



Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Heftets tittel: Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Utgitt: Juni 2013

Publikasjonsnummer: 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

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/Trykksaksekspedisjonen
E-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-1957

Illustrasjon: Sidsel Andersen
Trykk og design: Andvord Grafisk AS

Forord

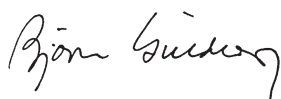
Psykoselidelser debuterer oftest tidlig i livet, og de aller fleste har en innledende fase med følelsesmessige problemer som kan være tidlige tegn på psykose. Ved å oppdage disse tegnene tidlig kan man sørge for at ubehandlet psykose blir av kort varighet. Tidlig oppdagelse og tidlig innsats med kunnskapsbaserte virksomme tiltak øker mulighetene for tilfriskning. Tiltakene må være individuelt tilpasset, ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.

Psykoselidelser innebærer store påkjenninger for dem som rammes, og familien deres. En særlig utfordring er økt selvmordsrisiko, spesielt i ung alder, og det at personer med langvarige lidelser har en markant redusert levealder. Selvmordsforebygging og oppfølging av somatisk helse må derfor vies større oppmerksomhet i alle faser.

Retningslinjen fokuserer ikke bare på symptombehandling, men gir en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid. Den omhandler utredning, behandling og oppfølging av personer fra 13 år og oppover, med unntak av de som har organiske eller affektive psykoselidelser. Anbefalingene er relevante for alle nivåer i tjenesteapparatet og gir grunnlag for å redusere uønsket variasjon i praksis. Pasienter/brukere og pårørende kan finne informasjon om ulike tilbud slik at de kan få støtte til å ta informerte valg tilpasset egne behov og prioriteringer. Retningslinjen erstatter *Schizofreni - kliniske retningslinjer for utredning og behandling* utgitt av Statens helsetilsyn i år 2000.

Helsedirektoratets retningslinjer er faglig normerende, og ved å støtte seg til retningslinjens anbefalinger kan helsepersonell være tryggere på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp. 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.

Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen, var sammensatt av sentrale fagpersoner og brukerrepresentanter på området. Helsedirektoratet takker arbeidsgruppen for et kyndig utført arbeid og håper at retningslinjen kan være et godt hjelpemiddel som fører til at personer med psykoselidelser får et bedre tilbud.



Bjørn Guldvog
Helsedirektør

Oslo, juni 2013

Innhold

Forord	3
Innledning og sammendrag	9
DEL 1 RETNINGSLINJENS ANBEFALINGER	11
1 Alle anbefalingene	12
2 Brukermedvirkning	22
2.1 Overordnet mål for brukermedvirkning	23
2.2 Brukermedvirkning som lovfestet rettighet	23
2.2.1 Informasjon og opplæring	24
2.3 Pårørende	24
2.3.1 Pårørende til ungdom	24
2.3.2 Barn som pårørende	25
2.4 Pårørendes roller og behov	26
2.5 Brukerkompetanse og selvhjelp	26
3 Generelle prinsipper for god praksis	28
3.1 Etiske aspekter	28
3.2 Relasjonens betydning	28
3.2.1 Kontinuitet	29
3.3 Bedringsprosesser (recovery)	29
3.4 Kultursensitive tjenester	30
4 Forebygging og tidlig oppdagelse	31
5 Samtidige lidelser (komorbiditet)	33
5.1 Komorbiditet ved tidlig debut	33
5.2 Angstlidelser og belastningslidelser	34
5.3 Depressive lidelser	34
5.4 Personlighetsforstyrrelser	35
5.5 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD), inkludert Aspergers syndrom	35
5.6 Rusmiddelmisbruk og rusproblemer	36
5.7 Samtidige somatiske lidelser	37
6 Kompliserende faktorer ved psykoselidelser	38
6.1 Psykiske traumer og sårbarhet for utvikling av psykose	38
6.2 Selvmordsrisiko	39
6.3 Risiko for voldsbruk knyttet til psykoselidelser	40

7	Utredning	41
7.1	Diagnostisk utredning	43
7.1.1	Anamnese	43
7.1.2	Strukturert diagnostisk intervju	43
7.1.3	Utredning av psykose hos barn og unge	43
7.1.4	Positive og negative symptomer	44
7.1.5	Depresjon og selvmordsrisiko	44
7.1.6	Global fungering	45
7.1.7	Kognitiv funksjon	45
7.1.8	Familien	48
7.1.9	Differensialdiagnostisk utredning	48
7.2	Utredning av tilleggsproblemer og samtidige lidelser	48
7.2.1	Rusmiddelbruk	49
7.2.2	Affektive lidelser	50
7.2.3	Angstlidelser og belastningsrelaterte lidelser	50
7.2.4	Personlighetsforstyrrelser	50
7.2.5	Voldsrisiko	51
7.2.6	Traumer	51
7.2.7	Somatiske helseproblemer	52
7.2.8	Tannhelse	53
7.3	Kjøreevne og helsekrav	53
7.3.1	Meldeplikt	54
7.3.2	Attesting og dispensasjon	54
7.4	Kartlegging av behovet for kommunale tjenester	54
8	Behandling og oppfølging	56
8.1	Behandlingsformer som har dokumentert effekt	56
8.2	Spesielt om behandling i varselfasen	57
8.3	Rettslig grunnlag for behandlingen	57
8.3.1	Riktig bruk av tvang	58
8.4	Familiesamarbeid	59
8.4.1	Bakgrunn	60
8.4.2	Familiesamarbeid i tidlig fase	61
8.4.3	Enkeltfamiliegruppe og flerfamiliegruppe	62
8.4.4	Familiesamarbeid hos pasienter med langvarige behov	63
8.4.5	Opplæring i og implementering av familiesamarbeid	63
8.4.6	Barn av foreldre med en psykoselidelse	63
8.4.7	Søsken av personer som har utviklet psykose	65
8.4.8	Andre familietilnærminger	65
8.5	Psykotterapi ved psykoser	65
8.5.1	Kognitiv atferdsterapi	66
8.5.2	Psykodynamisk psykotterapi	68
8.6	Miljøterapi	69
8.6.1	Sykehusmiljøets betydning	69
8.6.2	Kognitiv miljøterapi	70
8.7	Kunst- og musikkterapi	70

