. Bruk av støttekontakter kan også være et egnet tiltak i denne forbindelsen.**	**B**

Utkast fra Kirsten Nøring

14.12.4 Egne treffsteder

I noen tilfeller vil det være nødvendig å etablere egne sosiale møtesteder, hvor brukerne opplever fellesskap og trygghet. Miljøet må være anerkjennende i den betydningen at en føler seg respektert og verdsatt som det mennesket en er, og at det er godt nok å være seg selv. Dette er særdeles viktig for personer med langvarige psykoselidelser, som ofte er ekstra sårbare sosialt og har en tendens til å trekke seg tilbake.
Foruten det sosiale fellesskapet er det viktig at slike steder gir muligheter for personlig vekst og utvikling. Det er de siste årene bygd opp en rekke møtesteder som er spesielt tilrettelagt for mennesker med psykiske lidelser. Eksempler på slike steder er:

- Fellesrom i samlokaliserte boliger
- Dag- og aktivitetssentre
- Brukerstyrte sentre
- Lavterskeltilbud i nærmiljøet

Sosiale møtesteder av denne typen legger ofte til rette for ulike former for samvær, aktiviteter og samhandling.
På møtestedene kan en treffe andre med samme interesser eller erfaringer som en selv. Slike møtesteder kan være et egnet sted for å opparbeide seg sosiale ferdigheter som kan gjøre det lettere å oppsøke de allmenne tilbudene. Innenfor recovery-forskningen er slike væresteder av mange brukere framhevet som viktige (426;427).

14.12.5 Andre aktivitetstilbud

Det er et kommunalt ansvar å legge til rette for aktiviteter for mennesker med psykiske lidelser som ikke kan være i arbeid eller nyttiggjøre seg allmenne aktivitetstilbud. Dette kan være tilbud som orienterer seg mot bestemte målgrupper eller aktiviteter, for eksempel aktivitetstilbud innen kunst og kultur, idrett og fysiske aktiviteter, undervisning og arbeidsopplæring.
Kommunale etater, frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler, eldresentre, idrettslag og flere kan, både i samarbeid og hver for seg, utvikle slike tilbud. Aktivitetene må oppleves som meningsfulle og nyttige for brukerne, og det må være gjøremål som de interesser seg for og kan mestre. Det er ofte stor variasjon i hvilke tilbud som finnes lokalt.
Det finnes etter hvert noe forskning som viser sammenheng mellom for eksempel kulturdeltakelse og helse (428). Aktiviteter som omtales ovenfor, handler om å dekke andre personlig behov enn de som kan dekkes gjennom de ordinære hjelpetjenestene.
Et godt liv for noen handler like mye om kulturelle opplevelser og stimulering av intellekt og følelsesliv som det å løse alle hverdagslige problemer. Evnen til å uttrykke seg og skape noe er også et grunnleggende menneskelig behov. Mange av aktivitetene som er beskrevet ovenfor, har åpenbart helsefremmende aspekter, selv om dokumentasjon på dette er begrenset (417).

4	**Kommunen bør tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter for mennesker med alvorlige psykiske lidelser, inkludert egne treffsteder for brukerne.**	**D**

Utrast til ekstern høring

15 Samhandling og ansvarsdeling

15.1 Psykoselidelser og utfordringer i samhandling

Kommuner, distriktspsykiatriske sentra (DPS) og sykehusavdelinger innen psykisk helsevern bør samarbeide fra første gang pasienten kommer til behandling med tanke på at mange vil ha behov for oppfølging over flere år. Kommunen må også i samarbeid med NAV og andre instanser ta aktivt del i å tilrettelegge utdanningstilbud, arbeid eller annen meningsfull aktivitet. Skole, utdanningsinstitusjon eller arbeidssted har en viktig rolle i å tilrettelegge et godt sosialt miljø, lærings- og arbeidsmiljø når den som er/har vært i behandling kommer tilbake.

Koordinering og kontinuitet innen de samlede tjenestene for personer med psykoselidelser er svært viktig, fordi mange med psykoselidelser trenger mange typer hjelp over lang tid. Dette fungerer ujevnt innen helsetjenestene, særlig på tvers av ulike typer tjenester.

Bruk av ansvarsgruppe og individuell plan er en del av myndighetenes strategi for å oppnå bedre koordinering. Likevel varierer bruken betydelig.
Det er viktig å få dokumentert i hvilken grad disse arbeidsmåtene brukes aktivt for å få til godt samordnede tilbud eller i hvilken grad de brukes fordi det er definert som en plikt. Kriseplan og virkningen av den antas å være viktig, men dette er også lite dokumentert.

Det er fare for at pasienter som tidligere ble passivisert i psykiatriske institusjoner, nå blir passiviserte langtidspasienter ute i samfunnet, noe som medfører fare for stigmatisering og sosial isolasjon. En måte å motvirke dette på kan være at pasient, psykisk helsevern, primærhelsetjenester og andre kommunale tjenester sammen regelmessig drøfter og vurderer behov og tilbud, for å unngå at personen «glemmes», og at nye muligheter overses.
Det er en rekke eksempler på at selv personer som har vært innlagt i institusjon i mange år og er passiviserte, kan oppnå store endringer i livet ved å få et aktivt behandlings- og oppfølgingstilbud over noen måneder eller år.

15.2 Kommunens ansvarsområde

Kommunens ansvar for å yte helse- og sosialtjenester til befolkningen følger av en rekke lover. De mest sentrale av disse er kommunehelsetjenesteloven (19), sosialtjenesteloven, lov om barneverntjenester og pasientrettighetsloven.

Lovbestemmelsene gir kommunen et generelt ansvar for å yte tjenester til sine innbyggere uten å framheve enkelte brukergrupper framfor andre. Det stilles ingen krav om spesielle medisinske diagnoser eller fungeringsdiagnoser ved vurdering av den enkeltes rett til hjelp og tjenester.

Ukorrigert til ekstern høring

Kommunen skal imidlertid sørge for at den enkeltes ferdigheter med hensyn til egenomsorg, hverdagsliv og sosiale aktiviteter er forsvarlig kartlagt og vurdert der dette er relevant. Det samme gjelder forhold knyttet til arbeid, økonomi og fritid. Se kapittel 13.
Det er den enkeltes hjelpebehov som avgjør hvilke tjenester vedkommende har krav på. Kommunen har videre et ansvar for å gi informasjon om de ulike tilbudene som finnes, og hvor en skal henvende seg for hjelp (429).

15.3 NAV

Det overordnede ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkedspolitikken er tillagt staten ved NAV. Det gjelder både formidling av arbeid og sikring av inntekt ved arbeidsledighet. Alle arbeidssøkere har rett til å få vurdert sitt behov for bistand og tjenester fra NAV.

NAV kan tilby en rekke arbeidsrettede tiltak og økonomiske støtteordninger til ulike målgrupper, inkludert mennesker med psykiske lidelser. I tillegg til det ordinære tiltaksapparatet har NAV også en rekke tiltak gjennom "Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse". Her samarbeider NAV og NAVs tiltaksarrangører tett med andre aktører i hjelpeapparatet. En samlet oversikt over tilbudene innen NAV finnes på deres hjemmesider.

Kommunen har et generelt ansvar for å gi opplysning, råd og veiledning til vanskeligstilte på arbeidsmarkedet. I mange tilfeller kan det være kommunen som kartlegger den enkeltes arbeidsevne, framskaffer arbeid og driver individuell oppfølging. Det gjelder særlig de mest vanskeligstilte på arbeidsmarkedet. Mange kommuner tilbyr også forskjellige former for arbeidstrening og arbeidsrettede tilbud.

15.4 Ansvar innen psykisk helsevern

Mistanke om debuterende psykoselidelse og utredning av psykosenære tilstander og førstegangspsykose krever spesialkompetanse. Vanligvis vil denne utredningen og behandlingen de første årene skje i spesialisthelsetjenesten, enten i en sykhusavdeling eller i DPS. God og effektiv behandling krever høy kompetanse og stabil behandlerkapasitet.
Oppgaven for psykisk helsevern er ikke over når en pasient er ute av en førstegangspsykose. Det er overveiende fare for nye psykotiske perioder, og behandling og oppfølging må derfor fortsette i flere år etter de samme prinsippene som er beskrevet i andre kapitler i retningslinjen. Relasjonell kontinuitet i behandlingen vektlegges.

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**

Utkast til ekstern høring

15.5 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

For brukere med behov for et langvarig og koordinert behandlingstilbud vil samhandling mellom ulike instanser være helt sentralt for å sikre et vellykket behandlingsforløp.

Samarbeid mellom tjenestene kan være like viktig for brukerne som kvaliteten på den enkelte tjeneste. Godt organisert samarbeid kan både forebygge forverringer og tilbakefall og være en virksom faktor i bedringsprosesser. I år 2000 utga Statens helsetilsyn "Koordinering av psykososialt arbeid" (404), som beskriver en metode (KPA-modellen) for å sikre samordning og kontinuitet av tjenester for personer med alvorlige og langvarige psykiske problemer.
Metoden er basert på brukerens medvirkning, og det er i ettertid gjennomført evaluering av prosjekter igangsatt for å implementere metoden. Resultatene viser blant annet at modellen bidrar til å etablere rammer og struktur for samarbeidet, og den styrker brukermedvirkning og gir økt brukertilfredshet Jf. GRUK Rapport nr. 2–2005 "Planen skal være god for meg" (430). Å få hjelp med bare ett av problemene kan ha begrenset nytte dersom andre viktige problemer forblir uløste. For eksempel kan nytteverdien av et behandlingsopphold bli redusert dersom brukeren flytter tilbake til en utilfredsstillende bosituasjon.
De kommunale tjenesteutøverne på sin side kan oppleve det vanskelig å gjennomføre sine tjenester overfor brukere med aktiv psykoseutvikling. I slike situasjoner kan spesialisthelsetjenestens evne til å iverksette tidlige tiltak være av stor betydning, med sikte på å opprettholde brukerens fungering og livskvalitet.

Målet med samhandlingen er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden står i sentrum. For brukerne er det viktigst å være trygg på at de får hjelp på rett sted til rett tid, ikke om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som tilbyr behandlingen (431).

Det er helt vesentlig at hjelpen blir organisert på en slik måte at brukeren ikke selv må koordinere tjenestene. Bruk av Individuell plan og en personlig koordinator er av stor betydning i denne sammenhengen. Dette planarbeidet må være bygd på likeverdig samarbeid med en klar fordeling av ansvar, oppgaver og koordinering. Uklare ansvarsforhold og manglende samhandling kan føre til at brukere og pårørende blir overlatt til seg selv når behovet for hjelp er størst.

I Samhandlingsreformen (431) forventes en sømløs tjeneste som utnytter ressursene på en best mulig måte til beste for brukeren. Siktemålet er at brukeren skal få behandling på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og normalt liv, så langt som mulig i den enkeltes nærmiljø.
(432). I denne forbindelsen vil kommune og DPS være helt sentrale tjenesteleverandører og samarbeidspartnere (433).

Samarbeidsavtaler
Forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er et sentralt virkemiddel for å sikre god og forutsigbar samhandling. Disse avtalene kan bidra til å definere og presisere viktige retningslinjer knyttet til samhandlingen, som for eksempel:

Utkast til ekstern høring

- tjenestenes roller og ansvarsområder
- henvisningsrutiner
- rutiner ved inn- og utskrivning av pasienter
- rutiner for utarbeidelse av IP
- koordinatorrolle og ansvarsgruppearbeid
- håndtering av kriser
- samarbeid knyttet til særlig ressurskrevende brukere
- rutiner for behandling av avvik fra rutinene
- samarbeid om planlegging og evaluering av tjenestene
- samarbeid om tjenesteutvikling og kompetanse
- veiledningstjenester

Samarbeidsavtaler kan utarbeides på flere nivåer og i ulike deler av oppfølgingen. Hovedregelen er at avtalene gjøres skriftlig. I det individuelle oppfølgingsarbeidet kan bruk av felles verktøy (for eksempel mal for IP), sjekklister og nedskrevne behandlingsforløp være bidrag til å sikre forutsigbar samhandling mellom tjenestene. Alle avtaler og verktøy som anvendes, skal være et supplement til brukerens IP og bør være forankret der.

Ofte er prosessen som leder fra til en samarbeidsavtale, like viktig som selve sluttproduktet. Gjennom arbeidet blir en kjent med hverandre og en vil lettere kunne forenes om et felles mål – å virke sammen til beste for brukeren. Slike prosesser kan ha stor betydning for de kulturelle og holdningsmessige aspektene som alltid vil prege samarbeidet. Rolle, fungering og målgrupper for ulike organisatoriske løsninger for tjenestene kan med fordel legges inn i lokale samarbeidsavtaler. Aktuelle enheter vil være spesialiserte sykehusavdelinger, ambulante tjenester ved DPS og ulike former for samhandlingsteam mellom kommune(r) og DPS.

15.6 Samhandling mellom kommune og DPS

Samarbeidet mellom kommune og DPS har som hensikt å skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne (393).

Mange brukere med psykoselidelser vil ha behov for langvarig poliklinisk og/eller ambulant kontakt med DPS, selv om kommunen har hovedansvar for oppfølging og koordinering av tjenestene.

Kommunen og DPS jobber innenfor forskjellige rammebetingelser og har ulike tilnærminger til oppgavene som skal løses. Sentrale oppgaver for DPS vil være utredning, diagnostisering og behandling. I kommunen har det tradisjonelt vært større oppmerksomhet rettet mot praktisk hjelp og problemløsning, men tiltak som sikrer forsvarlig kartlegging og behandling, og om nødvendig henvisning til DPS, er viktige oppgaver i kommunen. Felles kjennskap til hverandres arbeidsområder og tjenester er viktig med sikte på samhandlingen som skal finne sted.
For kommunalt ansatte er det for eksempel viktig å vite hvilen rolle og hvilke oppgaver ambulante akutteam ved et DPS har, samt hvordan disse jobber og hvilke henvisningsrutiner som finnes. Ansatte i DPS på sin side kan ha behov for å kjenne til innholdet i kommunens aktivitetstilbud, både med sikte på å motivere brukere til

Utkast til ekstern høring

deltakelse og for å tilpasse egne tilbud til det som finnes lokalt.

Samarbeidet mellom kommune og DPS kan skje i flere ulike former. En rekke kommuner har hatt gode erfaringer med samarbeidsfora, kontaktmøter og behandlingsteam hvor både kommune og DPS deltar.
Poliklinikker ved DPS kan gi tilbud om utedager i kommunen hvor det legges opp til felleskonsultasjoner, veiledning, møter og diskusjoner med kommunalt ansatte.
Stadig flere akutt-team ved DPS arbeider utadrettet og nettverksorientert. Nettverksmøter hjemme hos brukeren kan ofte være et godt utgangspunkt for å finne konstruktive behandlingsopplegg og gode samhandlinger med de kommunale tilbudene.

15.6.1 Ambulant virksomhet

Ambulante virksomhet har vært under videreutvikling i Norge i løpet av de siste årene, og i følge Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (392) er det i løpet av de siste fem årene etablert ca. 150 ambulante team innen psykisk helse og rusfeltet. I England er tjenesten etablert som en del av Nathional Healh Servise (434), mens det i Norge er naturlig at teamene er etableres i DPS eller i et samarbeid mellom DPS og kommunene i opptaksområdet.
Ambulante tjenester tilbys av ulike typer ambulante team. Disse teamene har ulike roller og målsettinger, og oppgavene bør holdes fra hverandre.

7

Det finnes tre typer effektive ambulante team:
1. Tidligintervensjonsteam
2. Akutt-team
3. ACT-team.

15.6.1.1 Tidligintervensjonsteam

Tidligintervensjonsteam (435;436) har som oppgave å oppdage og utføre den første utredningen av pasienter med en mistenkt psykoseutvikling. Teamene må ha en lav terskel og være tilgjengelige for både direkte henvendelser fra ungdommen selv, familie, skole og førstelinjetjeneste. Avhengig av lokale forhold og nedslagsområde kan teamene også tilby behandling og oppfølging av disse pasientene. I større byer bør behandlingen foregå i poliklinikker med spesialkompetanse eller, ved behov for innleggelse, ved spesialiserte døgnenheter.

15.6.1.2 Akutt-team

Akutt-team er team designet til å rykke ut til ulike typer kriser knyttet til akutte situasjoner oppstått for kjente og ukjente pasienter, med sikte på å takle krisen lokalt og unngå innleggelser. Akutteamene bør være organisert og lokalisert innenfor allmennpsykiatriske tjenester i DPS, jf. ”Du er kommet til rett sted….” utgitt av Sosial- og helsedirektoraeet i 2006 (437).

For mennesker med schizofreni og alvorlige psykiske lidelser i en akutt krise kan akutt-team vise til en signifikant bedre effekt når det gjelder det å redusere innleggelser, samt kortere opphold i sykehus sammenlignet med tradisjonell psykiatrisk sykehusbasert omsorg (15).
Et akutt-team kan være et tilbud til mennesker med psykoser som har behov for

Utkast til ekstern høring

behandling av akutte episoder, i tilfeller hvor behandlingen kan skje lokalt i pasientens nærmiljø.

Akutt-team må ikke forveksles med kommunale kriseteam, som tilbyr psykososial oppfølging ved ulykker og katastrofer.

15.6.1.3 ACT- team - Assertive Community Treatment

1a	**Det anbefales at personer med alvorlige psykiske lidelser, som har store og sammensatte behov for ulike typer tjenester, og som ikke greier å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging i ACT-team.**	**A**

I forbindelse med deinstitusjonalisering av de store psykiatriske institusjonene og utflytting av mennesker som hadde lengre opphold i disse institusjonene, ble det ved mange sykehus opprettet ulike team, som skulle følge opp langtidspasienter ute i kommunene. Modellen for Assertive Community Treatment (ACT) ble utviklet i USA på 1970-tallet og er derfra dokumentert som en nyttig og kostnadseffektiv metode for å organisere oppsøkende tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser og som lever sitt liv utenfor institustusjon (438-440)
Fra engelskspråklig litteratur har en hentet begrepet "assertive community treatment" (assertiv betyr bekreftende/støttende). I Norge er benevnelsen ACT-team beholdt og definert som aktivt oppsøkende behandlingsteam.