8.8	Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi	71
8.9	Sosial ferdighetstrening	72
8.10	Gruppeterapi ved psykoselidelser	72
8.11	Kognitiv trening	73
8.11.1	Andre tiltak ved kognitive vansker	74
8.12	Somatisk helsetilstand	74
8.13	Behandling med legemidler	75
8.13.1	Virkning	77
8.13.2	Bivirkning	78
8.13.3	Praktisk bruk av antipsykotika	80
8.13.4	Andre biologiske behandlingsformer og kombinasjonsbehandlinger	89
8.13.5	Legemiddelbehandling av spesielle pasientgrupper	90
8.14	Behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk	94
8.15	Langvarig behandling og oppfølging	95
8.15.1	Helse- og omsorgstjenester	96
8.15.2	Inntekt og forvaltning av økonomi	96
8.15.3	Lavterskeltilbud	97
8.15.4	Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter	97
8.16	Hvis behandling ikke virker	99
8.17	Oppfølging og evaluering av behandling	99
8.17.1	Behandlingsplan	99
8.17.2	Pasientens egen vurdering	99
8.17.3	Legemidler og somatisk helse	100
8.17.4	Evaluering av familiesamarbeid	100
9	Bolig og boforhold	101
9.1	Kartlegging av brukernes mål og behov	101
9.2	Tilrettelagte boliger	101
9.3	Omgivelser, nærmiljø og sammensetting av beboere	102
10	Skole, utdanning og arbeid	103
10.1	Skole og opplæring	103
10.2	Arbeid - verdi og funksjoner	104
10.2.1	Yrkesdeltagelse	105
10.2.2	Sammensatte årsaksforhold	105
10.2.3	Særlige forhold for yrkesdeltakelse for ungdom	106
10.3	Tilnæringsmetoder	106
10.3.1	Arbeidstrening og attføring til arbeid	106
10.3.2	Skaffe arbeid og beholde dette	106
10.3.3	Individuell jobbstøtte (IPS)	107
10.3.4	Jobbmestrende oppfølging	108
10.3.5	Kvalifiseringsprogrammet	108
10.3.6	Varig tilrettelagte arbeidstilbud	108
10.3.7	Kartlegging av arbeidsevne - et verktøy	109

11	Samhandling og ansvarsdeling	110
11.1	Generelt om samhandling	110
11.1.1	Lovpålagte samarbeidsavtaler	110
11.2	Kommunene	111
11.2.1	Skolehelsetjenestens og helsesøsters rolle	111
11.2.2	Helsestasjon for ungdom og studenthelsetjenesten	112
11.2.3	Fastlegen	112
11.2.4	Psykologtjeneste	113
11.2.5	Psykisk helsearbeid	113
11.3	Spesialisthelsetjenesten	113
11.4	NAV	114
11.5	Ansvars- og oppgavedeling	114
11.5.1	Kommunen	115
11.5.2	Spesialisthelsetjenesten	115
11.6	Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste	116
11.6.1	Samhandling mellom kommune og BUP	116
11.6.2	Samhandling mellom kommune og DPS	116
11.6.3	Ambulant virksomhet	117
11.7	Kriseplan	120
11.8	Individuell plan og koordinator	120
11.8.1	Ansvarsgruppe	121
DEL 2	FAGLIG INFORMASJON	123
12	Hva er en psykose?	124
12.1	Diagnoser	124
12.2	Psykiske lidelser utvikler seg i faser	124
12.2.1	«Varselfasen» (prodromalfasen)	127
12.3	Særskilte forhold ved diagnostisering av unge	128
12.3.1	Utviklingsnivå/evnenivå	128
12.3.2	Symptomer skifter og varierer	128
12.3.3	Unge forteller sjeldnere spontant om psykosesyntomer	128
12.4	Symptomer	129
12.4.1	Positive symptomer	129
12.4.2	Negative symptomer	130
12.4.3	Kognitive vansker	131
12.5	Schizofreni - en av mange psykosediagnoser	133
12.5.1	Schizofreni hos yngre pasienter	134
12.6	Andre psykoselidelser	135
12.6.1	Vrangforestillingslidelser	135
12.6.2	Akutte og forbigående psykoser	136
12.6.3	Psykose ikke nærmere angitt (INA)	136
12.6.4	Rusutløste psykoser	137
12.7	Psykoseforståelse i et brukerperspektiv	139

13	Forekomst, forløp og prognose	140
13.1	Forekomst av psykoselidelser	140
13.2	Forekomst av psykose hos unge	140
13.3	Forløp og prognose	141
13.3.1	Tilfriskningsprosessen	141
14	Særskilte pasientgrupper	143
14.1	Eldre	143
14.1.1	Aldring hos personer med psykoselidelse	143
14.1.2	Forskjeller i forekomst av psykoser hos yngre og eldre	143
14.1.3	Funksjonelle psykoser	143
14.1.4	Organiske psykoser	144
14.1.5	Utredningsverktøy	145
14.1.6	Behandling med legemidler	145
14.1.7	Annen behandling av psykoselidelser hos eldre	146
14.2	Personer med psykisk utviklingshemming	146
14.3	Hørselshemmede, døve og døvblinde	148
14.4	Gravide og ammende	149
14.5	Minoriteter	150
14.5.1	Tilrettelegge informasjon og bruk av tolk	150
14.5.2	Tilrettelegge for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging	151
14.5.3	Personer med migrasjonserfaring	151
14.6	Den samiske befolkningen	151
DEL 3	METODE OG IMPLEMENTERING	155
15	Nasjonale faglige retningslinjer	156
15.1	Metode for utarbeidelse av retningslinjen	156
15.2	Arbeidsgruppen	156
15.2.1	Habilitet	158
15.3	Referansegruppen	158
15.4	Bakgrunn for utarbeidelse av ny retningslinje	158
15.5	Kunnskapsgrunnlaget	158
15.5.1	Forskningsbasert kunnskap - styrker og svakheter	159
15.5.2	Erfaringsbasert kunnskap - klinisk erfaring	160
15.5.3	Brukerkunnskap og brukermedvirkning	160
15.6	Vurdering av kunnskap og anbefalinger	160
15.6.1	Gradering av kunnskapsgrunnlaget	161
15.6.2	Gradering av anbefalingene	161
15.7	Økonomisk vurdering av retningslinjens anbefalinger	162
15.8	Retningslinjens rettslige betydning	164
16	Plan for implementering	165
	Vedlegg	167
	Referanser	182

Innledning og sammendrag

Formålet med retningslinjen er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med psykose-lidelser og deres nærmeste ved at de gis tilbud etter anbefalinger som er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen på det tidspunktet de ble utarbeidet. Det må likevel alltid gjøres en individuell vurdering når det gjelder hvilke av anbefalingene som bidrar til best kvalitet på hjelpen den enkelte får, og tiltakene bør være tilpasset psykoselidelsens fase, symptombelastning og funksjonsnivå. Ressurser og bedringsprosess hos den enkelte bør tillegges stor vekt når en prioriterer behandling og oppfølging, jf. *recoveryorientert praksis* i avsnitt 3.3.

Anbefalingene i retningslinjen inneholder «skal» eller «må» når de er forankret i lover og regelverk eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig å ikke gjøre som anbefalt. «Bør» indikerer også sterke anbefalinger, men styrken på anbefalingene varierer, med graderinger fra A til D, der A er sterkest.

Retningslinjedokumentet består av tre deler:

1. Retningslinjens anbefalinger
2. Faglig informasjon
3. Metode og implementering

Del 1 inneholder de konkrete anbefalingene og beskriver begrunnelsen for dem. I tillegg er det utarbeidet egne skjema for hver anbefaling, se vedlegg 8. Disse vil bli gjort tilgjengelig i den elektroniske utgaven av retningslinjen.

Del 2 inneholder informasjon om psykosesyntomer, ulike diagnoser, forekomst, forløp og prognose. Kapittel 14, om særskilte pasientgrupper, er også i denne delen av dokumentet.

Del 3 inneholder metode for utarbeidelse av retningslinjen og plan for implementering.

Psykoselidelser betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser, og schizofreni representerer den alvorligste fasen av disse. Intervensjoner i de ulike fasene kan gjøre det mulig å forebygge videre sykdomsutvikling, noe som er nærmere beskrevet i kapittel 12 *Hva er en psykose?*

Retningslinjen fokuserer ikke bare på symptomer, diagnoser og funksjonsfall. Innledningsvis er det et kapittel om brukermedvirkning (kapittel 2), 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 3 *Generelle prinsipper for god praksis*, som blant annet omtaler etikk, relasjonens betydning, bedringsprosesser (recovery) og kultursensitive tjenester. Skole, utdanning og arbeid har fått plass i et eget kapittel, kapittel 10, og det anbefales at tiltak innen disse områdene gjøres til en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet.

Retningslinjens overordnede anbefaling er at utredning, behandling og oppfølging bør være fasespesifikk og individuelt tilpasset. Anbefalinger om utredning og behandling

beskrives i en utrednings- og behandlingslinje med en anbefalt tidsakse som kan brukes som sjekklister for hvilke tiltak som bør gjennomføres i spesialisthelsetjenesten.

Kapittel 7 *Utredning* og kapittel 8 *Behandling og oppfølging* er rettet mot både helse- og omsorgstjenester i kommunene (fastleger, psykologer, helsesøstre og psykisk helsearbeidere), mot spesialisthelsetjenesten (BUP/DPS og sykehusavdelinger) og mot andre aktører, blant annet skole, arbeidssted og NAV. I utredningen, behandlingen og oppfølgingen bør pasientens/brukerens sterke sider vies særlig oppmerksomhet. Den enkeltes ressurser bør ivaretas gjennom hele forløpet, det er sentralt for god faglig praksis. Resurser i familie og nettverk er også viktige for bedringsprosessen og bør involveres i den grad pasienten/brukeren samtykker til det. Samarbeid med pårørende omtales i kapittel 2.

Utredning og oppfølging av fysisk helsetilstand må få større fokus, ettersom personer med alvorlige psykoselidelser har en betydelig økt risiko for somatiske sykdommer. Studier viser vesentlig redusert levealder. I avsnitt 7.2.7 beskrives dette nærmere, og det gis anbefalinger om hvilke undersøkelser som bør gjennomføres. Fysisk aktivitet og trening bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen. Selvmordsrisiko og risiko for voldsutøvelse bør ha fokus gjennom hele forløpet.

Avsnitt 8.13 om behandling med legemidler inneholder en grundig gjennomgang av virkninger og bivirkninger av legemidler og er den delen av retningslinjen med flest anbefalinger. Dette kan bidra til riktigere bruk av legemidler og et bedre samarbeid mellom lege, pasient og andre som samarbeider med pasienten.

I kapittel 11 *Samhandling og ansvarsdeling* er det informasjon om samhandling, ulike ansvarsområder og samtidig oppfølging fra flere tjenestesteder og -nivåer. Bolig og boforhold er omtalt i kapittel 9 og vektlegger behovet for å oppleve trygghet i egen bolig og i bomiljøet.

I kapittel 14 om særskilte pasientgrupper beskrives særskilte forhold innen utredning, behandling og oppfølging av eldre, personer med psykisk utviklingshemming, hørsels- hemmede, døve og døvblinde, gravide og ammende, minoriteter og den samiske befolkningen.

I vedleggene finnes blant annet et eksempel på to ulike forløp, ekvivalenstabell og definerte døgndoser av legemidler, en oversikt over ulike rusmidler, et eksempel på kriseplan og på tilfredshetsskjema til bruk i flerfamiliegrupper.



DEL 1

Retningslinjens anbefalinger

Brukermedvirkning

Generelle prinsipper for god praksis

Forebygging og tidlig oppdagelse

Samtidige lidelser (komorbiditet)

Utredning

Behandling og oppfølging

Bolig og boforhold

Skole, utdanning og arbeid

Samhandling og ansvarsdeling

1 Alle anbefalingene

Anbefalingene i retningslinjen bygger på en systematisk gjennomgang og kvalitetsvurdering av relevant litteratur samt faglige, erfaringsbaserte og kontekstuelle vurderinger gjort av involverte parter i arbeidet. Anbefalingene er utarbeidet i henhold til internasjonal standard for faglige retningslinjer, se avsnitt 15.6 for en nærmere beskrivelse av dette. For hver anbefaling er det utarbeidet et skjema som viser begrunnelsen for valget av evidensnivå og gradering. Disse skjemaene blir gjort tilgjengelig i den elektroniske versjonen av retningslinjen.