Målgruppen for ACT er den gruppen pasienter som har psykoselidelser, og som har liten eller begrenset nytte av tradisjonell behandling (poliklinikk, psykoseteam, rehabliteringsteam eller tradisjonell døgnbehandling). En systematisk kunnskapsoppsummering fra Cochrane konkluderer med at ACT, sammenlignet med standard psykisk helsevern, reduserer hyppigheten og lengden på sykehusinnleggelser, sikrer boforhold og sysselsetting bedre og gir høyere pasienttilfredshet (441).
Behandlingsmålet for de ambulante ACT-teamene var opprinnelig avgrenset til å redusere akutte gjeninnleggelser, men dette ble etter hvert utvidet til å ha mål om å bedre den generelle livskvaliteten til pasienter med langvarige og sammensatte behov.
Teamet skal være tverrfaglig og drive oppsøkende virksomhet, behandlingen skal ikke gjennomføres av enkeltpersoner, men av teamet, og det skal leveres et bredt spekter av kunnskapsbaserte tjenester avhengig av pasientens behov. ACT-modellen har blitt utprøvd i Norge gjennom et prosjekt i Mosseregionen (442).

Det er fra 2009 etablert flere ACT-team i Norge som er tverrfaglig sammensatt og gir tverrsektoriell behandling, noe som forutsetter at kommuner og DPS yter tjenester fra begge nivåer i samme team. Sentrale elementer i behandlingen er:
- Praktisk hjelp og støtte (økonomi, bolig m.m.)
- Familiestøtte/ nettverksarbeid
- Psykoedukasjon og mestring av egen sykdom
- Integrert behandling av rusproblemer og psykisk lidelser (legemiddelbehandling, psykoterapi, skadereduksjon/rusbehandling)

Utkast til høring

- Rehabilitering til aktivitet/arbeid

Det mobile teamet kan følge opp pasienten hjemme eller andre steder opptil flere ganger i døgnet i perioder der dette er nødvendig. Hvis teamet selv ikke er tilgjengelig 24 timer i døgnet, har teamet ansvaret for at det gis tjenester fra andre deler av behandlingsapparatet når det er behov for det.
Teamet skal dekke de fleste behovene for behandling og sørge for koordinering av andre tjenester. ACT-modellen er også videreutviklet for integrert behandling både av psykosen og rusproblemet ved kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusproblem.
ACT er en effektiv form for psykososial behandling for de dårligste schizofrenipasientene, som ellers ville ha vært innlagt over lang tid (443). Hvorvidt slike team også reduserer innleggelser i spesialisert psykisk helsevern er uklart, men noen studier peker i den retningen (444).

De fleste studier som har sett på effekten av ACT-team har blitt gjort i USA, og det kan være vanskelig å generalisere resultater til norske forhold.
En gjennomgang av de ulike studier relatert til ACT- team, viser at denne typen poliklinisk oppsøkende virksomhet gjør at pasienter har god kontakt med ulike tjenester de har behov for, og at brukerne rapporterer en høy tilfredshet med behandlingen (15).
En rapport som evaluerte prøveprosjektet med ACT-team i Mosseregionen viser også til lignende resultater som internasjonal forskning (442). I forbindelse med videre implementering av ACT-modellen i Norge, er det utgitt en håndbok (445), og det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av ACT-teamene som ble etablert i 2009 og 2010. Resultater forventes publisert i 2013-14.

15.7 Kriseplan

4	**Skriftlig kriseplan bør utarbeides for å sikre at tiltak blir iverksatt hvis en krise oppstår. Planen skal inneholde opplysninger om individuelle tegn på krise, og hva personen selv og de konkrete hjelperne skal gjøre.**	**D**

Utarbeidelse av individuelle kriseplaner er aktuelle tiltak for målgruppen. Disse planene inneholder informasjon om tidlige tegn på at en krise er i utvikling hos brukeren og konkrete opplysninger om hvem som kan kontaktes i hjelpeapparatet når tegn eller symptomer er i utvikling. Bruk av kriseplaner kan sikre at hjelpeapparatet handler tidlig hvis brukeren blir dårlig.

Utarbeidelse av kriseplan er også et verktøy for brukermedvirkning. Planen kan inneholde nyttig informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, og hva som er ønsket hjelp og behandling ved en akutt krise. Kriseplanen er ikke et juridisk dokument, men kan inngå som en del av en behandlingsplan, individuell plan eller annen tiltaksplan. Eksempel på utforming av kriseplan finnes i vedlegg 5.

Ute til ekstern høring

15.8 Individuell plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan dersom personen selv ønsker det, jf. pasientrettighetsloven (23) § 2-5, lov om sosiale tjenester (446) § 4-3a og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (447) § 15.
Plikten til å utarbeide individuell plan er hjemlet i lov om helsetjenesten i kommunene (19) § 6-2a, lov om sosiale tjenester (446) § 4-3a, lov om spesialisthelsetjenesten (18) § 2-5, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (250) § 4-1 og lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (447) § 15.
Plikten og retten til individuell plan gjelder bare for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Forskrift om individuell plan (448) § 5 sier videre at plan bare skal utarbeides når pasienten samtykker til det. Dette gjelder også for personer som behandles etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (250), kapittel 3 (tvungent psykisk helsevern).

Hvis personen ikke samtykker, skal det ikke utarbeides individuell plan, men retten til individuelt tilpassede tjenestetilbud, og plikten til å samarbeide, gjelder uavhengig av individuell plan.

Forskrift av 23.desember 2004 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (448), har nærmere bestemmelser om bl.a. formål med planen, ansvar for utarbeidelse av planen og innhold i planen. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder - "Individuell plan – veileder til forskriften" (429).

Det vises også til forskrift av 28. juni 2001 om habilitering og rehabilitering (449), som utfyller forskriften om individuell plan på området habilitering og rehabilitering med hensyn til hva som er kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar og samarbeid mellom dem, blant annet krav om koordinerende enhet.

En prosess og et produkt
Den som møter en tjenestemottaker med rett til individuell plan, i kommunens helse- og sosialtjeneste, NAV eller helseforetak, har en selvstendig plikt til å informere om rettigheten og sørge for at arbeidet med planen igangsettes hvis tjenestemottakeren samtykker. Andre etater/tjenesteytere enn den som initierer planarbeidet, har plikt til å samarbeide.
Tjenestemottakeren må alltid ha en sentral rolle i utarbeiding, gjennomføring og oppfølging av individuell plan. I de tilfeller tjenestemottakeren ikke ønsker eller kan delta i arbeidet, kan han/hun velge at pårørende eller andre nære personer deltar.
Arbeid med individuell plan er en kontinuerlig prosess. Det skal foretas jevnlig gjennomgang og revidering av planen. Det skal framgå av planen hvem som gis ansvar for å sikre framdriften i arbeidet. Planen skal også angi planperiode, tidspunkter for evaluering av tiltak og tidspunkt for revisjon av planen.

Individuelle plan skal ta utgangspunkt i brukerens egne mål og behov og framstå som en overordnet plan – enkel og oversiktlig, ikke for omfattende og detaljert. Individuell plan er et sektorovergripende verktøy som ikke opphever behovet for mer avgrensede planer/dokumenter på de ulike områdene. Planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker og under utarbeidelsen av planen skal det

Utkast til ekstern høring

tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger.

Et verktøy og en arbeidsmetode
Planen skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet, og mellom de ulike tjenesteyterne. Det skal til enhver tid være en tjenesteyter (koordinator) som har hovedansvaret for kontakt med tjenestemottakeren og koordinering mellom dem som yter tjenester. Initiativet til å få lagd individuell plan kan komme fra tjenestemottakeren selv eller pårørende, men ansvaret for å utarbeide den ligger i tjenesteapparatet.
Individuelle plan skal være et resultat av et forpliktende samarbeid mellom tjenestemottaker, koordinator og de instanser som skal levere tjenester.

Samhandlingsreformen (431) beskriver individuell plan som et helt sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient- og brukerforankring. Det forutsettes at individuell plan fortsatt skal være et helt sentralt tiltak for å ivareta god samhandling.
I en erfaringsrapport av Trefjord og Hatling (450) konkluderes det med at det i mange tilfeller er viktigere at brukeren er aktivt deltakende enn at planen som produkt ferdigstilles raskt.

Etter at planen er utarbeidet, er følgende punkter aktuelle ved vurdering av behov for revisjon av planen:

- Er brukeren fornøyd?
- Fikk brukeren delta aktivt i utformingen av planen?
- Har tjenestetilbudet blitt mer helhetlig og bedre koordinert?
- Er tjenestetilbudet tilpasset brukerens ressurser og behov?
- Samhandler brukeren og de ulike tjenesteytere bedre?
- Er det satt opp frister for evaluering av enkelttiltak og planen som helhet?

15.8.1 Ansvarsgruppe

En ansvarsgruppe er sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en bruker med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Gruppen kan være et godt utgangspunkt for utarbeidelse og oppfølging av individuell plan. Mange brukere synes det er vanskelig å delta i møter hvor det er mange til stede. Antall deltagere i en ansvarsgruppe bør derfor begrenses til de mest sentrale aktørene. Lederen i ansvarsgruppen må passe på at det som skjer i gruppen, er i samsvar med brukerens ønsker.

Ungdom bør oppfordres til å delta i ansvarsgruppen og utforming av individuell plan, slik at dette ikke blir planer som lages eksklusivt av de voksne. Dersom de av, ulike grunner, ikke kan eller vil delta i møter, må en sørge for at deres synspunkter blir ivaretatt i møtene/planskrivingen, og at de unge oppdateres i etterkant av at slikt arbeid er gjort. Det er særdeles viktig for ungdommens naturlige selvstendiggjøringsprosess at de, i den grad det er mulig, deltar i utforming av egen behandling.

Utkast til ekstern høring

16 Skole, utdanning og arbeid

16.1 Skole og opplæring

Unge som rammes av psykoselidelse kan risikere å miste kontakt med venner og komme på etterskudd med utdanning. Tilbakeføring til skolesituasjonen kan være en utfordring. Rådgiver eller sosiallærer på skolen vil i samarbeid med kontaktlærer og Pedagogisk Psykologisk tjeneste spille en viktig rolle for å tilrettelegge en tilpasset skolesituasjon. Dette må skje i nært samarbeid med den unge selv og den nærmeste familien. Rådgiver og sosiallærer kan også ha en viktig rolle i oppdagelse av tidlig psykose eller forstadier til psykose.

Det er helt nødvendig at skolen er innforstått med at tilpasset skolegang er avgjørende for at tilbakeføringen skal bli vellykket. Dette innebærer forståelse av hvordan kognitive vansker kan arte seg, betydning av skolekrav, belastning ved psykose, effekt av svingninger i fungeringsnivå og dagsform.
Denne pasientgruppen er ofte sårbare for kritikk, fiendtlighet og følelsesmessig overinvolvering, med implikasjoner for skolens holdninger i møte med eleven. Se tabell x for oversikt over tiltak og tilrettelegging i skolen.

1. Rutiner for samarbeid og informasjon

- Rutiner for samarbeid med PPT og helsesøster, og for henvisning og samarbeid med eksterne instanser
- Rutiner for informasjon til lærere og forsterket oppfølging av kontaktlærer, rådgiver eller andre ved behov
- Rutiner for skolestart og iverksetting av tiltak
- Rutiner for samarbeid med foresatte og for elevsamtaler og oppfølgingssamtaler
- Rutiner som raskt fanger opp kjennetegn på psykiske vansker
- Rutiner for rask reaksjon ved fravær, for eksempel kommunikasjon via nett og mobiltelefon

2. Tilrettelegging som kan være aktuelt

- Tilbud om tilpasset opplæring og eventuelt vurdering av behov for spesialundervisning
- Gi hjelp til oversikt og struktur av læringsarbeidet
- Mulighet til å jobbe med fag hjemme i perioder
- Tilrettelegging på prøver og eksamen, og ved framføringer, muntlige aktiviteter og evalueringer
- Redusert studiebelastning
- Fritak for særlig krevende oppgaver som hjemmearbeid og gruppearbeid
- Fleksible ordninger for tilstedværelse avhengig av dagsform
- Tilpasset pauser
- Kortere studieuke

Utkast til ekstern høring

3. Sosial inkludering
- Utarbeide handlingsplan for psykososialt arbeid med lærings- og skolemiljø (jf. § 9A i opplæringsloven (451))
- Klassemiljøkartlegging og plan for oppfølging
- Vurdere informasjon til medelever
- Trivselsfremmende aktiviteter for klasser/grupper

4. Skole og lærers holdning til eleven
- Møte eleven med en nøytral holdning, rolig stil, sensitivitet for dagsform, fleksibilitet
- Fokus på mestring
- Tydelige forventninger, faste rutiner, få valg og klar rollefordeling
- At lærer unngår konfrontasjoner og heller går med eleven

Individuell opplæringsplan (IOP)
Skolen skal etter opplæringsloven (451) utarbeide IOP for elever som får spesialundervisning. Planen skal utarbeides i samarbeid mellom skolen, foresatte og eleven selv. Pedagogisk psykologisk tjeneste, sosiallærer, rådgiver, helsesøster og andre som følger eleven tett, kan også bidra i utvikling av planen. En IOP kan inngå individuell plan for ungdom.

Oppfølgingstjenesten
Ungdom som har fullført grunnskolen eller tilsvarende opplæring, har rett til tre års videregående opplæring (i lærefag som regel to år i skole og to år i bedrift). Fristen for å benytte seg av retten er fem år etter fullført grunnskole (seks år når deler av opplæringen skjer i lærebedrift). Det er altså mulighet for å ta opptil to venteår, enten umiddelbart etter grunnskolen eller underveis i den videregående opplæringen, uten at en mister noe av ungdomsretten (452).
Ved alle videregående skoler finnes det en oppfølgingstjeneste (OT) som har et ansvar for ungdommer som har avbrutt opplæringen før den er ferdig, ikke er i arbeid eller ikke har tatt imot tildelt elev- eller læreplass. OT skal sikre tverretatlig samarbeid med andre fylkeskommunale, kommunale og statlige instanser.

16.2 Arbeid – verdi og funksjoner

Deltakelse i arbeidslivet er en sentral verdi i vårt samfunn (453). Arbeid gir opplevelse av å være til nytte for fellesskapet og mulighet til å realisere evner og kreativitet. Lønnet arbeid har avgjørende betydning for økonomien og bidrar til innflytelse og uavhengighet. Mestringsfølelse, identitet, selvrealisering og meningsdannelse er knyttet til arbeid (454-456).
Arbeid er kanskje den viktigste fordelingsnøkkelen når det gjelder tilgang på goder i samfunnet og utgjør, sammen med bolig og helse, de tre grunnleggende hovedelementene i velferdssamfunnet. Den norske arbeidsmarkedspolitikken er i stor grad basert på den såkalte arbeidslinja, som innebærer at det skal søkes arbeid og aktivitet framfor trygd og passivitet.

Utkast til høring

16.2.1 *Yrkesdeltakelse*

Studier viser at over halvparten av de med alvorlig psykisk lidelse ønsker å delta i arbeidslivet på hel- eller deltid (457). Det rapporteres at 53–70 % av personer med schizofreni uttrykker ønske om ordinært lønnet arbeid (458;459). Forskning viser imidlertid at arbeidsdeltakelsen for personer med alvorlige psykiske lidelser er svært lav. Nyere europeiske studier rapporterer at 10–20 % av personer med schizofreni er i arbeid (460-462). En norsk prospektiv studie av personer med schizofreni viste at 94 % var arbeidsledige etter 10 år (463). I følge Helle & Gråwe (457) har bare rundt fem prosent av personene med alvorlig psykisk lidelse et arbeidstilbud.

2	**Tiltak knyttet til arbeid skal være en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet til mennesker med psykoselidelser.**	**B**

16.2.2 *Sammensatte årsaksforhold*

Årsakene til at mange mennesker med psykoselidelser står utenfor det ordinære arbeidsmarkedet er mange og sammensatte.
Det har lenge vært en utbredt holdning at en må være frisk før en kan jobbe. Attføring til arbeid ble sett på som siste del i en rehabiliteringsprosess (464). Denne tankegangen preget politikk og fagfelt til langt inn på 2000-tallet. Dernest kommer at dagens utvikling, med økende krav til tempo, effektivitet og kompetanse, fører til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser får reduserte muligheter til å klare seg på det åpne arbeidsmarked (465). I tillegg til dette kommer ytre forhold knyttet til stigmatisering, diskriminering og forhold ved arbeidsplassen. Hos personen selv kan forhold knyttet til manglende utdanning og arbeidserfaring, samt lang varighet i trygdesystemet, være mulige barrierer mot arbeidslivet (466). Alvorlige psykiske lidelser kan dessuten skape kognitive og sosiale problemer som gjør det vanskelig å fungere i arbeidslivet.
Den lave sysselsettingsprosenten kan også henge sammen med at hjelpepersonell i for liten grad oppmuntrer til arbeid, eller direkte fraråder personer med psykoselidelser å ta ordinært arbeid, for å redusere risikoen for forverring av tilstanden (467). Mennesker med psykoselidelser kan, på grunn av varierende grad av mestring, ha behov for en fleksibel arbeidssituasjon som tar hensyn til deres psykiske helseproblemer. Problemer i form av tankeforstyrrelser, det å høre stemmer eller føle seg forfulgt, gir konsentrasjonsproblemer, som vanskeliggjør utføringen av ulike arbeidsoppgaver. Mange trenger bistand til å skaffe eller beholde en jobb.

16.2.3 *Særlige forhold for yrkesdeltakelse for ungdom*

Det vil kunne være nødvendig med tett oppfølging hvis en ungdom skal ut i arbeidslivet eller har vært utenfor arbeidslivet etter en periode med behandling for sin psykose. Det er viktig å få til et godt samarbeid mellom behandler, veileder fra NAV og eventuelle andre personer som følger opp brukeren i tiltak og arbeid (arbeidsgiver, ansatt i tiltaksbedrift etc.) Ungdom i denne gruppen trenger en koordinator som følger opp, skaper tillit og motiverer.

Utkast til ekstern høring

16.3 Tilnærmingsmetoder

To prinsipielt forskjellige tilnærminger anvendes for å bistå folk i å komme i arbeid, nemlig arbeidstrening og støtte på arbeidsplassen.

16.3.1 Arbeidstrening og attføring til arbeid

Arbeidstrening før en går ut i ordinært arbeid kan i noen tilfeller være et godt første tiltak. Denne tilnærmingen handler om å trene spesielle ferdigheter som kreves for å være i jobb. For personer som har vært utenfor arbeidslivet lenge kan det handle om å måtte skape en ny struktur i hverdagen og tilegne seg ferdigheter sosialt og yrkesrettet. Det kan dreie seg om ferdigheter knyttet til bestemte arbeidsoppgaver og sosial ferdighetstrening for å mestre stress, kunne kommunisere og føle trygghet i sosialt samvær.
En viktig del av arbeidstreningen er å kartlegge og vurdere den enkeltes ferdigheter og kompetanse, samt å trene på ferdigheter relatert til den typen arbeid den enkelte søker. Det finnes en rekke forskjellige offentlige og private organisasjoner og bedrifter som driver arbeidstrening og attføring. Undersøkelser viser at arbeidsforberedende tiltak i mange tilfeller kan ha begrenset effekt da verdien av arbeidstrening i én situasjon i liten grad er overførbar til en annen (468-470).

16.3.2 Skaffe arbeid og beholde dette

Tiltak rettet mot å skaffe ordinært arbeid bør være en primær strategi i arbeidstrening for målgruppen. I stedet for å drive omfattende opptrening på forhånd skjer støtten og opplæringen på selve arbeidsplassen. Personens egen motivasjon og arbeidsønsker er av stor betydning for valg av arbeidsplass.

Oppfølgingen skal ytes så lenge behovet er til stede. Like mye som brukeren må følges opp i rollen som arbeidstaker, er det også ofte nødvendig å gi arbeidsgiver nødvendig informasjon og støtte. Denne tilnærmingen kan også gjøres overfor personer som er i fare for å miste arbeid og personer som er i utdanning. Profesjonell hjelp og støtte utenfra kan bidra til at personer i vanskelige livssituasjoner beholder arbeider og/eller fullfører utdanningen. Det finnes i dag en rekke forskjellige tiltak som arbeider etter denne tilnærmingen. Det som har mest empirisk støtte, er ”Individuell plassering og støtte” (470;471). På engelsk kalles tilnærmingen for ”Individual Placement and Support”.
Det finnes en rekke tiltak tilrettelagt for personer med alvorlige psykiske lidelser innenfor disse to tilnærmingene.

16.3.3 Individuell plassering og støtte (IPS)

1a	**Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen bør benyttes framfor andre tilnærminger.**	**A**

IPS er et standardisert oppfølgingsprogram med egen manual. Metoden har solid empirisk støtte for å hjelpe dem med alvorlige psykiske lidelser til å få jobb og å beholde den (457).

Utkast til ekstern høring

IPS tar sikte på å hjelpe brukere direkte ut i ordinært arbeid og benytter langvarige støttetiltak for å hjelpe den enkelte til å mestre arbeidssituasjonen og beholde jobben.

Integrasjon mellom behandling og arbeidstrening er sentralt ved denne metoden. Behandler og jobbkonsulent/NAV-veileder jobber tett sammen ved oppfølging av brukeren for at han/hun skal fungere i arbeid. Disse er organisert i tverrfaglige team som møtes jevnlig.

Målet er å utvikle et helhetlig tilbud til brukeren. Bruk av individuell plan (IP) og ansvarsgrupper kan i mange tilfeller være aktuelt. IPS-modellen er en klargjøring av hva arbeid med bistand innebærer, og er ikke en unik modell for arbeid med støttetiltak (468).
NAVs ordning «Arbeid med bistand» er en norsk variant av IPS. Forskning støtter opp om at støttetiltak på arbeidsplassen er mer effektivt enn trinnvise tiltak eller langvarige arbeidsforberedende tiltak for å øke vellykket sysselsetting og beholde ordinært arbeid (468;469;472).
Cochranes gjennomgang rapporterer at mennesker som deltar i arbeid med støttetiltak, har nesten tre ganger større sannsynlighet for å være i ordinært arbeid enn dem som deltar i arbeidsforberedende trening (468;470) .

16.3.4 Vilje Viser Vei

Vilje Viser Vei er betegnelsen på en rekke tiltak i forbindelse med Strategiplan for arbeid og psykisk helse. Tiltaket retter seg motpersoner som har alvorlige eller moderate psykiske lidelser, og som trenger bistand til å komme seg ut i aktivitet eller arbeid.
Vilje Viser Vei handler om integrasjon mellom behandling og arbeid/aktivitet og tar opp i seg prinsipper fra IPS-modellen. Målsettingen er å komme ut i ordinært arbeid helt eller delvis eller gjennomføre et utdanningsløp. Er det behov for arbeidstrening, skal den primært foregå i ordinære bedrifter med tett, individuell oppfølging etter behov. De som er ansatt for å drifte disse plassene, skal ha spesialkompetanse på feltet psykisk helsearbeid og i tillegg ha kompetanse i karriereveiledning. Vilje Viser Vei er et veletablert tiltak i NAV og inngår som en del av Nasjonal Strategiplan for arbeid og helse 2007 – 2012.

16.3.5 Jobbmestrende oppfølging

Jobbmestrende oppfølging er et arbeidsrehabiliteringstiltak som retter seg mot personer med psykiske vansker som arbeidshindring. Tiltaket er et samarbeidsprosjekt mellom helsevesenet og NAV og bygger på mye av tenkningen bak IPS.
Målet er at deltakerne skal komme helt eller delvis ut i ordinært lønnet arbeid. Det legges til rette for arbeidstrening i en tiltaksbedrift eller hos en ordinær arbeidsgiver. Tiltaket baserer seg på etablerte oppfølgingsmetoder. Det er lagt opp til tett individuell oppfølging av den enkelte, med behandling og arbeidstrening som sentrale deler av en integrert oppfølging.
Arbeid står sentralt. Det betyr at oppfølgingssamtalene er knyttet til utfordringer i arbeidssituasjonen og ikke alt annet som kan være tema i personens liv. Videre skal

Utkast til ekstern høring

det legges vekt på brukers jobbønsker, tidligere arbeidserfaring og kompetanse med hensyn til framskaffelse av arbeid. Jobbmestrende oppfølging er et forsknings- og utviklingsprosjekt som fortsatt er under utforming, men resultatene så langt viser tilfredshet hos brukerne, samt økt mestring og større stabilitet i arbeidssituasjon (473).

16.3.6 Kvalifiseringsprogrammet

Kvalifiseringsprogrammet er et tilbud til personer som har levd på sosialhjelp over lang tid eller står i fare for å komme i en slik situasjon. Det er spesielt beregnet på unge som har vært i ulike hjelpetiltak tidligere uten at dette har ført til arbeid eller avklaring. De får fast lønn mens de er i tiltaket, men må være over 19 år.
Programmet tilbyr opplæring, arbeidstrening og oppfølging for å komme i arbeid eller meningsfull aktivitet, og er tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger.
Programmet gir også en mulighet til å avklare andre rettigheter til inntekt dersom en ikke klarer ordinært arbeid. Det er den kommunale sosialtjenesten som organiserer Kvalifiseringsprogrammet, men både innhold og utforming skjer i nært samarbeid med NAV stat. Kvalifiseringsprogrammet er regulert gjennom Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (474).

16.3.7 Varig tilrettelagte arbeidstilbud

Det finnes varig tilrettelagte arbeidstilbud for personer som av ulike årsaker ikke kan gjennomføre utdanning eller ta seg jobb i det ordinære arbeidsmarkedet. Tilbudet er beregnet på personer som mottar uførepensjon og har behov for arbeid i en skjermet virksomhet. Tilbudet er frivillig.
Dette er arbeidsplasser med stor grad av individuell tilrettelegging av oppmøte og arbeidsoppgaver. Hensikten er å gi et tilbud om arbeidsdeltakelse og en mulighet til å vurdere om det kan være aktuelt med overføring til andre arbeidsrettede tiltak, utdanning eller formidling til ordinært arbeid. Mange personer med psykoselidelser mottar uførepensjon med liten eller ingen tilknytning til arbeidslivet. Varig tilrettelagt arbeid kan være et sted hvor en kan oppleve meningsfull aktivitet og bli del av et arbeidsfellesskap. Det kan også være et første skritt dersom en ønsker å prøve seg på arbeid.

16.3.8 Kartlegging av arbeidsevne – et verktøy

Alle arbeidssøkere har rett til å få vurdert sitt behov for bistand og tjenester fra NAV. Kartlegging av kompetanse og fungeringsnivå er vesentlig både når det gjelder utdanning og andre yrkesrettede tiltak.
NAV har utarbeidet et kartleggingsskjema for vurdering av arbeidsevnen. Skjemaet er en egenvurdering og kan gjøres på egen hånd eller med bistand fra veileder hos NAV.

Skjemaet skal alltid suppleres og utdypes gjennom samtale hos veileder i NAV.

- Egenvurdering - ressurser og muligheter (Arbeids- og velferdsdirektoratet)
- KIS – kartlegging i sosialtjenesten (Arbeids- og velferdsdepartementet)

Utkast til ekstern høring

16.4 Lover

Følgende lover er aktuelle når det gjelder arbeid, sysselsetting og skole:
Folketrygdloven (449) og lov om endring i folketrygdloven – kapittel 11 (475)
Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (474)
Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) (447)
Lov om arbeidsmarkedstjenester (Arbeidsmarkedsloven) (476)
§ 9A i opplæringsloven (451)

Utkast til ekstern høring

17 Særskilte pasientgrupper

17.1 Eldre

17.1.1 Aldring hos personer med psykoselidelse.

Det er selvfølgelig noen pasienter med alvorlige psykoselidelser (schizofreni) som blir eldre. Dette dreier seg da om pasienter som har hatt sin lidelse i årtier. Typisk hos denne pasientgruppen er at de positive psykotiske symptomene blir mindre fremtredende, mens de negative og kognitive symptomene blir mer og mer dominerende (477).
Dominansen av de negative og kognitive symptomer, samt de nedsatte ADL-funksjoner, medfører økt behov for omsorg og pleie, og hyppigere tilsyn fra primærhelsetjenesten (477).

Pasienter med kjent og stabil psykoselidelse må få evaluert sin legemiddelbehandling regelmessig med tanke på bivirkninger og interaksjoner (477;478). De forekommer hyppig i denne aldersgruppen både på grunn av endringer i legemiddelomsetning, økende forekomst av andre sykdommer og økt legemiddelbruk. Funksjonssvikt i denne gruppen pasienter kan derfor skyldes bivirkninger av legemidler. Noen pasienter i denne gruppen kan oppnå betydelig bedring av sin livskvalitet ved å senke doser av antipsykotiske legemidler, eventuelt å fjerne de helt.

17.1.2 Forskjeller i forekomst av psykoser hos yngre og eldre

Det er viktige forskjeller i forekomsten av psykoselidelser hos eldre og yngre personer. Prevalensen av organisk betingede psykoser, akutte og forbigående psykoser, medikamentelt utløste psykoser og psykoser ved somatisk sykdom (delirium) er betydelig høyere hos eldre. Forekomsten av funksjonelle psykoser er betydelig lavere hos eldre enn hos yngre (477;479). Det er en overvekt av kvinner som rammes av funksjonelle psykoser i høy alder, selv om en korrigerer for at det er flere kvinner enn menn i de eldste aldersgruppene (477;479).

17.1.3 Funksjonelle psykoser

Funksjonelle psykoser hos eldre omfatter blant annet:
- Sent debuterende schizofreni (LOS)
- Hallusinasjons- og vrangforestillingslidelse som tidligere hadde navnet parafreni
- Paranoid psykose (vrangforestillingslidelse)
- Akutte og forbigående psykoser.

Hallusinasjons- og vrangforestillingslidelse (parafreni)
Diagnosen parafreni er fjernet fra dagens diagnosesystem, men ”parafeni-symptomer” forekommer ofte hos eldre mennesker. Denne gruppen av symptomer er velkjent

Utkast til ekstern høring

innen alderspsykiatri og i førstelinjetjenesten, men ikke så vanlig å treffe i allmennpsykiatrien (477;479). Pasientgruppen er hovedsaklig kvinner med vrangforestillinger og livlige hallusinasjoner (ofte i mange sansemodaliteter). Typiske temaer i vrangforestillingene dreier seg om paranoide tanker knyttet til faktiske eller innbilte naboer (477;479).

Paranoid psykoselidelse (en ren vrangforestillingslidelse) forekommer sjeldnere hos eldre (477).

Akutt og forbigående psykose
Akutt og forbigående psykose har hos eldre et klinisk bilde preget av hallusinasjoner, vrangforestillinger og endret psykomotorisk atferd.
Akutt og forbigående psykose med organisk betinget etiologi (somatisk sykdom, legemidler) diagnostiseres som delirium (477).
Akutte og forbigående psykoser med en mer psykologisk betinget etiologi (tap, psykisk traume, stress og psykologisk belastning) diagnostiseres som "akutt forbigående psykose". Den høye forekomsten av psykososiale tap og traumer hos eldre utløser ofte en akutt forbigående psykose hos premorbid psykisk friske eldre. Det samme gjelder også faktorer som sosial isolasjon og fravær av sansestimuli (sensorisk deprivasjon) (477).

17.1.4 Organiske psykoser

Psykotiske symptomer ved delirium
Delirium er den vanligste formen for akutt psykose hos eldre. Forekomsten fra norske studier viser at 15 til 30 % av pasienter over 75 år akuttinnlagt i medisinske avdelinger lider av delirium. Cirka 25 % av pasienter med demenssykdom lider av delirium i perioder (477).
Det kliniske bildet ved delirium består av raskt innsettende symptomer som varer kun noen dager eller uker, med skiftende bevissthet, redusert oppmerksomhets- og konsentrasjonsevne, hukommelsessvikt, språkforstyrrelser, svikt i eksekutive funksjoner, forandring i psykomotorisk tempo, og psykotiske symptomer (spesielt synshallusinasjoner) (477).
Faktorer som senker terskel for delirium er blant annet høy alder og mange kroniske somatiske lidelser, demenssykdommer, Parkinsons sykdom, hjerneslag og alkoholmisbruk (477).
Blant utløsende årsaker kan nevnes akutt oppstått febersyke, smertetilstander, infeksjoner (spesielt urinveisinfeksjon og lungebetennelse), og diverse ulike legemidler (477).

Psykotiske symptomer ved demenssykdom
Demenssykdom kjennetegnes av en hjerneorganisk betinget progressiv kognitiv svikt, og psykiske symptomer under hele sykdomsforløpet (477).

Forekomsten av psykotiske symptomer ved ulike demenstyper er på cirka 70 %.

Det er ofte slik at demenssykdom debuterer med psykotiske symptomer før symptomer på den kognitive svikten er målbar.
Det kliniske bildet av psykotiske symptomer ved demens består av visuelle

Utkast til ekstern høring

hallusinasjoner, samt hørsels-, lukt, - og kropplige (taktile) hallusinasjoner. Vrangforestillinger er som oftest flyktige, vage og ikke godt organisert. Typiske vrangforestillinger kan være slike som: ” Huset er ikke hjemmet mitt”, ”Noen stjeler ting”, ”Noen er etter meg”, ”Folk kommer og flytter på ting i huset mitt”, ”Ektefellen er en bedrager”. Hallusinasjoner er oftest relatert til pasientens vrangforestillinger.

Psykotiske symptomer ved demens er ofte et forvarsel for angst og fysisk aggresjon.

Imidlertid er det noen former for demens som spesielt peker seg ut med en psykotisk symptomatologi.
Viktigst her er demens med Lewy legemer (DLL). Denne demenstypen rammer oftest eldre over 70 år. DLL kjennetegnes av en uttalt fluktuasjon av symptomer, en fluktuerende kognitiv svikt, fremtredende psykotiske symptomer, (ofte kortvarige synshallusinasjoner hos nesten alle), hørselshallusinasjoner, og systematiske vrangforestillinger. Pasienter har bevegelsessymptomer som kan minne om Parkinsons sykdom (477).
Disse pasientene er spesielt sensitive overfor behandling med antipsykotiske midler, og skal i utgangspunktet ikke behandles med disse (477).

Pasienter med Parkinsons sykdom kan få utløst psykotiske symptomer av legemidlene Madopar og Sinemet, samt at de også har strukturelle og biokjemiske hjerneskader som følge av sin sykdom. Tilstanden kan debutere som delirium, men også starte subakutt og vedvare som en kronisk psykose med vrangforestillinger og eventuelt hallusinasjoner (477).

17.1.5 Utredningsverktøy

Utredningsverktøy som benyttes i diagnostikk hos yngre pasienter med psykoselidelse kan også benyttes hos eldre pasienter. I tillegg kan instrumentene NPI (The Neuropsychiatric Inventory) (480;481) og CAM (Confusion Assessment Method) være nyttige å bruke i forhold til diffierensialdiagnostikk. NPI er en observasjonsskala som måler 12 psykiatriske og atferdsmessige hovedsymptomer ved demensykdommer.
CAM er et screeningsinstrument for å identifisere delirium i ulike sammenhenger

17.1.6 Behandling med legemidler

Som gruppe responderer eldre pasienter med samme effekt av antipsykotisk legemiddelbehandling som yngre pasienter. Det viktigste kriteriet for behandling med legemidler hos eldre pasienter med psykotiske symptomer, er grad av subjektiv lidelse hos pasienten (479). Psykotiske symptomer som ikke skaper en lidelse hos pasienten bør sannsynligvis ikke behandles med legemidler (479).
Det er mulig å vurdere graden av subjektiv lidelse ut i fra indirekte mål som søvn, matinntak og hvorvidt pasienten handler på sine forestillinger eller opplevelser. Når det gjelder vurderingen av effekten av legemiddelbehandling er disse målene trolig enda viktigere enn tilstedeværelsen av psykotiske fenomener (479).