Evidensnivå	Brukermedvirkning	Gradering	Sidetall
4	Behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.	A	22
3	Intervensjonsprogrammer, for eksempel «Brukermedvirkning i praksis», bør tas i bruk for å bedre helsepersonellens og pasienters/brukeres kompetanse om brukermedvirkning.	B	23
4	Foresatte til pasienter/brukere mellom 16 og 18 år må få den informasjonen de har rett på, slik at de kan utøve foreldrerollen på en god måte. Samtidig må den unges behov for uavhengighet ivaretas.	A	24
3	Rutiner for samarbeid med pårørende må tilpasses det forholdet de har til pasienten, og fokusere på kunnskapsutveksling, veiledning og støtte.	B	26
Evidensnivå	Generelle prinsipper for god praksis	Gradering	Sidetall
3	Det må tilrettelegges for en god dialog og en god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson.	A	28
2b	Kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere med psykoselidelser er sentralt og bør opprettholdes også i perioder med tilbaketrekning.	A	29
Evidensnivå	Forebygging og tidlig oppdagelse	Gradering	Sidetall
1b	Opplysnings- og informasjonsprogrammer bør utarbeides, i samarbeid med brukerorganisasjonene, for å redusere stigmatisering og oppdage psykoser på et så tidlig tidspunkt som mulig.	A	31

1b	Varigheten av ubehandlet psykose bør være så kort som mulig, og helst ikke over 4 uker, slik at behandling kan settes inn tidlig og øke mulighetene for tilfriskning.	A	31
Evidensnivå	Samtidige lidelser (komorbiditet)	Gradering	Sidetaill
1b	Samtidige lidelser/tilstander bør identifiseres og behandles for å redusere negativ innvirkning på behandlingsresultatet og pasientenes prognose.	A	33
Evidensnivå	Utredning	Gradering	Sidetaill
1b	Psykiske lidelser, herunder psykoselidelser, utvikler seg i faser, og utredningen, behandlingen og oppfølgingen må være fasespesifikk og individuelt tilpasset.	A	41
3	Utredningen av psykoser hos unge må ta hensyn til utviklings- og evnenivået deres samt til at variasjonen i symptom- og funksjonsnivå er større, og at det kliniske bildet er mindre differensiert i denne aldersgruppen.	B	41
2b	Utredningen bør skje i henhold til en utrednings- og behandlingslinje som inneholder en anbefalt tidsakse for de ulike utredningsinstrumentene.	A	41
4	Spesialiserte tidligintervensjons- eller psykoseteam bør ha tilstrekkelig kompetanse på og erfaring med denne pasientgruppen, slik at kompleksiteten knyttet til differensialdiagnostiske vurderinger og samtidige lidelser ved psykose fanges opp.	D	41
1b	Utredningen må ta hensyn til at kognitive vansker er vanlig ved psykose og ses hos en majoritet av pasienter/brukere som er diagnostisert med schizofreni. Pasienter informeres når dette er aktuell problematikk. Pårørende informeres når pasienten samtykker til det, eller når det foreligger hjemmel i lov.	A	45
2b	Pasienter med førstegangpsykose bør kartlegges med hensyn til kognitive vansker ved hjelp av et testbatteri som fanger opp mest mulig relevante kognitive funksjoner.	B	45
2a	Pasienter med psykose og samtidig rusmiddelbruk må utredes med fokus på både rus og psykose samtidig.	B	49

1b	Det anbefales å kartlegge problemfylt bruk av alkohol med verktøyet AUDIT.	A	49
3	Det anbefales å kartlegge problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler med verktøyet DUDIT.	B	49
3	Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som et supplement til annen type kartlegging, spesielt på akuttavdelinger. Urinprøve bør vurderes allerede ved første kontakt/innleggelse. Adgangen til dette er imidlertid begrenset i psykisk helsevernloven § 4-7a.	B	49
3	Det bør gjøres en kartlegging av pasientenes/brukernes bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminell aktivitet, for eksempel ved bruk av EuropASI.	B	49
3	Ved rusinduserte psykoser bør primærpsykose vurderes dersom psykose-symptomene vedvarer etter en måned ved fravær av rusmiddelbruk, og ved gjentatte episoder med rusutløst psykose eller rusutløst psykose som varer i mer enn 6 måneder. Oppfølging over tid er viktig for å finne ut om diagnoser fra akutte psykose-episoder med samtidig rusmiddelbruk er riktige eller ikke.	B	49
2b	Ved mistanke om risiko for voldsutøvelse bør V-RISK-10, BVC eller HCR-20 anvendes for å kunne si noe om voldsrisiko på kort sikt.	A	51
1b	Den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig og følges opp med minst én årlig kontroll.	A	52
2b	Det bør legges til rette for rutinemessige tannlegebesøk. Når legemidler med antiko-linerg effekt brukes, bør pasientene informeres om hvor viktig det er med god tannhygiene.	B	53
4	Kommunen bør gjennomføre en grundig kartlegging av de individuelle behovene for hjelp ut fra pasientens/brukerens personlige mål, ressurser og livssituasjon.	D	54

Evidensnivå	Behandling og oppfølging - generelle forhold	Gradering	Sidetall
1b	Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi.	A	56
4	Det er begrenset forskning på behandling av unge med psykoselidelser. Foreløpig anbefales det å bruke psykososiale behandlingsmetoder som brukes for voksne for denne gruppen, men metodene må tilpasses den unges utviklingsnivå og kontekst.	D	56
Evidensnivå	Familiesamarbeid	Gradering	Sidetall
1b	I en tidlig fase av en psykoseutvikling bør nære familiemedlemmer kontaktes snarest mulig, og innen tre dager, med tanke på et samarbeid med behandlingspersonalet. Familiemedlemmer kan bare kontaktes når pasienten samtykker til det eller det foreligger hjemmel i lov.	A	61
1b	I en tidlig fase av en psykose bør pasient og nære familiemedlemmer inviteres til et psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid i en enkeltfamiliegruppe.	A	62
1a	Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) flerfamiliegruppe.	A	62
1a	I et langvarig psykoseforløp bør nære familiemedlemmer inviteres til et samarbeid når pasienten har tilbakefall og/eller vedvarende problemer. Det er en forutsetning at pasienten samtykker eller at familiemedlemmene kan involveres med hjemmel i lov.	A	63
1a	Samtaler med pasientens barn bør tilrettelegges i samarbeid med foreldrene, og informasjonen bør gis ved oppstart av behandlingen og tilpasses barnets alder, jf. helsepersonelloven § 10a.	A	63