Når det gjelder bivirkninger er det en rekke viktige forskjeller når det gjelder eldre og

Utkast til ekstern høring

yngre pasienter. Dette gjelder blant annet sannsynligheten for ekstrapyramidale bivirkninger. Enkelte pasientgrupper, som pasienter med Parkinsons sykdom og Demens med Lewy legemer (DLL), vil være særdeles utsatte for disse bivirkningene. Pasienter med DLL har en betydelig økt risiko for å utvikle malignt nevroleptikasyndrom (477;479). Vanlig antipsykotisk legemiddelbehandling er derfor direkte skadelig for disse pasientene.
Alternativer til antipsykotiske legemidler kan hos denne pasientgruppen være Kolinesterasehemmere, og behandling av denne typen av pasienter vil ofte kreve alderspsykiatrisk ekspertise.
Når det gjelder andre typer av bivirkninger av antipsykotisk legemiddelbehandling bør en også nevne metabolske bivirkninger. Disse kan være problematiske, og særlig hos pasienter som i utgangspunktet har risikofaktorer for hjerte og karsykdommer (røyking, overvekt, høyt blodtrykk m.m.) (477;479;482).
Det foreligger en Cochrane metaanalyse (2003) som omhandler antipsykotisk legemiddelbehandling til pasienter med sent debuterende schizofreni. Forfatterne inkluderte pasienter med "parafreni", d.v.s. debut etter 60 år. De gjennomgikk nøye 38 studier, men fant ingen som tilfredstilte deres kriterier (483). Det foreligger heller ikke noen internasjonale retningslinjer om antipsykotisk legemiddelbehandling av eldre pasienter. Behandlingen må derfor basere seg på klinisk skjønn og tilpasning av anbefalinger for yngre pasienter.

Pasienter med demens har fått påvist økt dødelighet ved behandling med antipsykotiske legemidler. Opprinnelig trodde man at dette var begrenset til nyere antipsykotiske midler som olanzapin og risperidon, men det ser imidlertid ut til at denne økningen i dødelighet gjelder alle typer av antipsykotiske midler.
I tillegg er det nå sterke argumenter for at den kognitive svikten progredierer raskere hos demente pasienter som mottar antipsykotiske legemidler (477).
Terskelen for legemiddelbehandling med antipsykotika bør derfor være høy, det vil si. at de psykotiske symptomene som skal behandles må ha en høy intensitet og frekvens, og ikke bare forekomme av og til. I tillegg må de selvsagt skape subjektiv lidelse hos pasienten (477;479). Valg av preparat må ta hensyn til øvrige sykdommer, ernæringstilstand og øvrig legemiddelbehandling. Doser bør holdes til ca 30 – 50 % av dosen som anbefales for yngre.
Se også kapittel 13.13.5.2. om behandling med legemidler.

17.1.7 Annen behandling av psykoselidelser hos eldre

ECT- behandling
ECT- behandling (Electro Convulsive Therapy) en har særdeles god effekt hos pasienter med alvorlige affektive lidelser, og dette gjelder i særdeleshet for de pasienter med psykotisk depresjon (se Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon (484)). I tillegg kan også ECT-behandling ha en meget god effekt på manier hos eldre. Hos disse pasientgruppene beskrevet ovenfor vil ECT ofte være å foretrekke fremfor medikamentell behandling (477;479).

Psykoterapi
Eldre personer med psykoser profiterer ikke alltid like godt på psykoterapi. Den manglende respons på psykoterapi skyldes ofte en organisk etiologi og en kognitiv svikt, noe som forekommer hyppig i denne pasientgruppen.

Utkast til ekstern høring

Tverrfaglig miljøbehandling
Eldre pasienter med psykoselidelser (unntatt delirium som bør behandles ved somatiske avdelinger) profiterer på tverrfaglig miljøbehandling ved alderspsykiatriske avdelinger.

Miljøbehandlingsformer som psykoedukasjon, reminisens, ADL trening, sosial rytme terapi, fysisk aktivitet og sansestimuleringsmetoder er anbefalt for pasienter med psykose.

Behandling og oppfølging i kommunen
Etter en utskrivelse fra alderspsykiatriske avdelinger trenger pasientene langtidsoppfølging og viderebehandling i regi av primærhelsetjenesten. Elementene i denne oppfølgingen bør være etableringen av et fast nettverk i form av en ansvarsgruppe. Det må være hyppige (ukentlige) tilsyn fra den hjemmebaserte tjenesten og en tilrettelegging av praktisk bistand og tekniske hjelpemidler hjemme hos pasientene (spesielt ved demens). Bruk av dagsenterplasser og rullerende avlastningsplasser ved sykehjem, vil være god behandling for hjemmeboende pasienter.

For eldre pasienter med psykose som har samtidige (komorbide) somatiske tilstander er ofte flytting til høyre omsorgsnivå i form av omsorgsbolig eller en fast plass på et sykehjem en riktig intervensjon..

Se også kapittel 14.5 – 14.12.

Familiesamarbeid
Forskning viser at psykotiske symptomer hos eldre hjemmeboende pasienter påfører stort stress og belastning for de pårørende. Denne typen av belastninger kan føre til utvikling av belastningssymptomer.
Det er derfor anbefalt at man utreder graden av stress hos pårørende med testen Pårørende Stress Skala. Se for øvrig kapittel 12.4. om familiesamarbeid.

17.2 Personer med psykisk utviklingshemming

Likeverdige helsetjenester til personer med utviklingshemming er et uttalt mål, både i "Opptrappingsplanen for psykisk helse" (485) og andre steder (se for eksempel Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010 (486)). Likevel er tilbudet til denne pasientgruppen svært mangelfullt (485;486). Mennesker med lett utviklingshemming og psykiske lidelser skal i utgangspunktet behandles i det ordinære psykiske helsevernet, mens det anbefales at mennesker med moderat utviklingshemming eller mer blir behandlet i spesialiserte enheter (433;486).

Det krever stor generell kunnskap om utviklingshemming for å utrede, behandle og følge opp psykoselidelser hos personer med utviklingshemming (487). Det er flere forhold som kompliserer dette utredningsarbeidet (162). Blant annet kan det være en betydelig symptomoverlapping mellom psykisk utviklingshemming og psykose. Slik diagnostisk overskygging kan i møte med psykisk helsevern føre til at mange mennesker med utviklingshemming får alle sine vansker forklart med

Utkast til ekstern høring

utviklingshemmingen, noe som innebærer at personer med utviklingshemming og psykose ikke får korrekt diagnose.

Mennesker med utviklingshemming kan ofte ha atypiske og særegne symptomer på psykose, for eksempel kan det kliniske bildet domineres av utstrakt atferdsmessig disorganisering, agitasjon, uro, aggresjon, selvskading og andre stress-symptomer. En kan også se atferdsekvivalenter til negative symptomer. De fleste mennesker med utviklingshemming har språk- og kommunikasjonsvansker, som medfører at en tradisjonell utredning, der pasienten svarer på spørsmål om sine symptomer, ikke lar seg gjennomføre. Utredningen blir da i større grad avhengig av atferdsobservasjoner over tid. Inngående kunnskap om den enkeltes fungeringsnivå før psykosedebut er helt avgjørende og må kartlegges grundig for hver enkelt pasients enkeltferdigheter, slik at en kommer fram til hva som har endret seg og hvilke av pasientens vansker som ikke kan forklares med utviklingshemmingen.

De vanlige diagnostiske kriteriene er ikke tilpasset mennesker med utviklingshemming, og det er derfor utarbeidet tilpassede versjoner av både ICD-10, kalt DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental disorders) (488), og DSM-IV, kalt DM-ID (Diagnostic Manual – Intellectual Disability)(489). Det finnes også utredningsverktøy som er spesielt utviklet for psykiatrisk utredning av mennesker med utviklingshemming (for en gjennomgang, se Eknes et al., 2008 (162)).

Av grunnene som er listet ovenfor, er også differensialdiagnostikk mellom ulike typer psykoselidelser hos mennesker med utviklingshemming en vanskelig oppgave. Det finnes i dag spesialiserte døgnavdelinger og ambulante team flere steder i landet som arbeider med denne typen problemstillinger. Spesielt er det utfordringer knyttet til å skille mellom schizofreni, psykose ved stemningslidelse og andre psykoselidelser. Det er også store utfordringer knyttet til å skille mellom reelle psykoser og andre typer psykiske vansker og atferdsvansker som kan få et psykoseliknende uttrykk på grunn av disse pasientenes i utgangspunktet lave fungeringsnivå.

I behandling av disse pasientene er det nødvendig å ha inngående kunnskap om, og ta hensyn til, utviklingsnivået til den enkelte pasient. Mange av de samme behandlingstilnærmingene som benyttes for andre pasienter, kan også brukes til denne gruppen i en tilpasset form. Ved legemiddelbehandling bør det utvises varsomhet. Klinisk erfaring tyder på at det er overhyppighet av atypisk legemiddelnedbryting i denne gruppen. Som for andre grupper bør det være samsvar mellom psykiatrisk diagnose og legemiddelbehandling. Ulike typer samtalebehandling kan være virksomme, men mer innsiktsrettet behandling er sjelden aktuelt. Det er for øvrig viktig å merke seg at personer med utviklingshemming ofte har store sprik innad i sin fungeringsprofil, og at det derfor ikke er mulig å generalisere en persons utviklings- og fungeringsnivå ut fra enkeltferdigheter.

Fungeringsfall i forbindelse med debuterende psykoselidelse vil alltid være relativt. Mange mennesker med utviklingshemming trenger i utgangspunktet mye hjelp og støtte i hverdagen og bor derfor i bemannede, kommunale boliger. Dette hjelpebehovet blir ofte større ved psykoseproblematikk (487). Det har vist seg helt sentralt for bedring på sikt at hjelp og støtte fra kommunale omsorgstjenester

Utrykt tilgjengjort

tilpasses den enkelte pasients psykiske tilstand, med større omsorgsinnsats i dårlige perioder. Noen vil også kunne trenge sykehusinnleggelser, for eksempel i en spesialisert døgnenhet. Pasienter med moderat utviklingshemming eller mer har som oftest lite utbytte av opphold i vanlige, psykiatriske avdelinger, der personalet har lite kunnskap om utviklingshemming. Tilpasses derimot kommunikasjonens innhold og form til pasientens utviklingsnivå og symptomtrykk, ser en effekt av psykososial behandling også hos denne gruppen. De ser ut til å ha utbytte av de samme egenskapene ved samhandling med hjelpere som andre med psykoselidelser, så lenge denne foregår i en tilpasset form (490;491).

Personer med utviklingshemming og psykose behandles i utgangspunktet som andre med psykose, men det er viktige hensyn som må tas når det gjelder valg av legemiddel, se kapittel 13.13.5.5.

17.3 Hørselshemmede, døve og døvblinde

I Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) ”Åpenhet og helhet - om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” (432), ble døve med psykiske lidelser nevnt som en gruppe pasienter som hadde behov for et særskilt tilbud. I utredningen ble det særlig pekt på døves behov for bruk av tegnspråk i utredning og behandling. I etterkant av Stortingsmelding 25 (1996-1997) ga Helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede tilbudet til døve med psykiske lidelser. Sjefpsykolog ved Aker Universitetssykehus, Halvor Nordeng, skrev utredningen ”Tjenestetilbudene til døve med psykiske lidelser” (492).

Disse utredningene dannet så grunnlaget for å opprette det som i dag heter Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP) hvor både barn, ungdom og voksne med hørselshemming, døvhet og døvblindhet får et særlig tilrettelagt tilbud. I tillegg til det nasjonale senteret i Oslo er det også regionale tjenester i Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord.

Det foreligger få studier av døve og døvblinde pasienter med psykiske lidelser. De fleste studiene er deskriptive og/eller anekdotiske. Fokuset for mange av studiene har vært å beskrive hvordan psykiatriske symptomer manifesterer seg hos døve og døvblinde. Det finnes ingen gode epidemiologiske studier og få studier med behandlingsresultater (493).

Ved gjennomgang av de få studiene som finnes, antydet de tidligste studiene høyere forekomst av psykotiske lidelser hos døve. Kritisk gjennomgang av disse studiene har avslørt metodiske feilkilder (494). Senere studier estimerer lik, eller noe lavere, forekomst av psykose hos døve (495). Det er imidlertid grunn til å være oppmerksom på begrensingene i disse studiene på grunn av studienes størrelse, metodiske svakheter *og* døves vanskelige tilgang til helsetjenester (496;497), samt helsetjenestens manglende kompetanse om tegnspråk, døves oppvekstvilkår og om spesifikke kulturelle aspekter.

En utredning av psykotiske tilstander hos hørselshemmede, døve og døvblinde uten at behandlingsapparatet har særlig kompetanse om målgruppene, vil kunne gi seg utslag i feildiagnostisering; både over- og underdiagnostisering. En fullgod utredning krever spesiell kompetanse knyttet til å kunne bruke norsk tegnspråk i utredningen,

Utkast til offentlig høring

eventuelt å gjøre effektivt bruk av tegnspråktolk (494), i tillegg til kunnskap om egnede utredningsinstrumenter og hørselsfaglig spesialistkompetanse som nevnt over.

Noen døve og døvblinde har omfattende språkvansker som følge av språklig deprivasjon uansett språklig modalitet (tegnspråk / talespråk) (498;499). Dette medfører for eksempel at det å skille tenkningsforstyrrelser fra språklige vansker vil være krevende. Korrekt differensialdiagnostikk forutsetter god kunnskap om målgruppen og diagnostiske fallgruver.

Det finnes i Norge i dag ingen utredningsinstrumenter innen psykisk helsevern som er utarbeidet for tegnspråklige pasienter. Dette får særlig betydning for nevropsykologisk testing av tegnspråklig døve. Her er det flere forhold som er av betydning for undersøkelsens reliabilitet og validitet. Mange potensielle feilkilder kan knyttes til selve undersøkelsessituasjonen. Dette gjelder blant annet problemstillinger knyttet til bruk av tolk og den språklige oversettelsen. En annen feilkilde er at man ved visuell språklig framstilling av materialet (på tegnspråk), kan stå i fare for å endre karakteristika ved testen, slik at man ikke fanger opp den funksjonen testen i utgangspunktet skal måle. Et tredje problem er at bruk av eksisterende normgrunnlag kan gi feilaktig bilde for visse type tester.

Det understrekes at det er behov for nevropsykologisk testing også av døve, men det anbefales at dette gjøres av noen med god kompetanse på området eller ved konferering med noen med slik kompetanse. Dersom en gjennomfører en utredning uten å ha nødvendig kunnskap, er det en økt sjanse for både falske positive og falske negative når det gjelder påvisning av kognitiv svikt.

Utredning av psykotiske symptomer hos hørselshemmede, døve og døvblinde bør ideelt sett gjøres av spesielt trente klinikere. I Norge vil antall utredninger per år være så få, at alle pasienter fortrinnsvis bør henvises til NSHP eller eventuelt til de regionale tilbudene innen psykisk helsevern.

17.4 Gravide og ammende

Kvinner som har en schizofrenidiagnose, vil, som følge av sin sykdomsbelastning, være utsatt for større utfordringer enn andre mødre både under svangerskapet og etter fødselen.
Nyere undersøkelser viser at 60 % av kvinner med schizofrenidiagnose som blir behandlet utenfor sykehus, er mødre. 10 % av disse er primæromsorgspersoner for barna sine. 2 % av alle barn lever sammen med foreldre med en alvorlig psykisk sykdom.
Mødre med schizofrenidiagnose har hyppigere svangerskapskomplikasjoner enn andre, og omtrent en fjerdedel av gravide kvinner får tilbakefall etter fødsel.
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 (268).

Gravide kvinner med en alvorlig psykoselidelse vil trenge kontinuerlig oppfølging av faste fagpersoner under svangerskapet. Viktige tiltak er

- støtte og bekreftelse i mestring av dagligdagse oppgaver

Utkast til eksternhøring

- informasjon om hva som skjer med kroppen i løpet av svangerskapet, hvordan en fødsel skjer, hvordan og hvor svangerskapskontroller foregår, og hvordan tilværelsen må planlegges etter fødselen
- hjelp til å styrke omsorgsevne ved å legge vekt på kartlegging av stressfaktorer og støtte til å ta hensyn til sårbarhet for å unngå å psykotiske gjennombrudd
- undervisning/opplæring sammen med ektefelle/partner om blant annet bruk av legemidler i svangerskapet og arbeidsdeling i hjemmet
- individuell plan og kriseplan, se kap. 15.7 og 15.8.

Det er også viktig å avklare

- hvem som skal være støttepersoner, og hvordan et samarbeid om å ivareta både mor, barn og ektefelle/partner i denne prosessen kan tilrettlegges
- deltakelse i barselgruppe. Noen av mødrene med psykoselidelse vil kunne ha nytte av å møte andre mødre i barselgrupper for utveksling av erfaringer og motta råd og støtte fra hverandre

Utfordringer for pårørende:

- Ektefelle/partner kan komme i et dilemma dersom den gravide ønsker ordinær oppfølging i svangerskapet og unnlater å fortelle om psykoselidelsen. Åpenhet og tilgang på oppfølging utover det vanlige anbefales

En optimal oppfølging vil være betinget av et smidig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fødeavdelinger, det kommunale hjelpeapparatet og pårørende (ektefelle/partner).
For anbefalinger om legemiddelbehandling, se kapittel 13.13.5.4.

17.5 Minoriteter

Likeverdige og individuelt tilpassede tjenester er et overordnet mål for tjenestene. Likevel er det tall som viser at personer med minoritetsetnisk bakgrunn generelt har lavere tilgang på helsetjenester, samtidig som de har dårligere helse enn andre i Norge (500).

17.5.1 Tilrettelegge informasjon og bruk av tolk

Det er helsepersonellets ansvar å tilrettelegge informasjon og, så langt som mulig, sikre at pasienten forstår innholdet i og betydningen av opplysningene (jf. Pasientrettighetsloven (23) §§ 3-1 – 3-5 og helsepersonelloven (17) § 10). De instanser som trenger tolk for å utføre sine oppgaver, skal bestille og betale for tjenesten, se kap. 7. i "Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente" (501) om bruk av tolk. Dette innebærere at planlegging og budsjettering må inkludere behov for tolketjenester.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) utga i 2010 "Ny i Norge" (502), som inneholder informasjon om det norske samfunnet (oppdatert pr. 1.8.2009). I utgangspunktet er heftet utarbeidet for arbeidsinnvandrere, men kan være nyttig for flere grupper. Heftet gir samlede opplysninger fra offentlige etater om rettigheter og plikter og praktiske råd og tips som kan hjelpe i hverdagen. Nettsiden

Utkast til ekstern høring

www.nyinorge.no oppdateres fortløpende.

17.5.2 Tilrettelegge for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging

Anbefalingene som retningslinjen beskriver, er basert på kunnskapsbasert praksis og er gjeldende for mennesker med psykoselidelser, uavhengig av hvor de kommer fra, og hvor de bor.
Det er likevel nødvendig å vurdere om det er spesielle forhold som kan påvirke de gjeldende anbefalingene.
Har personen

- vært utsatt for krenkelser av menneskeverd og selvfølelse?
- hatt mange tapsopplevelser?
- opplevd alvorlige belastninger?

Er det nødvendig med spesielle tiltak, som ekstra tid i konsultasjonen, tolk, å invitere flere (familiemedlemmer, henvisende instans, andre samarbeidspartnere) eller annet? Se kapittel 13.13.5.6 om spesielle hensyn ved legemiddelbehandling.

17.5.3 Personer med migrasjonserfaring

Felles for personer som velger eller blir tvunget til å flytte, er at migrasjon medfører oppbrudd og nyorientering, noe som kan være en helsemessig påkjenning. I varierende grad kan de ha gjennomgått traumer og tap før de kommer til Norge. Noen har opplevd krigshandlinger, tortur og/eller skader etter vold og overgrep. Tilværelsen etter ankomst til Norge kan i seg selv inneholde faktorer som er psykisk belastende, for eksempel passivitet, usikkerhet, trangboddhet og langvarig uforutsigbarhet (501).

Psykiske lidelser arter seg forskjellig innad i og mellom befolkningsgrupper. I enkelte grupper antar en at mer enn halvparten av dem som søker opphold i Norge, har psykiske senskader av en art som normalt vil kreve behandling (503).

Veilederen Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktinger (504) gir anbefalinger om spesielle forhold som bør vurderes knyttet til hjelp og behandling til flyktinger. Noen av disse anbefalingene kan være nyttig også i samarbeid med asylsøkere, familiegjenforente og innvandrere.

17.6 Den samiske befolkningen

Samene er en urbefolkning med utbredelse i Norge, Sverige, Finland og Russland og har sin særegne kultur, språk og politiske historie. Dette har i mange sammenhenger ikke blitt tilstrekkelig anerkjent eller tatt hensyn til. Det er nødvendig at helsepersonell har en kulturell og språklig kompetanse som avspeiles i den faglige tilnærmingen. Dette anses å være en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp (505). I det følgende pekes det på noen utfordringer i møtet mellom kliniker og den samiske pasienten.

For det første handler det om å anerkjenne og forstå pasientens kulturelle kontekst. Samisk kultur er en kultur som både har sterke kollektivistiske og individualistiske

Utkast til ekstern høring

trekk. Slekten og familien er viktig. Enkeltindividets identitet, rettigheter og plikter knyttes ofte til slektskap, langt utover det som er vanlig i vestlige kulturer, inkludert den norske. Den narrative tradisjonen, det vil si den muntlige fortellingen, er en viktig samisk tradisjon.
I kriser kan det være nærliggende for en samisk pasient å ta i bruk kjente, tradisjonelle kollektive historier for å forsøke å forklare erfaringene. Innenfor denne tradisjonen benyttes ofte billedspråk og symbolspråk, og magisk tenkning kan forekomme. Pasienter kan hevde å ha hatt kontakt med underjordiske, snakket med døde mennesker og hjelpere etc., uten at dette nødvendigvis er psykotiske forestillinger. Noen kan fortelle at de har sett spøkelser, merket "uro" i hus eller sett underjordiske (506).
Forestillinger om å motta budskap gjennom drømmer eller dyr kan også forekomme, spesielt hos eldre. Alle disse forestillingene knyttet til åndeverdenen, har forankring i tradisjonelle oppfatninger og folketro og er i utgangspunktet normalfenomener i sin kulturelle kontekst.
Et annet trekk i tenkningen er en uttalt skjebnetro. Andre, særlig fra læstadianske miljøer, kan tolke og forstå sykdom som Guds straff. En fatalistisk innstilling åpner i liten grad for at individet selv tror seg i stand til å endre livets gang, og det vil derfor kunne påvirke holdningen til det å bli frisk og til følge opp den videre behandlingen.
Det er en kjent klinisk erfaring at forestillinger om "ganning" - det å bli satt ondt på – kan inngå som et element i mange psykosetilstander. Dette er imidlertid også knyttet til kulturelle forestillinger i den samiske kulturen og betraktes da ikke som avvik.

Det skal bemerkes at kjennetegnet på vrangforestillinger, som ofte vil farges av pasientens kulturelle kontekst, likevel vil framstå som unormale også i denne konteksten.

Det er mye som tyder på at mange samer har en høyere terskel for å søke helsehjelp enn nordmenn for øvrig. De har også en sterkere tradisjon for å mestre plager og sykdommer uten involvering av skolemedisinen. Bruk av tradisjonelle behandlingsmetoder som "læsing" er mer utbredt blant samiske psykiatriske pasienter enn blant norske (507).
I mange miljøer er det dessuten tabu å snakke om psykiske vansker, da mange er redd for stigmatisering og i verste fall utstøting. En høy terskel for å søke medisinsk hjelp kan være positivt ved at den kan føre til større mobilisering av egne og nettverkets ressurser. Det kan imidlertid også ha alvorlige negative utslag dersom sykdommen er alvorlig og bedring er avhengig av medisinsk behandling.
Tidligintervensjon ved psykoser vil kunne være en ekstra stor utfordring i den samiske befolkningen på grunn av ovennevnte forhold.

Morsmålet er et viktig fundament i et individs identitet. I all psykiatrisk utredning og behandling er språket et viktig verktøy. I kriser vil det være helt avgjørende å kunne gjøre seg forstått. Mange er uvant med å snakke om følelser på annet enn morsmålet, til tross for at de ellers i dagligdagse samtaler behersker norsk godt. Dessuten vil evnen til å uttrykke seg språklig på annet enn morsmålet i situasjoner som legebesøk, lett bli påvirket av stress og utrygghet (505).
Det er dokumentert at samiske pasienter med psykiske lidelser opplever dårligere behandlingsallianse med sine norske behandlere enn norske pasienter gjør, uten at dette fanges opp av behandlerne. Sammenhengen mellom utbytte av behandling og

Utrast til ekstern høring

behandlingsallianse er godt dokumentert (508).
Det er derfor helt essensielt at pasienters kulturelle bakgrunn og språklige preferanse kartlegges systematisk i alle deler av psykisk helsevern. Alle behandlere bør dessuten gjennomgå opplæring i kultursensitiv pasientbehandling.

Det gjelder særlige regler for bruk av samisk i forvaltningsområdet for samisk språk, som omfatter kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana, Kåfjord, Lavangen, Tysfjord og Snåsa jf. sameloven med forskrift (509;510). I henhold til § 3-5 i Sameloven (510) har den som ønsker å bruke samisk for å ivareta sine interesser i nevnte forvaltningsområde rett til å bli betjent på samisk.
Tolketjeneste er i noen grad tilgjengelige, men bruk av tolk innen psykisk helsevern kan også virke fremmedgjørende i relasjonen mellom terapeut og pasient. Det kan bl.a. føre til at følsomme spørsmål holdes tilbake (505).
Det er derfor viktig å kunne tilby utredning og behandling av samisktalende terapeuter. Samiske pasienter fra hele landet kan henvises til SANKS (*Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern*), dersom de ønsker det. Senteret har samiskspråklige behandlere, som kan tilby utredning og behandling på pasientens morsmål.
I tillegg kan det gis veiledning til det lokale hjelpeapparatet og andre poliklinikker/avdelinger. Klinikere som har spørsmål knyttet til samiske psykiatriske pasienter, kan således henvende seg til SANKS (www.sanks.no.).

Utkast til ekstern høring

Referanser

1. Yung AR, Nelson B. Young people at ultra high risk for psychosis: a research update. Early Interv Psychiatry 2011;5 Suppl 1:52-7.

2. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 an projected to 2020. Baltimore: Harvard School of Public Health; 1996. Global burden of disease and injury series vol. 1.

3. Rund BR. Schizofreni: hvor mye tid bruker vi på behandling og forskning? Tidssk Nor Lægeforen 1995;115(21):2682-3.

4. The cost effectiveness of early intervention for psychosis: a report by Access Economics. Melbourne: Early Psychosis Prevention and Intervention Centre EPPIC; 2010.

5. McCrone P, Park A-L, Knapp M. Economic Evaluation of Early Intervention (EI) Services: Phase IV Report. London: Personal Social Services Research Unit; 2010. PSSRU Discussion Paper 2745. Tilgjengelig fra: http://www.iris-initiative.org.uk/silo/files/cost-impact-of-ei-psychosis-report-phase-4-mccrone-knapp-park-oct-2010.pdf

6. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The economic analysis of prevention in mental health programs. Annu Rev Clin Psychol 2011;7:169-201.

7. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. Br J Psychiatry 2004;184:526-33.

8. Stant AD, TenVergert EM, Groen H, Jenner JA, Nienhuis FJ, van de Willige G, et al. Cost-effectiveness of the HIT programme in patients with schizophrenia and persistent auditory hallucinations. Acta Psychiatr Scand 2003;107(5):361-8.

9. Martinsen EW, Ruud T, Borge L, Watne O, Friis S. The fate of chronic in-patients after closure of psychiatric nursing homes in Norway: a personal follow-up 6 years later. Acta Psychiatr Scand 1998;98(5):360-5.

10. Appraisal of guidelines for research & evaluation II: Agree II instrument. Hamilton, Ontario: The AGREE Next Steps Consortium; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.agreetrust.org/index.aspx?o=1397.

11. Retningslinjer for retningslinjer: veileder: prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglig retningslinjer. Rev. utg. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002.

12. Metodebok: for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00243/Metodebok_for_nasjo_243019a.pdf.

13. Løvdahl H. Schizofreni: kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo:

Utkast til ekstern høring

Statens helsetilsyn; 2000. Helsetilstynets utredningsserie 9-2000.

14. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007.

15. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. NICE clinical guideline 82. Tilgjengelig fra: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf

16. European Health Committee (CDSP). Draft Recommendation Rec(2001) of the Committee of Ministers to member states on developing a methodology for drawing up guidelines on best medical practices: Explanatory Memorandum. Strasbourg: Council of Europe: Committee of Ministers; 2001. Tilgjengelig fra: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=221901&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75.

17. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.

18. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61.

19. Lov om helsetjenesten i kommunene (Kommunehelsetjenesteloven). LOV-1982-11-19-66.

20. Larsen E, Aasheim F, Nordal A. Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf

21. Brukermedvirkning innen psykisk helse: en veileder. Skien: Mental helse; 2004.

22. Veiledningshefte for pårørende innen psykisk helse-feltet. Oslo: Landsforeningen for pårørende innen psykiatri; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.lpp.no/bilder/170223LPP0021_veiledningshefte_lav.pdf

23. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.

24. Storm M, Storm M. Service user involvement in in-patient mental health services [doktoravhandling]. Stavanger: University of Stavanger; 2010. Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/uis/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_19495/3/Storm%2c%20Marianne.pdf.

25. Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00079/P_r_rende___en_ressu_79889a.pdf

26. Baucom DH, Mueser KT, Shoham V, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health

Utkast til høring

problems. J Consult Clin Psychol 1998;66(1):53-88.

27. Pitschel-Walz G, Leucht S, Baumnl J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - A meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27(1):73-92.

28. Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. Schizophr Bull 1995;21(4):567-77.

29. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. Schizophr Bull 2004;30(2):193-217.

30. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00289/Barn_som_p_r_rende_289909a.pdf

31. Nasjonal plan for selvhjelp. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Norsk selvhjelpsforum; 2004. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00003/IS-1212_3245a.pdf

32. Selvhjelp Norge: nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 12 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://selvhjelp.no/

33. LINK Oslo, senter for selvhjelp og mestring [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 17 Okt 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.linkoslo.no/

34. Norsk selvhjelpsforum [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 17 Okt 2011]. Tilgjengelig fra: www.norskselvhjelpsforum.no

35. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 12 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.erfaringskompetanse.no/

36. Pårørendekompetanse [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 12 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.pkompetanse.no/

37. Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling [nettdokument]. [oppdatert 2011; lest 12 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://www.kbtmidt.no/

38. Sosial- og helsedepartementet. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St.prp.nr.63 (1997-98). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915

39. Horvath AO. The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. Psychotherapy 2006;43(3):258-63.

40. Haram A. Dialogens kraft: når tanker blir stemmer. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.

Utkast til ekstern høring

41. Kogstad RE, Ekeland TJ, Hummelvoll JK. In defence of a humanistic approach to mental health care: Recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. J Psychiatr Ment Health Nurs 2011;18(6):479-86.

42. Adair CE, McDougall GM, Mitton CR, Joyce AS, Wild TC, Gordon A, et al. Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. Psychiatr Serv 2005;56(9):1061-9.

43. Mitton CR, Adair CE, McDougall GM, Marcoux G. Continuity of care and health care costs among persons with severe mental illness. Psychiatr Serv 2005;56(9):1070-6.

44. Møller P, Husby R. Det initiale ved schizofreni - kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. Tidssk Nor Lægeforen 2003;123(17):2425-9.

45. Hummelvoll JK, Granerud A. Ideologiske og teoretiske inspirasjoner i psykiatrisk sykepleie. I: Bruland Våle G, Karlsson B, Hummelvoll JK, red. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvforståelse, praksis og forskning. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2009. s. 43-76. Rapport nr. 14.

46. Frahm Jensen MJ, Dybvig S, Johannessen J, red. Stigma - antistigma: stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes? Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning; 2009.

47. First MB. Beyond clinical utility: broadening the DSM-V research appendix to include alternative diagnostic constructs. Am J Psychiatry 2006;163(10):1679-81.

48. ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.

49. McGuire PK, Dixon TA. S36.02 Psychosis is better described as a continuum, rather than as categories. Eur Psychiatry 2000;15(Suppl 2):286.

50. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, et al. Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group. Schizophr Bull 2011;37(1):73-83.

51. Crow TJ. The continuum of psychosis and its genetic origins. The sixty-fifth Maudsley lecture. Br J Psychiatry 1990;156:788-97.

52. Alanen YO. Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. Psychiatry 1997;60(2):142-57.

53. Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, red. Evolving psychosis: different stages, different treatments. London: Routledge; 2006.

54. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. Arch Gen Psychiatry 2008;65(1):28-37.

Utkast til ekstern høring

55. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. Aust N Z J Psychiatry 2006;40(8):616-22.

56. Docherty JP, Van Kammen DP, Siris SG, Marder SR. Stages of onset of schizophrenic psychosis. Am J Psychiatry 1978;135(4):420-6.

57. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. 1927. Am J Psychiatry 1994;151(6 Suppl):134-9.

58. Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. Br J Psychiatry Suppl 2007;51:s1-s8.

59. Schaffner K, McGorry P, red. Special issue: Ethics of Early Treatment Intervention in Schizophrenia. Schizophr Res 2001;51(1):1-108.

60. Larsen TK, Opjordsmoen S. Early identification and treatment of schizophrenia: conceptual and ethical considerations. Psychiatry 1996;59(4):371-80.

61. Hafner H, Loffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der HW. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999;100(2):105-18.

62. Dominguez MD, Wichers M, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. Schizophr Bull 2011;37(1):84-93.

63. McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(10 Suppl):157S-76S.

64. McClellan J, McCurry C, Speltz ML, Jones K. Symptom factors in early-onset psychotic disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(7):791-8.

65. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. J Clin Psychiatry 2004;65 Suppl 6:5-11.

66. Karlsen K. Veileder for utredning av barn og ungdom med psykoser i Helse Sør-Øst. Hamar: Helse Sør-Øst RHF; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Utredningsveileder_BUP.pdf.

67. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28(3):399-407.

68. Hugdahl K. "Hearing voices": auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. Scand J Psychol 2009;50(6):553-60.

69. Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS, Kuck J, Braff D, Harris MJ, et al. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? Neuropsychology 1997;11(3):437-46.

Utkast til ekstern høring

70. Palmer BW, Dawes SE, Heaton RK. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? Neuropsychol Rev 2009;19(3):365-84.

71. Glahn DC, Laird AR, Ellison-Wright I, Thelen SM, Robinson JL, Lancaster JL, et al. Meta-analysis of gray matter anomalies in schizophrenia: application of anatomic likelihood estimation and network analysis. Biol Psychiatry 2008;64(9):774-81.

72. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2006;67 Suppl 9:3-8.

73. Caspi A, Reichenberg A, Weiser M, Rabinowitz J, Kaplan Z, Knobler H, et al. Cognitive performance in schizophrenia patients assessed before and following the first psychotic episode. Schizophr Res 2003;65(2-3):87-94.

74. Gschwandtner U, Aston J, Borgwardt S, Drewe M, Feinendegen C, Lacher D, et al. Neuropsychological and neurophysiological findings in individuals suspected to be at risk for schizophrenia: preliminary results from the Basel early detection of psychosis study - Fruherkennung von Psychosen (FEPSY). Acta Psychiatr Scand 2003;108(2):152-5.

75. Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. Lancet 1995;346(8974):552-7.

76. Hoff AL, Svetina C, Shields G, Stewart J, DeLisi LE. Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. Schizophr Res 2005;78(1):27-34.

77. Rund BR. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. Schizophr Bull 1998;24(3):425-35.

78. Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. Biol Psychiatry 1999;46(6):729-39.

79. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry 1996;153(3):321-30.

80. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? Schizophr Bull 2000;26(1):119-36.

81. Joyce EM, Roiser JP. Cognitive heterogeneity in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry 2007;20(3):268-72.

82. Morris SE, Insel TR. Reconceptualizing schizophrenia. Schizophr Res 2011;127(1-3):1-2.

83. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40(7 Suppl):4S-23S.

84. Hollis C. Diagnosis and differential diagnosis. I: Remschmidt H, red. Schizophrenia

Utkast til ekstern høring

in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. s. 82-118.

85. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00316/H_ringsversjon_av_r_316179a.pdf

86. Arendt M, Mortensen PB, Rosenberg R, Pedersen CB, Waltoft BL. Familial predisposition for psychiatric disorder: comparison of subjects treated for cannabis-induced psychosis and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 2008;65(11):1269-74.