Evidensnivå	Kognitiv atferdsterapi	Gradering	Sidetall
1a	Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykose-symptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15–20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlings-faser.	A	66
Evidensnivå	Psykodynamisk psykoterapi	Gradering	Sidetall
2a	Psykodynamiske behandlingstilnærminger kan anvendes av helsepersonell for å forstå erfaringene til pasienter med psykoselidelser. Etter en individuell vurdering kan tilpasset støttende psykodynamisk psykoterapi, etter fasespesifikke prinsipper, tilbys i ikke-psykotisk fase.	B	68
Evidensnivå	Miljøterapi	Gradering	Sidetall
2b	Miljøet i døgnenheter for pasienter med psykoselidelser bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet.	A	69
2b	En bør etterstrebe miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter.	A	69
1b	Miljøet i døgnenheter bør undersøkes ved hjelp av jevnlig målinger med Ward Atmosphere Scale (WAS) for å se om miljøet er preget av de elementene pasienter med psykoselidelser har best effekt av.	A	69
Evidensnivå	Kunst- og musikkterapi	Gradering	Sidetall
1a	Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.	A	70
Evidensnivå	Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi	Gradering	Sidetall
1b	Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling.	A	71

Evidensnivå	Sosial ferdighetstrening	Gradering	Sidetall
1a	Pasienter med psykoselidelse som mangler sosiale ferdigheter tilknyttet hverdagslivets aktiviteter, bør tilbys trening i sosial interaksjon og i andre ferdigheter som er nødvendige for å mestre et selvstendig liv.	A	72
Evidensnivå	Kognitiv trening	Gradering	Sidetall
1b	Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming for å trene opp ferdigheter knyttet til daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse.	B	73
Evidensnivå	Andre tiltak ved kognitive vansker	Gradering	Sidetall
4	Ved kognitive vansker bør det legges til rette for bruk av relevante hjelpemidler, praktisk hjelp og tilpasninger i arbeid og skole.	D	74
Evidensnivå	Behandling med legemidler - generelle forhold	Gradering	Sidetall
1a	Pasienter med en diagnostisert psykose-lidelse bør tilbys å prøve ut et adekvat gjennomført behandlingsforsøk med et anti-psykotisk legemiddel.	A	75
1a	Doseringen ved vedlikeholdsbehandling bør normalt ligge i det nedre området. Virksom dosering for pasienter som har hatt flere psykotiske episoder, ligger vanligvis i et doseringsområde som tilsvarer 1-3 definerte døgndoser. Det bør ikke gis doser over denne øvre grensen uten å ha gjort en nøye vurdering og funnet en god begrunnelse for det.	A	75
1b	For enkelte pasientgrupper må en følge særlige forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg og dosering og ha vaksomhet for bivirkninger. Dette gjelder: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasienter som kommer til behandling for første gang ▪ barn og unge ▪ eldre og pasienter med somatiske sykdommer ▪ gravide og ammende ▪ pasienter med samtidig rusmiddelmisbruk ▪ pasienter innenfor ulike etniske grupper ▪ pasienter med psykisk utviklingshemming ▪ pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autisme/Aspergers syndrom 	A	75

1b	Pasienter med såkalte «høyrisikotilstander» (prodromal, <i>ultra high risk</i> (UHR) og <i>at risk mental state</i> (ARMS)) bør ikke rutinemessig tilbys behandling med antipsykotiske legemidler.	A	75
Evidensnivå	Førstegangsbehandling	Gradering	Sidetall
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 en også rådføre seg med pårørende. Pasienten må på forhånd få god informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. I denne valgprosessen bør en ta med i vurderingen i hvor stor grad det enkelte legemiddelet kan føre til ekstrapyramidale bivirkninger, metabolske forstyrrelser eller andre bivirkninger.	B	80
1b	Før behandlingen startes, bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ egen historie og familiehistorie når det gjelder diabetes og hjertesykdom ▪ registrering av blodtrykk, vekt, KMI, sentrale metabolske mål (blodlipider) ▪ EKG dersom dette er anbefalt i preparatomtalen for det valgte preparatet, eller dersom sykehistorie/undersøkelse indikerer mulig hjertesykdom hos pasienten 	A	80
1b	Ved oppstart bør dosen være i den lavere delen av doseringsintervallene i preparatomtalen og deretter økes gradvis, men ikke over bivirkningsgrensen (ekstrapyramidale bivirkninger). Etter oppstart bør et preparat prøves ut i antatt optimal dosering i minst 4-6 uker. Effekten av den igangsatte behandlingen bør overvåkes nøye og resultatene journalføres.	A	80
1a	En hurtig økning av dosen (rask nevroleptisering) bør ikke foretas.	A	81
1a	Samtidig bruk av flere antipsykotika bør kun skje i perioder hvor en går over fra ett legemiddel til et annet (i henholdsvis opptrappende og nedtrappende doser).	A	81

Evidensnivå	Vedlikeholdsbehandling	Gradering	Sidetall
1a	Etter behandling av den første psykose-episoden bør pasienten informeres om at risikoen for tilbakefall er svært stor dersom legemiddelbehandlingen avsluttes i løpet av de neste ett til to årene.	A	83
1a	Pasienter som er til førstegangsbehandling for en psykose, og som oppfyller diagnosekriteriene for schizofreni, bør tilbys vedlikeholdsbehandling i to år.	A	83
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 én gang årlig.	B	84
1b	Dersom pasienten likevel ønsker å avslutte legemiddelbehandlingen, bør det skje ved en gradvis nedtrapping med nøye observasjon av tidlige tegn på tilbakefall.	A	84
1b	Etter avsluttet legemiddelbehandling bør pasienten følges opp med hensyn til tegn på tilbakefall i minst to år.	A	84
1b	Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige effektive doseringen, og vanligvis lavere enn doseringen i akuttfasen. Dosering utenfor standard doseringsintervaller bør begrunnes.	B	85
1b	Periodevis (intermitterende) legemiddelbehandling bør ikke brukes rutinemessig. Unntaket er når pasienter ikke aksepterer kontinuerlig behandling.	B	85
Evidensnivå	Behandling av tilbakefall	Gradering	Sidetall
1a	Ved et tilbakefall eller en akutt forverring av en psykoselidelse bør en starte legemiddelbehandling etter de samme prinsippene som ved oppstart for første gang. Pasientens erfaringer, vurdering av virkning og bivirkning over tid bør være sentralt når en skal velge preparat.	A	86