87. Bramness JG. Problem ampthetamine and methamphetamine use, related consequences and responses. I: Hordvin O, red. The Drug Situation in Norway 2009. Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA. Oslo: SIRUS; 2009. s. 61-7. Tilgjengelig fra: http://www.sirus.no/filestore/Dummy_graphics/Drug_Situation_Norway_2009.pdf

88. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. Addiction 2006;101(10):1473-8.

89. Mathias S, Lubman DI, Hides L. Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. J Clin Psychiatry 2008;69(3):358-67.

90. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S, et al. Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses. Arch Gen Psychiatry 2005;62(2):137-45.

91. Shoptaw SJ, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1):CD003026.

92. Schanzer BM, First MB, Dominguez B, Hasin DS, Caton CL. Diagnosing psychotic disorders in the emergency department in the context of substance use. Psychiatr Serv 2006;57(10):1468-73.

93. Caton CL, Hasin DS, Shrout PE, Drake RE, Dominguez B, First MB, et al. Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. Br J Psychiatry 2007;190:105-11.

94. Chen CK, Lin SK, Sham PC, Ball D, Loh e, Murray RM. Morbid risk for psychiatric disorder among the relatives of methamphetamine users with and without psychosis. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005;136B(1):87-91.

95. Ujike H, Sato M. Clinical features of sensitization to methamphetamine observed in patients with methamphetamine dependence and psychosis. Ann N Y Acad Sci 2004;1025:279-87.

96. Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Racenstein JM, Tucker DE, Tsuang JW, et al. Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers.

Utkast til ekstern høring

Psychiatr Serv 1998;49(5):684-90.

97. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet 2009;374(9690):635-45.

98. van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul P. The schizophrenia envirome. Curr Opin Psychiatry 2005;18(2):141-5.

99. Opjordsmoen S. Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. Acta Psychiatr Scand 1991;83(4):307-13.

100. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. J Clin Psychiatry 1996;57 Suppl 3:32-8.

101. Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. Compr Psychiatry 2008;49(3):255-61.

102. Moran M. When Schizophrenia Develops Early, Impairment Often More Severe. Psych news 2007;42(17):15.

103. Gillberg C. Epidemiology of early onset schizophrenia. I: Remschmidt H, red. Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. s. 43-59.

104. Biswas P, Malhotra S, Malhotra A, Gupta N. Comparative study of neuropsychological correlates in schizophrenia with onset in childhood, adolescence and adulthood. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15(6):360-6.

105. Psychosis and schizophrenia in children and young people: final scope. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12951/55120/55120.pdf

106. 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.

107. Simonsen E, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, Larsen TK, Melle I, et al. Clinical epidemiologic first-episode psychosis: 1-year outcome and predictors. Acta Psychiatr Scand 2007;116(1):54-61.

108. Wunderink L, Sytema S, Nienhuis FJ, Wiersma D. Clinical recovery in first-episode psychosis. Schizophr Bull 2009;35(2):362-9.

109. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. Arch Gen Psychiatry 1995;52(5):341-51.

110. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry 2005;162(3):441-9.

111. Arndt S, Andreasen NC, Flaum M, Miller D, Nopoulos P. A longitudinal study of

Utkast til ekstern høring

symptom dimensions in schizophrenia. Prediction and patterns of change. Arch Gen Psychiatry 1995;52(5):352-60.

112. Bilder RM, Mukherjee S, Rieder RO, Pandurangi AK. Symptomatic and neuropsychological components of defect states. Schizophr Bull 1985;11(3):409-19.

113. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. Br J Psychiatry 1987;151:145-51.

114. Liddle PF, Barnes TR, Morris D, Haque S. Three syndromes in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry Suppl 1989;(7):119-22.

115. Harding CM. An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders. I: Ancill R, Holliday S, Higenbottam J, red. Schizophrenia: exploring the spectrum of psychosis. Chichester: Wiley; 1994. s. 153-69.

116. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. Arch Gen Psychiatry 2004;61(2):143-50.

117. Hafner H, Maurer K, Loffler W, an der HW, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. Schizophr Bull 2003;29(2):325-40.

118. Larsen TK, Melle I, Auestad B, Friis S, Haahr U, Johannessen JO, et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. Schizophr Bull 2006;32(4):758-64.

119. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2005;162(10):1785-804.

120. Yung AR, Phillips LJ, Nelson B, Francey SM, PanYuen H, Simmons MB, et al. Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk for psychosis: 6-month analysis. J Clin Psychiatry 2011;72(4):430-40.

121. Johannessen JO. An early detection and intervention system for untreated first episode psychosis: Reduction of duration of untreated psychosis (DUP), recruitment trough early detection teams (DTs), and two-year course and outcome in first-episode psychosis patients (FEP) [doktoravhandling]. Oslo: Faculty of medicine, University of Oslo; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=62654.

122. Johannessen JO, McGlashan TH, Larsen TK, Horneland M, Joa I, Mardal S, et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. Schizophr Res 2001;51(1):39-46.

123. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00014/IS-1405_14898a.pdf

Utkast til ekstern høring

124. Joa I. The importance of information campaigns in the early detection of psychosis [doktoravhandling]. Bergen: University of Bergen; 2010.

125. Hagen R, Kråkvik B, Gråwe RW. Kognitiv terapi ved psykoser. I: Stiles TC, red. Lidelsesspesifikk kognitiv terapi. Trondheim: Tapir; 2007. s. 15-34.

126. Fenton WS. Comorbid conditions in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry 2001;14(1):17-23.

127. Welham J, Isohanni M, Jones P, McGrath J. The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. Schizophr Bull 2009;35(3):603-23.

128. Gyllenberg D, Sourander A, Niemela S, Helenius H, Sillanmaki L, Piha J, et al. Childhood predictors of later psychiatric hospital treatment: Findings from the Finnish 1981 birth cohort study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010;19(11):823-33.

129. Ross RG, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. Schizophr Res 2006;88(1-3):90-5.

130. Rodowski MF, Cagande CC, Riddle MA. Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders. J Child Adolesc Psychopharmacol 2008;18(4):395-401.

131. McClellan J, Breiger D, McCurry C, Hlastala SA. Premorbid functioning in early-onset psychotic disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003;42(6):666-72.

132. Mazza M, Di M, V, Pollice R, Casacchia M, Roncone R. Pragmatic language and theory of mind deficits in people with schizophrenia and their relatives. Psychopathology 2008;41(4):254-63.

133. Schmael C, Georgi A, Krumm B, Buerger C, Deschner M, Nothen MM, et al. Premorbid adjustment in schizophrenia - An important aspect of phenotype definition. Schizophr Res 2007;92(1-3):50-62.

134. Monte RC, Goulding SM, Compton MT. Premorbid functioning of patients with first-episode nonaffective psychosis: a comparison of deterioration in academic and social performance, and clinical correlates of Premorbid Adjustment Scale scores. Schizophr Res 2008;104(1-3):206-13.

135. Tarbox SI, Pogue-Geile MF. Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: a systematic review. Psychol Bull 2008;134(4):561-83.

136. Welham J, Scott J, Williams G, Najman J, Bor W, O'Callaghan M, et al. Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: A 21-year birth cohort study. Psychol Med 2009;39(4):625-34.

137. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry 2003;60(7):709-17.

138. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist JK. Childhood

Utkast til ekstern høring

developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. Schizophr Res 2003;60(2-3):239-58.

139. Sorter MT. Psychotic Disorders. I: Klykylo WM, Kay JL, red. Clinical child psychiatry. 2 utg. Chichester og Hoboken: Wiley; 2005. s. 433-46.

140. Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002;41(5):538-45.

141. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. Compr Psychiatry 2004;45(6):460-8.

142. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. Schizophr Res 2002;53(1-2):123-43.

143. Freeman D, Garety PA. Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. Behav Res Ther 2003;41(8):923-47.

144. Goodwin RD, Stayner DA, Chinman MJ, Wu P, Tebes JK, Davidson L. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. Compr Psychiatry 2002;43(4):245-52.

145. Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. CNS Spectr 2005;10(9):721-31.

146. Michail M, Birchwood M. Social phobia and depression in psychosis. Tidsskr Nor Psykol Foren 2007;44(5):537-47.

147. Patterson P, Skeate A, Birchwood M. Treatment targets in the prepsychotic phase. I: Addington J, Francey SM, Morrison AP, red. Working with people at high risk of developing psychosis: a treatment handbook. Chichester: Wiley; 2006. s. 75-91.

148. Turnbull G, Bebbington P. Anxiety and the schizophrenic process: clinical and epidemiological evidence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36(5):235-43.

149. Hagen R, Gråwe RW, Grotmol KS, Holen HS. Depresjon ved psykose: forståelse og kliniske implikasjoner. Tidsskr Nor Psykol Foren 2006;43(2):99-104.

150. Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. Psychiatr Clin North Am 2003;26(1):115-39.

151. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

152. Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. Psychol Med 2008;38(8):1075-82.

Utkast til ekstern høring

153. Mueser KT, Crocker AG, Frisman LB, Drake RE, Covell NH, Essock SM. Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. Schizophr Bull 2006;32(4):626-36.

154. McMillan KA, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Comorbidity of Axis I and II mental disorders with schizophrenia and psychotic disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Can J Psychiatry 2009;54(7):477-86.

155. Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45(4):453-60.

156. Ghaziuddin M. Mental health aspects of autism and Asperger syndrome. London: Jessica Kingsley; 2005.

157. Dossetor DR. 'All that glitters is not gold': misdiagnosis of psychosis in pervasive developmental disorders--a case series. Clin Child Psychol Psychiatry 2007;12(4):537-48.

158. Ghaziuddin M, Zafar S. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. Clin Neuropsychiatry 2008;5(1):9-12.

159. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nyden A, Wentz E, Stahlberg O, et al. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry 2009;9:35.

160. Nylander L, Lugnegård T, Hallerbäck MU. Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders in adults – Is there a connection? A literature review and some suggestions for future clinical research. Clin Neuropsychiatry 2008;5(1):43-54.

161. Starling J, Dossetor D. Pervasive developmental disorders and psychosis. Curr Psychiatry Rep 2009;11(3):190-6.

162. Eknes J, Løkke JA, Bakken TL, Mæhle I, red. Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.

163. Sprong M, Becker HE, Schothorst PF, Swaab H, Ziermans TB, Dingemans PM, et al. Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". Schizophr Res 2008;99(1-3):38-47.

164. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511-8.

165. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. Drugs 2002;62(5):743-

Utkast til ekstern høring

55.

166. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. Br J Psychiatry 2004;184:110-7.

167. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. Br J Psychiatry 2005;187:306-13.

168. Barnes TR, Mutsatsa SH, Hutton SB, Watt HC, Joyce EM. Comorbid substance use and age at onset of schizophrenia. Br J Psychiatry 2006;188:237-42.

169. Negrete JC. Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. Can J Psychiatry 2003;48(1):14-21.

170. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. Schizophr Res 2004;67(2-3):157-66.

171. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. Clin Psychol Rev 2007;27(4):494-510.

172. Loberg EM, Hugdahl K. Cannabis use and cognition in schizophrenia. Front Hum Neurosci 2009;3:53.

173. Helseth V, Lykke-Enger T, Johnsen J, Waal H. Substance use disorders among psychotic patients admitted to inpatient psychiatric care. Nord J Psychiatry 2009;63(1):72-7.

174. Ringen PA, Melle I, Birkenaes AB, Engh JA, Faerden A, Jonsdottir H, et al. Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared with that in the general population: a cross-sectional study. Acta Psychiatr Scand 2008;117(2):133-8.

175. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. Arch Gen Psychiatry 1994;51(4):273-9.

176. Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1999;249(1):45-9.

177. Grech A, van Os J, Jones PB, Lewis SW, Murray RM. Cannabis use and outcome of recent onset psychosis. Eur Psychiatry 2005;20(4):349-53.

178. Rathbone J, Variend H, Mehta H. Cannabis and schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD004837.

179. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1987;2(8574):1483-6.

180. Tien AY, Anthony JC. Epidemiological analysis of alcohol and drug use as risk factors for psychotic experiences. J Nerv Ment Dis 1990;178(8):473-80.

Ukast til ekstern høring

181. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. BMJ 2002;325(7374):1212-3.

182. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de GR, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. Am J Epidemiol 2002;156(4):319-27.

183. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. Psychol Med 2003;33(1):15-21.

184. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. Addiction 2004;99(10):1333-41.

185. Ferdinand RF, Sondeijker F, van der Ende J, Selten JP, Huizink A, Verhulst FC. Cannabis use predicts future psychotic symptoms, and vice versa. Addiction 2005;100(5):612-8.

186. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, et al. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. BMJ 2005;330(7481):11.

187. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biol Psychiatry 2001;50(2):71-83.

188. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. Lancet 2007;370(9584):319-28.

189. Verdoux H. Cannabis and psychosis proneness. I: Castle D, Murray R, red. Marijuana and madness: psychiatry and neurobiology. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. s. 75-88.

190. Kristensen K, Cadenhead KS. Cannabis abuse and risk for psychosis in a prodromal sample. Psychiatry Res 2007;151(1-2):151-4.

191. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. Biol Psychiatry 2005;57(10):1117-27.

192. Henquet C, Rosa A, Krabbendam L, Papiol S, Fananas L, Drukker M, et al. An experimental study of catechol-o-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. Neuropsychopharmacology 2006;31(12):2748-57.

193. Henquet C, Rosa A, Delespaul P, Papiol S, Fananas L, van Os J, et al. COMT ValMet moderation of cannabis-induced psychosis: a momentary assessment study of 'switching on' hallucinations in the flow of daily life. Acta Psychiatr Scand 2009;119(2):156-60.

Utkast til ekstern høring

194. D'Souza DC, Abi-Saab WM, Madonick S, Forselius-Bielen K, Doersch A, Braley G, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. Biol Psychiatry 2005;57(6):594-608.

195. Psychosis with coexisting substance misuse: assessment and management in adults and young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011. NICE clinical guideline 120. Tilgjengelig fra: http://guidance.nice.org.uk/CG120

196. Kirkehei I, Leiknes KA, Hammerstrøm K, Larun L, Bramness JG, Gråwe R, et al. Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 2 Effekt av psykososial behandling. Oslo: Kunnskapssenteret; 2008. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 25 - 2008. Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/4201.cms

197. Cleary M, Hunt G, Matheson S, Siegfried N, Walter G. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database Syst Rev 2008;(1):CD001088.

198. Miller R, Ream G, McCormack J, Gunduz-Bruce H, Sevy S, Robinson D. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. Schizophr Res 2009;113(2-3):138-44.

199. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). Lancet 2009;374(9690):620-7.

200. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral theraphy for PTSD. New York: Guilford Press; 1998.

201. Hagen R, Klæth JR. Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser. Tidsskr Nor Psykol Foren 2009;46(11):1049-55.

202. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. J Postgrad Med 2008;54(4):287-93.

203. Read J, Fink PJ, Rudegeair T, Felitti V, Withfield CL. Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses 2008;2(3):235-54.

204. Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. Schizophr Bull 2008;34(1):193-9.

205. Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, Cotton S, Simmons MB, Amminger GP, et al. Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. Acta Psychiatr Scand 2010;121(5):377-84.

206. Aleman A, Larøi F. Hallucinations: the science of idiosyncratic perception. Washington D.C.: American Psychological Association; 2008.

207. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood

Ukast til ekstern høring

and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. Psychol Psychother 2003;76(Pt 1):1-22.

208. Bae H, Kim D, Kim JH, Jeong SA, Hoon DO. Childhood abuse and verbal intelligence among adults diagnosed with first-episode schizophrenia. Psychosis 2010;2(2):154-62.

209. Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. Schizophr Res 2008;102(1-3):295-302.

210. Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. Schizophr Res 2005;76(2-3):273-86.

211. Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. J Trauma Dissociation 2006;7(3):7-22.

212. Larkin W, Morrison AP, red. Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy. London: Routledge; 2006.

213. Bentsen H. Selvmord ved schizofreni. Suicidologi 1999;4(1):6-9.

214. Sortland W, Egeland J. Selvmord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak. Tidsskr Nor Psykol Foren 2008;45(1):4-13.

215. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kassow P, Petersen L, Thorup A, et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry Suppl 2002;43:s98-106.

216. Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. Arch Suicide Res 2010;14(2):158-70.

217. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. Am J Psychiatry 2006;163(5):800-4.

218. Evensen J, Røssberg JI, Haahr U, ten Velden HW, Joa I, Johannessen JO, et al. Contrasting monosymptomatic patients with hallucinations and delusions in first-episode psychosis patients: a five-year longitudinal follow-up study. Psychopathology 2011;44(2):90-7.

219. Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009;66(2):152-61.

220. Hiday VA. Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and

Utgått litteratur liste

controls. Int J Law Psychiatry 2006;29(4):316-31.

221. Drap i Norge i perioden 2004-2009. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2010. NOU 2010:3. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/3534350/PDFS/NOU201020100003000DDDPDFS.pdf

222. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. Psychiatry Res 2005;136(2-3):153-62.

223. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. Schizophr Res 2011;125(2-3):209-20.

224. Cepeda C. Psychotic symptoms in children and adolescents: assessment, differential diagnosis, and treatment. New York: Routledge; 2007.

225. Sheehan DV, Lecruibier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Tampa; Paris: 2002.

226. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders - Patient edition (SCID I/P, version 2.0). Biometrics Research Department; 1995.

227. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II-personality. Biometrics Research Department; 1995.

228. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(7):980-8.

229. Ebdrup BH, Lublin H, Akeson P, Glenthoj B. Patienter med debuterende psykose skal ikke skannes rutinemæssigt. Ugeskr Læger 2011;173(7):484-9.

230. Miller TJ, McGlashan TH, Woods SW, Stein K, Driesen N, Corcoran CM, et al. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. Psychiatr Q 1999;70(4):273-87.

231. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: Preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. Am J Psychiatry 2002;159(5):863-5.

232. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Cadenhead K, Ventura J, McFarlane W, et al. Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. Schizophr Bull 2003;29(4):703-15.

233. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale manual. Toronto: Multi-Health Systems; 1992.

Ute kast til ekstern høring

234. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman RP, Green MF, Shaner A. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. Int J Methods Psychiatr Res 1993;3:227-43.

235. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary depression scale. Br J Psychiatry 1993;163(Suppl. 22):39-44.

236. Rund BR, Mohn C, Sundet K. MATRICS på norsk. Tidsskr Nor Psykol Foren 2010;47(2):160.

237. Løberg E-M, Langeland M, Jørgensen HA. Reliability and validity of a Norwegian translation of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status in patients with psychosis. Nevropsykologi 2006;9(2):37.

238. Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E, Hahlweg K. The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. Psychiatry Res 2002;109(3):265-79.

239. McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. Psychiatry Res 2007;152(2-3):95-102.

240. Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. Adv Psychiatr Treat 2007;13(2):101-10.

241. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the childhood trauma questionnaire in an adolescent psychiatric population. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36(3):340-8.

242. Laursen TM, Nordentoft M, Gissler M, Westman J, Wahlbeck K. Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheder i psykiatri-relevante registre i Danmark, Sverige og Finland. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2010.

243. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 2000;177:212-7.

244. Taylor D, Paton C, Kerwin R. Maudsley Prescribing Guidelines. 9 utg. London: Informa Healthcare; 2007.

245. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00116/Nasjonale_Retningsl_116709a.pdf

246. Persson K, Axtelius B, Soderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. J Psychiatr Ment Health Nurs 2009;16(3):263-71.

247. Nielsen J, Munk-Jorgensen P, Skadhede S, Correll CU. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective database study. J Clin

Utkast til ekstern høring

Psychiatry 2011;72(2):140-3.

248. McCreadie RG, Stevens H, Henderson J, Hall D, McCaul R, Filik R, et al. The dental health of people with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2004;110(4):306-10.

249. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull 2011;37(1):21-2.

250. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62.

251. Sosial- og helsedepartementet. Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). Ot.prp. nr. 11 (1998-99). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/19981999/otprp-nr-11-1998-99-.html?id=159399

252. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. Psychol Med 1991;21(2):423-41.

253. Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol 1976;15(2):157-65.

254. Fjell A, Bloch Thorsen GR, Friis S, Johannessen JO, Larsen TK, Lie K, et al. Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: experiences from the TIPS project. Psychiatr Serv 2007;58(2):171-3.

255. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001;52(7):903-10.

256. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: A methodological study. Hum Relat 1966;19(3):241-63.

257. Raune D, Kuipers E, Bebbington PE. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. Br J Psychiatry 2004;184:321-6.

258. Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. Br J Psychiatry 1997;171:26-30.

259. Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. Schizophr Res 2005;79(1):77-83.

260. Addington J, Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis. I: Gleeson JFM, McGorry PD, red. Psychological interventions in early psychosis: a treatment handbook. Chichester, West Sussex, England Hoboken, N.J.: J. Wiley; 2004. s. 99-116.

261. Mottaghipour Y, Bickerton A. The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. AeJAMH 2005;4(3):210-7.

Utkast til ekstern høring

262. Gottesman IL, Wolgram DL. Schizophrenia genesis: the origins of madness. New York: Freeman; 1991.

263. Tienari P, Wynne LC, Laksy K, Moring J, Nieminen P, Sorri A, et al. Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the Finnish adoptive family study of schizophrenia. Am J Psychiatry 2003;160(9):1587-94.

264. Rubowits PC. Project CHILD: an intervention programme for psychotic mothers and their children. I: Göpfert M, Webster J, Seeman MV, red. Parental psychiatric disorder: distressed parents and their families. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. s. 161-8.

265. Goldstein JM, Buka SL, Seidman LJ, Tsuang MT. Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. Arch Gen Psychiatry 2010;67(5):458-67.

266. Donatelli JA, Seidman LJ, Goldstein JM, Tsuang MT, Buka SL. Children of parents with affective and nonaffective psychoses: a longitudinal study of behavior problems. Am J Psychiatry 2010;167(11):1331-8.

267. Mowbray CT, Oyserman D, Bybee D, MacFarlane P, Rueda-Riedle A. Life circumstances of mothers with serious mental illnesses. Psychiatr Rehabil J 2001;25(2):114-23.

268. Melle I, Johansen R. De usynlige barna - når mor eller far har schizofreni. Tidssk Nor Lægeforen 2002;122(23):2299-302.

269. Hestmann E, Vikan A, Husby T. Psykiatriske pasienters barn - hva gjøres? Tidssk Nor Lægeforen 1995;115(23):2891-2.

270. Andree S. Når foreldre blir innlagt med psykose - barnas behov. Tidsskr Nor Psykol Foren 2007;44(1):28-31.

271. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. Schizophr Bull 1997;23(4):623-35.

272. Pattison EM, Pattison ML. Analysis of a schizophrenic psychosocial network. Schizophr Bull 1981;7(1):135-43.

273. Aabø B. Barn av psykisk syke foreldre: problemstillinger og retningslinjer for behandlere i psykiatrien: undervisningssett. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning (Psykopp); 1998.

274. Når mor eller far er psykisk syk. Opplæringsprogram 1998-2001. Oslo: Organisasjonen Voksne for barn; 2011. Tilgjengelig fra: www.vfb.no

275. Myrvoll LR, Kufås E, Lund K. Den håpefulle samtalen. I: Nilsen L, Bjøro KLK, Wego E, Bredal IS, red. Det sårbare mennesket. Stavanger: Hertervig; 2010. s. 107-16.

276. Melvik K, Trymbo BE. Når foreldre er psykisk syke. Oslo: Universitetsforlaget; 2002.

Ukast til ekstern høring

277. Fisher H, Bordass E, Steele H. Siblings' experience of having a brother or sister with first-episode psychosis. Schizophr Res 2004;70(Supplement 1):88.

278. Meddings S, Gordon I, Owen D. Family and systemic work. I: Cupitt C, red. Reaching out: the psychology of assertive outreach. London: Routledge; 2010. s. 163-85.

279. Bressi C, Manenti S, Frongia P, Porcellana M, Invernizzi G. Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. Psychother Psychosom 2008;77(1):43-9.

280. Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljenberg B, Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 1995;46(12):1263-6.

281. Seikkula J. Networks on networks: Initiating international cooperation for the treatment of psychosis. I: Anderson H, Jensen P, red. Innovations in the reflecting process: the inspirations of Tom Andersen. London: Karnac; 2007. s. 125-36.

282. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. Clin Psychol Rev 2001;21(8):1125-41.

283. Kinderman P. Auditory hallucinations. Tidsskr Nor Psykol Foren 2007;44(5):548-54.

284. Hagen R, Turkington D, Berge T, Gråwe RW. CBT for psychosis: a symptom-based approach. London: Routledge; 2010.

285. Grova B, Haugland BSM, Dahl K. Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: forskningsbasert praksis i utviklingsperspektiv. Tidsskr Nor Psykol Foren 2011;48(1):2-3.

286. Haugland BSM. En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. Tidsskr Nor Psykol Foren 2011;48(1):5-11.

287. Freud S. On narcissism: an introduction [Zur Einfuhrung des Narzissmus]. I: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XIV, 1914-1916, On the history of the psycho-analytic movement, Papers on metapsychology and Other works. London: Hogarth press; 1957. s. 73.

288. Freud S. The Unconscious. I: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. Volume XIV, 1914-1916, On the history of the psycho-analytic movement, Papers on metapsychology and Other works. London: Hogarth press; 1957.

289. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press; 1960.

290. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lajer M, Lindhardt A, et al. Psychodynamic Psychotherapy vs Treatment as Usual for first-episode psychosis: two years outcome. Acta Psychiatr Scand. Under publisering 2011.

Ukast til ekstern høring

291. Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. Br J Psychiatry 2011;199(1):15-22.

292. Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. Acta Psychiatr Scand 1986;74(5):469-73.

293. Røssberg JI, Friis S. A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. Acta Psychiatr Scand 2003;108(5):374-80.

294. Røssberg JI, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. Nord J Psychiatry 2006;60(2):176-80.

295. Ellsworth RB. Characteristics of effective treatment settings: a research review. I: Gunderson JA, Will OA, Mosher LR, red. The principles and practices of milieu therapy. New York: Aronson; 1983.

296. Tveit H, Haaland T, Knudsen H, Bøe T. Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond; 1997.

297. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. Curr Opin Psychiatry 2002;15(2):187-92.

298. Pijl YJ, Sytema S. The effect of deinstitutionalization on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39(3):244-8.

299. Hansson L, Bjorkman T, Berglund I. What is important in psychiatric inpatient care? Quality of care from the patient's perspective. Qual Assur Health Care 1993;5(1):41-7.

300. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. Scand J Caring Sci 2003;17(4):339-46.

301. Langle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U'Ren R, Schwarzler F, et al. Indicators of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. Int J Qual Health Care 2003;15(3):213-21.

302. Tattan T, Tarrier N. The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: the influence of expressed emotion on clinical outcomes. Psychol Med 2000;30(1):195-204.

303. Cohen S, Khan A. Antipsychotic effect of milieu in the acute treatment of schizophrenia. Gen Hosp Psychiatry 1990;12(4):248-51.

304. Melle I, Friis S, Hauff E, Island TK, Lorentzen S, Vaglum P. The importance of ward atmosphere in inpatient treatment of schizophrenia on short-term units. Psychiatr Serv 1996;47(7):721-6.

305. Eklund M, Hansson L. Relationships between characteristics of the ward

Ikke til ekstern høring

atmosphere and treatment outcome in a psychiatric day-care unit based on occupational therapy. Acta Psychiatr Scand 1997;95(4):329-35.

306. Timko C, Moos RH. Outcomes of the treatment climate in psychiatric and substance abuse programs. J Clin Psychol 1998;54(8):1137-50.

307. Shipley K, Hilborn B, Hansell A, Tyrer J, Tyrer P. Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. Acta Psychiatr Scand 2000;101(4):330-3.

308. Valenstein M, Mitchinson A, Ronis DL, Alexander JA, Duffy SA, Craig TJ, et al. Quality indicators and monitoring of mental health services: what do frontline providers think? Am J Psychiatry 2004;161(1):146-53.

309. Middelboe T, Schjodt T, Byrsting K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. Acta Psychiatr Scand 2001;103(3):212-9.

310. Eklund M, Hansson L. Ward atmosphere, client satisfaction, and client motivation in a psychiatric work rehabilitation unit. Community Ment Health J 2001;37(2):169-77.

311. Wright J, Thase ME, Beck AT, Ludgate JW, red. Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive milieu. New York: Guilford; 1993.

312. Fredheim KN. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. Tidsskr Nor Psykol Foren 2009;46(2):161-7.

313. Simonsen IE. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. Tidsskr Nor Psykol Foren 2007;44(11):1340-9.

314. Xia J, Grant TJ. Dance therapy for people with schizophrenia. Schizophr Bull 2009;35(4):675-6.

315. Gilroy A, Mcneilly G, red. The changing shape of art therapy: new developments in theory and practice. London: Jessica Kingsley Publishers; 2000.

316. Jones P. Drama as therapy: theatre as living. London: Routledge; 1996.

317. Gold C. Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. Evid Based Mental Health 2011;10(3):77.

318. Lotan M, Gold C. Meta-analysis of the effectiveness of individual intervention in the controlled multisensory environment (Snoezelen) for individuals with intellectual disability. J Intellect Dev Disabil 2009;34(3):207-15.

319. Gold C, Solli HP, Kruger V, Lie SA. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29(3):193-207.

320. Ueland T. Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. Tidsskr Nor Psykol Foren 2008;45(9):1164-8.

Utkast til ekstern høring

321. Wykes T, Huddy V. Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. Curr Opin Psychiatry 2009;22(2):161-7.

322. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry 2007;164(12):1791-802.

323. Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year follow-up. Schizophr Res 2008;105(1-3):18-29.

324. Keefe RS, Young CA, Rock SL, Purdon SE, Gold JM, Breier A. One-year double-blind study of the neurocognitive efficacy of olanzapine, risperidone, and haloperidol in schizophrenia. Schizophr Res 2006;81(1):1-15.

325. Vinogradov S, Fisher M, Warm H, Holland C, Kirshner MA, Pollock BG. The cognitive cost of anticholinergic burden: decreased response to cognitive training in schizophrenia. Am J Psychiatry 2009;166(9):1055-62.

326. Ueland T, Øie M. Kognitiv svikt ved psykoser : et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning; 2006.

327. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2010;(5):CD004412.

328. Bahr R, red. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00105/Aktivitetsh_ndboken_105169a.pdf.

329. Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00294/Fysisk_aktivitet_og_294049a.pdf

330. Tenhula WN, Bellack AS. Social skills training. I: Mueser KT, Jeste DV, red. Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford; 2008. s. 240-8.

331. McQuaid JR. Group therapy. I: Mueser KT, Jeste DV, red. Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford; 2008. s. 279-86.

332. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychol Med 2002;32(5):783-91.

333. Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H, Haddock G. Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006;13(6):673-81.

Utkast til ekstern høring

334. Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddle R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;189:527-32.

335. Hagen R, Nordahl HM, Gråwe RW. Cognitive–behavioural group treatment of depression in patients with psychotic disorders. Clin psychol psychother 2005;12(6):465-74.

336. Halperin S, Nathan P, Drummond P, Castle D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 2000;34(5):809-13.

337. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. Schizophr Res 2003;63(1-2):121-9.

338. Davis JM, Kane JM, Marder SR, Brauzer B, Gierl B, Schooler N, et al. Dose response of prophylactic antipsychotics. J Clin Psychiatry 1993;54 Suppl:24-30.

339. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. Arch Gen Psychiatry 1995;52(3):173-88.

340. Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, Ventura J, Mintz J, Fogelson DL, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 2001;158(11):1835-42.

341. Agid O, Mamo D, Ginovart N, Vitcu I, Wilson AA, Zipursky RB, et al. Striatal vs extrastriatal dopamine D2 receptors in antipsychotic response--a double-blind PET study in schizophrenia. Neuropsychopharmacology 2007;32(6):1209-15.

342. Kapur S, Remington G. Dopamine D(2) receptors and their role in atypical antipsychotic action: still necessary and may even be sufficient. Biol Psychiatry 2001;50(11):873-83.

343. Foussias G, Remington G. Antipsychotics and schizophrenia: from efficacy and effectiveness to clinical decision-making. Can J Psychiatry 2010;55(3):117-25.

344. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. Lancet 2009;373(9657):31-41.

345. Kapur S, Zipursky R, Jones C, Remington G, Houle S. Relationship between dopamine D(2) occupancy, clinical response, and side effects: a double-blind PET study of first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry 2000;157(4):514-20.

346. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. Mol Psychiatry 2008;13(1):27-35.

347. Alvarez PA, Pahissa J. QT alterations in psychopharmacology: proven candidates and suspects. Curr Drug Saf 2010;5(1):97-104.

Utkast til ekstern høring

348. Oosthuizen P, Emsley RA, Turner J, Keyter N. Determining the optimal dose of haloperidol in first-episode psychosis. J Psychopharmacol 2001;15(4):251-5.

349. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). Arch Gen Psychiatry 2006;63(10):1079-87.

350. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med 2005;353(12):1209-23.

351. Kissling W. The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses--suggestions for improvement. Clin Neuropharmacol 1991;14 Suppl 2:S33-S44.

352. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S, et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56(3):241-7.

353. Barnes TR. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol 2011;25(5):567-620.

354. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 2010;36(1):71-93.

355. Leucht S, Heres S, Kissling W, Davis JM. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia. Int J Neuropsychopharmacol 2011;14(2):269-84.

356. Almerie MQ, Alkhateeb H, Essali A, Matar HE, Rezk E. Cessation of medication for people with schizophrenia already stable on chlorpromazine. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD006329.

357. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, Slooff CJ, Knegtering R, Wiersma D. Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. J Clin Psychiatry 2007;68(5):654-61.

358. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. Br J Psychiatry 2005;187:248-55.

359. Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W, Klimke A, Eickhoff M, von Wilmsdorff M, et al. Relapse prevention in first-episode schizophrenia--maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. J Clin Psychiatry 2011;72(2):205-18.

360. Gillies D, Beck A, McCloud A, Rathbone J, Gillies D. Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD003079.

Ukestil ekstern høring

361. Huf G, Alexander J, Allen MH, Raveendran NS. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD005146.

362. Belgamwar RB, Fenton M. Olanzapine IM or velotab for acutely disturbed/agitated people with suspected serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD003729.

363. Conley RR, Buchanan RW. Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. Schizophr Bull 1997;23(4):663-74.

364. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, Karow A, et al. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2008;118(3):220-9.

365. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, Giel R. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. Schizophr Bull 1998;24(1):75-85.

366. Iqbal MM, Rahman A, Husain Z, Mahmud SZ, Ryan WG, Feldman JM. Clozapine: a clinical review of adverse effects and management. Ann Clin Psychiatry 2003;15(1):33-48.

367. Lewis SW, Barnes TR, Davies L, Murray RM, Dunn G, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. Schizophr Bull 2006;32(4):715-23.

368. McCue RE, Waheed R, Urcuyo L. Polypharmacy in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2003;64(9):984-9.

369. Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. Polypharmacy in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry 2010;23(2):103-11.

370. Kyung LE, Douglass AB. Sleep in psychiatric disorders: where are we now? Can J Psychiatry 2010;55(7):403-12.

371. Gjerden P, Slordal L, Bramness JG. Association between the use of anticholinergic antiparkinson drugs and safety and receptor drug-binding profiles of antipsychotic agents. Eur J Clin Pharmacol 2009;65(12):1229-35.

372. Lavin MR, Rifkin A. Prophylactic antiparkinson drug use: II. Withdrawal after long-term maintenance therapy. J Clin Pharmacol 1991;31(8):769-77.

373. Volz A, Khorsand V, Gillies D, Leucht S. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2007;(1):CD006391.

374. Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD003834.

375. Leucht S, Kissling W, McGrath J, White P. Carbamazepine for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD001258.

Utkast til ekstern høring

376. Schwarz C, Volz A, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2008;(3):CD004028.

377. Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. Cochrane Database Syst Rev 2002;(2):CD002305.

378. Joy CB, Mumby-Croft R, Joy LA. Polyunsaturated fatty acid supplementation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2006;3:CD001257.

379. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2005;(2):CD000076.

380. Correll CU. Addressing adverse effects of antipsychotic treatment in young patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry 2011;72(1):e01.