Evidensnivå	Behandling av pasienter med dårlig respons på legemiddelbehandling	Gradering	Sidetall
1a	Pasienter med schizofrenidiagnose som ikke har hatt tilfredsstillende behandlingsrespons på minst to forskjellige antipsykotika (hvorav minst ett AGA), gitt over tilstrekkelig lang tid og i tilstrekkelige doser, bør tilbys behandling med clozapin.	A	87
Evidensnivå	Behandling ved psykose og samtidig rusmiddelbruk	Gradering	Sidetall
4	Ved psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales, i tillegg til behandling for rusmiddelproblemer, den samme bredden av kunnskapsbasert psykososial behandling og legemiddelbehandling som ved psykose alene.	D	94
Evidensnivå	Behandling av pasienter med langvarige behov	Gradering	Sidetall
3	For pasienter/brukere med langvarige behov for hjelp er det viktig at oppfølgingen skjer på regelmessig basis og den bør utføres av fast personell.	C	96
4	Kommunen bør påse at pasientenes/brukernes rettigheter med hensyn til inntekt og økonomi er sikret. Det skal tilbys hjelpe-tiltak i form av økonomisk forvaltning dersom behovene tilsier det.	B	96
3	Pasienter/brukere bør få støtte til å opprettholde og eventuelt styrke det personlige nettverket sitt dersom de ønsker det.	B	97
4	Pasienter/brukere bør få hjelp til å kunne delta i kultur- og fritidsaktiviteter.	B	98
4	Kommunen bør tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter for pasienter/brukere med alvorlige psykoselidelser.	D	99
4	Spesialisthelsetjenesten bør ha særlig fokus på pasienter med førstegangpsykose som fortsatt har psykosesymptomer etter tre måneders behandling.	B	99
Evidensnivå	Bolig og boforhold	Gradering	Sidetall
3	Kommunene bør tilby varige boliger framfor midlertidige boligløsninger. Pasientenes/brukernes egne ønsker og mål bør tillegges stor vekt ved tildeling.	B	101

4	Kommunen bør tilby tilrettelagte boliger til pasienter/brukere som trenger særskilt oppfølging og støtte for å mestre et liv i egen bolig. Det bør tilbys boliger med fellesareal og bemanning på heldøgnsbasis dersom behovene tilsier det.	B	101
2b	Pasienter/brukere med psykoselidelser bør ikke tilbys boliger i bomiljøer preget av sosial uro. Sammensetningen av beboere bør tillegges stor vekt.	A	102
Evidensnivå	Arbeid og arbeidsrettede tiltak	Gradering	Sidetall
2b	Tiltak knyttet til arbeid bør være en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet til pasienter/brukere med psykoselidelser.	B	105
1a	Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen anbefales.	A	107
Evidensnivå	Samhandling og ansvarsdeling	Gradering	Sidetall
1a	Det anbefales at personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen.	A	119
4	Skriftlig kriseplan bør utarbeides for å sikre at tiltak raskt blir iverksatt hvis en krise oppstår.	B	120

2 Brukermedvirkning

4	Behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet.	A
---	---	---

All god psykisk helsehjelp setter pasienten/brukeren og pårørende i fokus for å bidra til at pasienten/brukeren kan ta ansvar for seg selv og sin egen utvikling. Det må derfor legges til rette for at pasienten/brukeren kan få stor innflytelse på sin egen behandling og oppfølging, og at pårørende får den hjelpen og støtten de trenger. Medvirkning har i seg selv en verdi som terapeutisk virkemiddel, ettersom det kan gi større autonomi og bidra til at pasienten/brukeren opplever håp og større kontroll over eget liv.

Brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet i Norge ble for alvor satt på dagsordenen på 1990-tallet. Det hadde etter hvert vokst fram en begynnende forståelse for at helse-tjenestene kan påvirkes positivt av brukernes erfaringer. Utgangspunktet for dette var en økende erkjennelse av at brukerne hadde verdifull erfaringskunnskap som kunne være en ressurs i behandlingen av psykiske lidelser, og som derfor måtte tas i bruk. Brukermedvirkning fikk et nytt gjennomslag med opptrappingsplanen for psykisk helse (1) og de nye helselovene som fulgte i etterkant. Brukerne fikk rett til å delta i avgjørelser som angår deres egen behandling, samt rett til å ha innflytelse på utformingen av tjenesteapparatet. I tillegg 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 også blitt etablert ulike former for tilbud som drives og styres av brukerne selv. Eksempler på dette er pasientveiledere med brukererfaring, brukerstyrte sentre, støttegrupper, selvhjelpsgrupper (jf. Norsk selvhjelpsforum) og krisetelefontjenester. Lærings- og mestrings-sentre skal også ivareta opplæring av pasienter og pårørende.

Det er ikke enkelt å gjøre brukermedvirkning til en praktisk realitet (2;3). Brukerne og brukerrepresentantene må få oppleve likeverdighet i forholdet til både behandler og tjenesteapparatet. Når brukerne opplever at erfaringskompetansen deres blir tatt på alvor, fungerer brukermedvirkning i tråd med målsettingen (4). Brukerne bør bli aktive bidragsytere i behandlingen, og ikke bare passive mottakere av tjenester. For å gjøre dette mulig må helsepersonell få informasjon, opplæring og veiledning i hvordan de skal forholde seg til brukermedvirkning i praksis.

2.1 Overordnet mål for brukermedvirkning

3	Intervensjonsprogrammer, for eksempel «Brukermedvirkning i praksis», bør tas i bruk for å bedre helsepersonellets og pasienters/brukeres kompetanse om brukermedvirkning.	B
---	---	---

Sosial- og helsedirektoratets rapport «Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse» (5) ble utgitt i 2006. Denne rapporten er til god hjelp for de som vil skaffe seg kunnskap om brukermedvirkning. Den kan også stimulere til ytterligere utvikling av reell 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» (5).

I samsvar med dette målet må det utvikles en faglig kompetanse, der forståelse for brukernes synsvinkler og erfaringsbaserte kunnskap alltid skal være en sentral faktor. «Brukermedvirkning i praksis» er et program for økt bevissthet og økt kompetanse om brukermedvirkning i daglig praksis innen psykisk helsevern. Programmet er utviklet av en gruppe ved Universitetet i Stavanger (6).

2.2 Brukermedvirkning som lovfestet rettighet

Retten til brukermedvirkning er lovfestet, blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3-1. Det innebærer at pasienten/brukeren har rett til å medvirke i valg, utforming og anvendelse av tilbud, både ved planlegging og gjennomføring. Bakgrunnen for medvirkningsretten er respekten for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett. Rettigheten må også ses i sammenheng med at helsehjelp som hovedregel skal gjennomføres på grunnlag av samtykke fra pasienten selv.

For at retten til brukermedvirkning skal bli reell, er det avgjørende at pasienten/brukeren får tilstrekkelig og tilpasset informasjon, slik at vedkommende så langt som mulig kan få innsikt i egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen og rettighetene som pasient eller tjenestemottaker, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven (8) § 3-3, har rett til brukermedvirkning så langt det lar seg gjøre. Dette er blant annet omtalt i psykisk helsevernloven § 4-2.

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven eller helse- og omsorgstjenesteloven har lovfestet rett til en koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven (9) § 2-5a og helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 7-5. Koordinator skal imidlertid ikke oppnevnes uten pasientens samtykke.

Pasienter og brukere har også rett til å medvirke på systemnivå, ved å delta i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet i planleggings- og beslutningsprosesser. Dette er blant annet lovfestet i helseforetaksloven (11).

2.2.1 Informasjon og opplæring

Informasjon om hvordan helsetjenesten fungerer – fra inntak/innleggelse, via behandling til utskrivning og oppfølging – må gis så tidlig som mulig, og informasjon som er gitt tidlig i et behandlingsforløp, må om nødvendig gjentas underveis. Det må også gis tydelig informasjon om tilgjengelige tilbud, fagpersonenes vurderinger og forslag til behandling og/eller annen oppfølging.

Informasjonen må være god nok til at pasienten får et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse. Den må tilpasses pasientens forutsetninger og blant annet omfatte kunnskap om sammenhengen mellom stress-sårbarhet, symptomutvikling, diagnose, prognose og ulike behandlingsalternativer.

Det er viktig å legge til rette for god kommunikasjon, og helsepersonellet bør forsikre seg om at pasienten har mottatt og forstått den informasjonen som gis. Tilpasset informasjon må gis for hver ny fase i behandlingen, og det bør legges opp til at informasjon kan gis i en dialogsituasjon hvor pasienten får stille spørsmål, og komme med innspill og forslag, slik at en opplever en gjensidig forståelse og respekt. Det vil være hensiktsmessig at en fast kontaktperson følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet.

2.3 Pårørende

Pårørende vil kunne være sentrale samarbeidspartnere med den kjennskapen de har til pasienten, og de vil kunne ha rett til informasjon og medvirkning. Involvering av pårørende i utredning og behandling kan være med på å redusere risikoen for tilbakefall (12-14) og gi økt opplevelse av mestring og tilfredshet både hos pasient og pårørende (15).

Opplysninger om pasienten er imidlertid som hovedregel underlagt taushetsplikt, jf. helsepersonelloven (16) § 21, og rett til medvirkning og informasjon forutsetter derfor samtykke fra pasienten eller lovhjemmel. Pårørendes rettigheter, herunder retten til informasjon, er nærmere omtalt i veilederen *Pårørende – en ressurs* (17). Veilederen beskriver hvordan gode rutiner som sikrer ivaretagelse av pårørendes rettigheter, ønsker og behov, kan etableres i virksomhetene.

2.3.1 Pårørende til ungdom

4	Foresatte til pasienter/brukere mellom 16 og 18 år må få den informasjonen de har rett på, slik at de kan utøve foreldrerollen på en god måte. Samtidig må den unges behov for uavhengighet ivaretas.	A
---	---	---

Unge pasienter er i større grad enn voksne pasienter en del av et daglig familiesystem. Balansegangen mellom tilhørighet og avhengighet til familien og ungdommens løsrivelsesprosess må derfor vurderes kontinuerlig. Ungdom er også i stor grad avhengig av familien sin. For en ungdom vil det derfor ha stor betydning å trekke familien inn i behandlingen, slik at en kan 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 i en barneverninstitusjon. I begge

tilfeller er det viktig å tilrettelegge for et sammenhengende tjenestenettverk. Hjelpemidlene må da forholde seg både til barnevernet og de biologiske foreldrene som pårørende. Hvis det er konflikt mellom disse partene, er det viktig at de får hjelp til å samarbeide om å hjelpe ungdommen.

Juridisk er det et viktig skille ved 16 år. Ungdom over 16 år kan selv samtykke til helsehjelp og dermed selv oppsøke helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 4-3. Foreldrene skal da som utgangspunkt ikke informeres om hjelpen som gis, jf. reglene om taushetsplikt, helsepersonelloven (16) § 21.

Det er imidlertid gjort unntak for tilfeller der informasjon til foreldrene er nødvendig for at disse skal kunne oppfylle foreldreansvaret, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3-4 tredje ledd. Opplysninger om selvmordsfare, innleggelse på institusjon på grunn av alvorlig psykisk sykdom eller rus vil falle inn under dette unntaket. Se også kommentarer til § 2-1 i Helsedirektoratets rundskriv til psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen (18).

2.3.2 Barn som pårørende

Barn av foreldre med psykoselidelse er utsatte og sårbare, og foreldre som er i en vanskelig situasjon kan trenge hjelp til å ta vare på barna. Helsepersonell er derfor pålagt en særlig plikt til å bidra til å dekke barnas behov for informasjon og nødvendig oppfølging som et resultat av forelderens tilstand. Dette er lovfestet i helsepersonelloven (16) § 10a. Videre gir helsepersonelloven hjemmel for at informasjon om pasienten kan gis videre til samarbeidende personell når det vurderes som nødvendig for å ivareta pasientens barn, med mindre pasienten motsetter seg det, jf. helsepersonelloven § 25 tredje ledd.