381. Meyers BS, Jeste DV. Geriatric psychopharmacology: evolution of a discipline. J Clin Psychiatry 2010;71(11):1416-24.

382. Leelahanaj T, Kongsakon R, Netrakom P. A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. J Med Assoc Thai 2005;88 Suppl 3:S43-S52.

383. Smelson DA, Dixon L, Craig T, Remolina S, Batki SL, Niv N, et al. Pharmacological treatment of schizophrenia and co-occurring substance use disorders. CNS Drugs 2008;22(11):903-16.

384. Hjorthoj C, Fohlmann A, Nordentoft M. Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders - a systematic review. Addict Behav 2009;34(6-7):520-5.

385. Webb RT, Howard L, Abel KM. Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. Cochrane Database Syst Rev 2004;(2):CD004411.

386. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. J Psychiatr Pract 2009;15(3):183-92.

387. Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. Drugs 2000;59(4):781-800.

388. Berle JO, Solberg DK, Spigset O. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. Tidsskr Nor Legeforen 2011;131(2):126-9.

389. Chaudhry I, Neelam K, Duddu V, Husain N. Ethnicity and psychopharmacology. J Psychopharmacol 2008;22(6):673-80.

390. Ormerod S, McDowell SE, Coleman JJ, Ferner RE. Ethnic differences in the risks of adverse reactions to drugs used in the treatment of psychoses and depression: a systematic review and meta-analysis. Drug Saf 2008;31(7):597-607.

Udkast til ekstern høring

391. Kroken RA, Johnsen E, Ruud T, Wentzel-Larsen T, Jorgensen HA. Treatment of schizophrenia with antipsychotics in Norwegian emergency wards, a cross-sectional national study. BMC Psychiatry 2009;9:24.

392. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og omsorgsplan : 2011-2015. Meld.St. 16 (2010-2011). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf

393. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00007/IS-1332_7573a.pdf

394. Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. Psychol Med 2010;40(10):1585-97.

395. Allmennlegetjenesten og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00147/IS-_1655_Allmennleg_147179a.pdf

396. Andersson HW. Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter. Oslo; Trondheim: SINTEF; 2006. SINTEF-rapport A205. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_A205_Fastlegen_og_pasienter_med_psykiske_problemer.pdf

397. Data fra allmennlegehelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/IS-1808_Data_fra_al_304439a.pdf

398. Helse- og omsorgsdepartementet. St.prp. nr. 1 (2006-2007). For budsjettåret 2007. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/Rpub/STP/20062007/001HOD/PDFS/STP200620070001HODDDDPDFS.pdf

399. Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00064/Psykologer_i_kommune_64779a.pdf

400. Falloon I, Fadden G, Borell P, Kärräng L, Ivarsson B, Malm U. Integrerad psykiatri. Stockholm: Spri; 1997.

401. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2006;(4):CD001087.

402. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. St.prp. nr. 1 (2007-2008) kap. 9. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776

Utkast til ekstern høring

403. Eide T, Aadland E. Etikkhåndboka: for kommunenes helse- og omsorgstjenester. Oslo: Kommuneforlaget; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.ks.no/PageFiles/1575/Etikkhandboka.pdf.

404. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Helsetilsynets utredningsserie 2-2000. Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykososialt_arbeid_psykiske_lidelser_ik-2692.pdf

405. Ekeland T-J. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskr Nor Psykol Foren 1999;36(11):1036-47.

406. Hewitt J, Coffey M. Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. J Adv Nurs 2005;52(5):561-70.

407. Rognerud M, Strand BH, Næss Ø, red. Sosial ulikhet i helse: en faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2007. Rapport 2007:1. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf

408. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. Acta Psychiatr Scand 1993;88(1):35-47.

409. Myklestad I, Rognerud M, Johansen R. Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2008. Rapport 2008:8. Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/dav/836ae5a58e.pdf

410. Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. Epidemiol Rev 2004;26:53-62.

411. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV 1997-02-28 nr 19.

412. Brimblecombe N, red. Acute mental health care in the community: intensive home treatment. London: Whurr publishers; 2001.

413. Kommunal- og regionaldepartementet. Om boligpolitikken. St.meld. nr. 23 (2003-2004). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20032004/023/PDFS/STM200320040023000DDDPDFS.pdf

414. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. Health Soc Care Community 2008;16(1):1-15.

415. Pedersen A. Mot «recovery» i praksis? Erfaringer fra Bergen. Tidsskr Psyk Helsearb 2004;1(40):50-63.

416. Dalgard OS. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse; 2006. Rapport 2006:2.

Utkast til ekstern høring

Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/dav/8AF0E9B952.pdf

417. Granerud A. Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer : erfaringer, utfordringer og ønsket støtte. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2004. Rapport nr. 19-2004. Tilgjengelig fra: http://fulltekst.bibsys.no/hihm/rapport//2004/19/rapp19_2004.pdf

418. Howard L, Leese M, Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis. Acta Psychiatr Scand 2000;102(5):376-85.

419. Fyrand L. Sosialt nettverk: teori og praksis. Oslo: TANO; 1994.

420. Seikkula J. Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling. Tidssk Nor Lægeforen 2003;123(23):3419-21.

421. Sanderson CA. Health psychology. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2004.

422. Nilsson B. Savnets tone i ensomhetens melodi: ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse [doktoravhandling]. Åbo: Åbo akademis förlag; 2004.

423. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.

424. Andrew GJ, Gavin N, Begley S, Brodie D. Assisting friendships, combating loneliness: users' views on a 'befriending' scheme. Ageing soc 2003;23(3):349-62.

425. Skatvedt A. Alminnelighetens potensial: en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Oslo: Universitetet i Oslo; 2008. Tilgjengelig fra: http://www.duo.uio.no/publ/iss/2009/88651/avhandling_skatvedt.pdf.

426. Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget; 2003.

427. Topor A, Borg M, Mezzina R, Sells D, Marin I, Davidson L. Others: The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. Am j psychiatr rehabil 2006;9(1):17-37.

428. Knudtsen MS, Holmen J, Håpnes O. Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid. Tidssk Nor Lægeforen 2005;125(24):3434-6.

429. Individuell plan 2010: veileder til forskrift om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00027/IS-1253NY_27349a.pdf

430. Ådnøy E. "Planen skal være god for meg": koordinering av psykososialt arbeid: eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester. Oslo: Gruk; 2005. Rapport nr. 2 -2005. Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/1992.cms

431. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra:

Utkast til ekstern høring

http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf

432. Sosial- og helsedepartementet. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. St meld nr 25 (1996-97). Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

433. Distriktspsykiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Over tittelen: Psykisk helsevern for voksne. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00011/IS-1388_11512a.pdf

434. Kingdon D. Transforming mental health services. Br J Psychiatry 2011;199(1):1-2.

435. Joseph R, Birchwood M. The national policy reforms for mental health services and the story of early intervention services in the United Kingdom. J Psychiatry Neurosci 2005;30(5):362-5.

436. Mitchell JT. Characteristics of successful early intervention programs. Int J Emerg Mental Health 2004;6(4):175-84.

437. "Du er kommet til rett sted...": ambulante akuttjenester ved distriktspsykiatriske sentre. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00008/IS-1358_8659a.pdf

438. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980;37(4):392-7.

439. Allness DJ, Knoedler WH. The Pact model of community-based treatment for persons with severe and persistent mental illness: a manual for Pact start-up. Arlington: Nami; 1998.

440. Allness DJ, Knoedler WH. National Program Standards for ACT Teams. Arlington: Nami; 2003. Tilgjengelig fra: http://www.nami.org/Template.cfm%3FSection%3DACT-TA_Center%26template%3D/ContentManagement/ContentDisplay.cfm%26ContentID%3D50248&sa=U&ei=VV2dTt_cBsTf4QTu-LCtCQ&ved=0CA8QFjAA&usg=AFQjCNHzI0lRdCN88bLjbv8zPK5ZvRRNhA

441. Marshall M, Lockwood A. WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011;(4):CD001089.

442. Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mosseregionen. Utarbeidet for Moss, Våler, Råde og Rygge kommuner og Sykehuset Østfold HF. Oslo: Econ Pöyry; 2011. Econ-rapport nr. R-2011-013. Tilgjengelig fra: http://www.econ.no/stream_file.asp?iEntityId=4805

443. Rosen A, Mueser KT, Teesson M. Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice. J Rehabil Res Dev

Utkast til ekstern høring

2007;44(6):813-25.

444. Ito J, Oshima I, Nishio M, Sono T, Suzuki Y, Horiuchi K, et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. Acta Psychiatr Scand 2011;123(5):398-401.

445. Akerholt A. ACT-håndbok. Ottestad: KoRus-Øst; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf

446. Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). LOV-1991-12-13-81.

447. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]. LOV 2006-06-16 nr 20.

448. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. FOR-2004-12-23-1837.

449. Forskrift om habilitering og rehabilitering. FOR 2001-06-28 nr 765.

450. Trefjord S, Hatling T. Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH): sluttrapport fra Samhandlingsprosjektet, februar-desember 2003. Trondheim: SINTEF Helse; 2004. Rapport STF78 A045020. Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_STF78_A045020_samhandlingsrapport_IPPH.pdf

451. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-1998-07-17-61.

452. Rett til læring. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2009. NOU 2009:18. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/2213608/PDFS/NOU200920090018000DDDPDFS.pdf

453. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Attføring og arbeid for yrkeshemmede : sykepenger og uførepensjon. St.meld. nr 39 (1991-1992).

454. Scheid TL, Anderson C. Living with chronic mental illness: understanding the role of work. Community Ment Health J 1995;31(2):163-76.

455. Stuart H. Mental illness and employment discrimination. Curr Opin Psychiatry 2006;19(5):522-6.

456. Nordt C, Muller B, Rossler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. Soc Sci Med 2007;65(7):1420-9.

457. Helle S, Gråwe RW. Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. Tidsskr Nor Psykol Foren 2007;44(11):1358-62.

458. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophr Bull 2001;27(2):281-96.

Utkast til ekstern høring

459. Rogers ES, Walsh D, Masotta L, Danley K, Smith K. Massachusetts survey of client preferences for community support services: Final report. Boston: Boston University; 1991.

460. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39(5):337-49.

461. Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, Karlsson H, Bjarnason O, et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. Eur Psychiatry 2001;16(4):207-14.

462. Rinaldi M, Perkins R. Comparing employment outcomes for two vocational services: Individual placement and support and non-integrated pre-vocational services in the UK. J Vocat Rehabil 2007;27(1):21-7.

463. Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. Psychiatr Serv 2000;51(2):223-8.

464. Helle A. Erfaringer med å utvikle nye arbeidsrettede tiltak : arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. Tidsskr Psyk Helsearb 2007;4(3):244-53.

465. Halvorsen P. Hun tar temperaturen på arbeidslivet. Intervju med Bjørg Aase Sørensen [oppdatert 12 Jun 2002; lest 20 Jul 2011]. Tilgjengelig fra: http://www2.seniorpolitikk.no/artikkel.asp?art=253

466. Møller G. Yrkeshemmede med psykiske lidelser: tiltaksbruk og effekter. Bø: Telemarksforsking Bø; 2005. Arbeidsrapport nr. 6.

467. Goldberg SG, Killeen MB, Day B. The Disclosure Conundrum: How People With Psychiatric Disabilities Navigate Employment. Psychol public policy law 2005;11(3):463-500.

468. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2001;(2):CD003080.

469. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Nerv Ment Dis 2003;191(8):515-23.

470. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatr Rehabil J 2008;31(4):280-90.

471. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007;370(9593):1146-52.

472. Drake RE, Becker DR, Clark RE, Mueser KT. Research on the individual placement and support model of supported employment. Psychiatr Q 1999;70(4):289-301.

473. Steihaug S, Harsvik T. Evaluering av "Jobbmestrende oppfølgning" i Østfold og Oslo. Sluttrapport. Trondheim; Oslo: SINTEF; 2009 Mar. SINTEF-rapport A11297.

Utkast til ekstern høring

Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/_attachment/242175?=true&_ts=1291bc0efa0

474. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. LOV 2009-12-18 nr 131.

475. LOV 2010-12-17 nr 80: Lov om endringar i folketrygdlova og enkelte andre lover.

476. Lov om arbeidsmarkedstjenester (arbeidsmarkedsloven). LOV-2004-12-10-76.

477. Engedal K. Alderspsykiatri i praksis: lærebok. 2. rev. utg. Tønsberg: Forl. Aldring og helse; 2008.

478. Broadway J, Mintzer J. The many faces of psychosis in the elderly. Curr Opin Psychiatry 2007;20(6):551-8.

479. Bragason Á. Psykotiske lidelser hos eldre. I: Engedal K, Wyller TB, red. Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribe; 2003. s. 349-65.

480. Kaufer DI, Cummungs JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Lopez OL, et al. P67. Assessing neuropsychiatric symptoms in clinical practice: the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q). J Neuropsychiatry Clin Neurosci 1999;11(1):145-6.

481. Neuropsychiatric 2011 Inventory (NPI-Q). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2011. Tilgjengelig fra: http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2106

482. Brooks III JO, Chang H-S, Krasnykh O. Metabolic risks in older adults receiving second-generation antipsychotic medication. Curr Psychiatry Rep 2009;11(1):33-40.

483. Arunpongpaisal S, Ahmed I, Aqeel N, Suchat P. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2003;(2):CD004162.

484. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale_retningsl_134229a.pdf

485. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008: oppsummering og videre arbeid. I: Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2010. Prop. 1 S (2009-2010) . Oslo: Finansdepartementet; 2010. s. Kapittel 8. 291-324. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/2250451/PDFS/PRP200920100001HODDDDPDFS.pdf

486. Mennesker med utviklingshemming skal heller ikke diskrimineres!: informasjons- og utviklingsprogram 2010-2013. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/upload/BLD/Rapporter/2010/info_og_utvikl_program_210_2013.pdf

Utkast til ekstern høring

487. Bakken TL. Schizophrenia in adults with intellectual disability and autism: behavioural indicators and examination of staff communication skills [doktoravhandling]. Oslo: University of Oslo; 2010. Series of dissertations submitted to the Faculty of Medicine, University of Oslo no. 923. Tilgjengelig fra: http://www.duo.uio.no/publ/IPSYK/2010/100459/Bakken-avh-publ.pdf

488. DC-LD (diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation). London: Gaskell; 2001.

489. Fletcher R, red. DM-ID: diagnostic manual-intellectual disability: a clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability. Kingston, NY; NADD Press; 2007.

490. Bakken TL, Eilertsen DE, Smeby NA, Martinsen EW. Effective communication related to psychotic disorganised behaviour in adults with intellectual disability and autism. Vård Nord 2008;28(2):9-13. (Publ. nr. 88).

491. Bakken TL, Eilertsen DE, Smeby NA, Martinsen H. Observing communication skills in staff interacting with adults suffering from intellectual disability, autism and schizophrenia. Vård Nord 2008;28(1):30-5. (Publ. nr. 87).

492. Nordeng H. Tjenestetilbudene til døve med psykiske lidelser : en utredning med forslag om å styrke tilbudene fra psykisk helsevern til døve barn, ungdommer og voksne. Oslo: Statens helsetilsyn; 2001. Helsetilsynets utredningsserie 7-2001.

493. Øhre B, von Tetzchner S, Falkum E. Deaf adults and mental health. A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric stmptomes and disorders in the prelingually deaf adult population. Int J Mental Health Deafness. Under publisering 2011.

494. Landsberger SA, Diaz DR. Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. Curr Psychiatry Rep 2011;13(3):198-202.

495. Black P, Glickman NS. Language and learning challenges in the deaf psychiatric population. I: Glickman N, red. Cognitive-behavioral therapy for deaf and hearing personswith language and learning challenges. New York: Routledge; 2009.

496. Connolly CM, Rose J, Austen S. Identifying and assessing depression in prelingually deaf people: A literature review. Am Ann Deaf 2006;151(1):49-60.

497. Appleford J. Clinical activity within a specialist mental health service for deaf people: Comparison with a general psychiatric service. Psychiatri Bull 2003;27(10):375-7.

498. Black PA, Glickman NS. Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American deaf and hard-of-hearing inpatients. J Deaf Stud Deaf Educ 2006;11(3):303-21.

499. Haskins BG. Serving Deaf Adult Psychiatric Inpatients. Psychiatr Serv 2004;55(4):439-41.

500. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009.

Utkast til ekstern høring

Tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00124/Migrasjon_og_helse__124049a.pdf

501. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00296/Helsetjenestetilbud_296039a.pdf

502. Ny i Norge: praktiske opplysninger fra offentlige etater. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2010.

503. Jakobsen M, Sveaass N, Johansen LEE, Skogøy E. Psykisk helse i mottak: utprøving av instrumenter for kartlegging av psykisk helse hos nyankomne asylsøkere. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2007. Rapport 4/2007. Tilgjengelig fra: http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykiskHelseMottak.pdf

504. Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: veileder. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress; 2006. Tilgjengelig fra: http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/PsykArbeidFlyktningerVeileder.pdf

505. Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 1995. NOU 1995:6. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1995/nou-1995-6/9.html?id=140008

506. Silviken A, Stordahl V, red. Samisk psykisk helsevern: nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer. Kárájohka: CálliidLágádus; 2010.

507. Sexton R, Sorlie T. Use of traditional healing among Sami psychiatric patients in the north of Norway. Int J Circumpolar Health 2008;67(1):135-46.

508. Sorlie T, Nergard JI. Treatment satisfaction and recovery in Saami and Norwegian patients following psychiatric hospital treatment: a comparative study. Transcult Psychiatry 2005;42(2):295-316.

509. Forskrift til sameloven (lov 12. juni 1987 nr. 56) om forvaltningsområdet for samisk språk. FOR-2005-06-17-657.

510. Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven). LOV-2008-06-27-51.

Utkast til ekstern høring

glige retningslinjer utarbeides innenfor områder der Helsedirektoratet mener at en retningslinje er egnet til å forbedre kvaliteten på tjenesten. Det kan ere behov for en faglig retningslinje når det er påvist for dårlig standard, stor variasjon i praksis og urimelig ressursfordeling. Faglige retningslinjer arbeides etter en fast metode der det legges vekt på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukermedvirkning. Begrepet retningslinjer ukes også om retningslinjer utgitt med hjemmel i forskrift, disse retningslinjene kategoriseres ikke som nasjonale faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no