I tillegg fastsetter spesialisthelsetjenesteloven (9) § 3-7a en plikt til å ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke. Dette er nærmere omtalt i Helsedirektoratets rundskriv *Barn som pårørende* (19).

Barn av foreldre med alvorlige psykiske lidelser er mer utsatt for å utvikle psykiske problemer selv. Helsepersonell bør derfor snakke med pasienter med psykoselidelser om hvordan barna deres har det. Det bør snakkes om hvordan en kan legge til rette for at barna skal trives, og om hvilken informasjon barna bør få om mor eller fars problemer. Mange vil være bekymret for at de ikke strekker til overfor barna. Det er da viktig å støtte foreldrene i det de mestrer i foreldrerollen, og ikke utelukkende fokusere på det som er problematisk. De fleste pasienter ønsker at helsepersonell snakker med dem om barna deres, selv om det kan være et ømtålig tema.

Dersom det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, eller at det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, vil helsepersonell ha opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. helsepersonelloven (16) § 33 om unntak fra taushetsplikten. Dette er nærmere omtalt i *Rundskriv om helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten* (20).

2.4 Pårørendes roller og behov

3	Rutiner for samarbeid med pårørende må tilpasses det forholdet de har til pasienten, og fokusere på kunnskapsutveksling, veiledning og støtte.	B
---	--	---

Pårørende kan ha ulike roller. De kan være en kunnskapskilde, en omsorgsgiver, en viktig del av nettverket og nærmiljøet, og de kan også være pasientens representant i ulike fora. De fleste foreldre har flere av disse rollene 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. Fagpersoner må da være på vakt for ikke å stigmatisere dem som «vanskelige pårørende». Pårørende i krise og sorg må få oppleve å bli møtt med sjenerøsitet og inviteres til en dialog, slik at det kan legges til rette for en god samarbeidsrelasjon mellom alle parter.

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 som innebærer kunnskapsutveksling, veiledning, støtte og avlastning. Ved behov utover å få støtte til pårørenderollen må pårørende få hjelp til å søke behandling for egen del hvis det er behov for dette.

2.5 Brukerkompetanse og selvhjelp

I opptrappingsperioden for psykisk helse ble det lagt stor vekt på holdningsendringer og brukermedvirkning. Det innebærer å respektere brukernes erfaringer og den kunnskapen de har om egen situasjon og om hvordan de ulike hjelpetilbudene har fungert. Selvhjelp, både veiledet og selvorganisert, er rettet mot egenmestring og brukermedvirkning (21).

Ifølge [Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp](#) (22), ser det ut til 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](#) (23) drives av [Norsk selvhjelpsforum](#) (24), som er en rådgivnings- og samarbeidspartner for offentlige myndigheter/etater, interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner, fag- og forskningsmiljøer, offentlige bedrifter og enkeltmennesker. Hovedoppgavene til forumet er å utvikle og formidle endringsverktøy (selvhjelp) og 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 \(NASEP\)](#) (25) samarbeider med aktuelle aktører innen forskning og kunnskapsutvikling for å samle, systematisere og formidle bruker- og pårørendekunnskap. [Pårørende kompetanse](#) (26) har som hovedoppgaver å utvikle og implementere tiltak for pårørende ved å innhente, systematisere og formidle erfaringsbasert kunnskap. De tilbyr helseforetakene tjenester som hjelper fagpersoner med 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) (27) er kompetansebase for Bruker Spør Bruker. Senteret samarbeider med brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, forsknings- og utdanningsinstitusjoner om å utvikle arbeidsmetoder for å styrke fag- og tjenesteutvikling. De bidrar til å dokumentere brukererfaring og -kompetanse og tilbyr kurs og opplæring av brukere og fagpersoner.

3 Generelle prinsipper for god praksis

Verdigrunnlaget for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1) 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.

3.1 Etiske aspekter

Helsepersonell og andre tjenesteytere har et selvstendig ansvar for å gjennomføre arbeidet i tråd med lovverk samt faglige og etiske retningslinjer, jf. Helsepersonelloven (16) § 4. Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser gir grunnlag for en rekke etiske overveielser. Respekt for autonomi og brukermedvirkning er vektlagt i lovverk, forskrifter og andre sentrale føringer.

Å vise respekt er en forutsetning når en skal etablere gode relasjoner. Det er viktig å se pasienter/brukere som medmennesker med rett til selvbestemmelse og medvirkning. I relasjonen mellom tjenesteyter og pasient/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.

Opptrappingsplanen for psykisk helse, avsnitt 1.2, hadde følgende som en del av mål og verdigrunnlag:

«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.» (1)

Helsepersonell bør være åpne for pasientenes åndelige behov (28) og ha forståelse for at en pasient kan ha behov for samtaler med prest, imam, filosof eller behandler med egnet kompetanse. Det bør tilrettelegges for at slike samtaler kan gjennomføres.

3.2 Relasjonens betydning

3	Det må tilrettelegges for en god dialog og en god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson.	A
---	--	---

En god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson er en forutsetning for god utredning, behandling og oppfølging. En rekke studier viser at en god terapeutisk relasjon har

betydning for utfallet av behandlingen både poliklinisk og på institusjon (29). En fortrolig relasjon preget av tillit og grunnleggende enighet om målsettingen med behandlingen, oppfølgingen og de metodene som brukes, er derfor helt vesentlig. En god relasjon er preget av behandlerens empati, respekt, 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 pasienter/brukere og fagpersoner. Det blir da viktig at møtet skjer i en atmosfære av trygghet, forståelse og likeverd. Fagpersonen må legge vekt på å formidle håp og tro om at økt mestring er mulig, og det må tilrettelegges for at brukeren kan ta i bruk sine egne ressurser for å få et bedre liv.

Helsepersonell som får gode resultater i behandlingen, beskrives ofte som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive. God kommunikasjon og dialog mellom pasient/bruker og fagperson fordrer at begge parter er åpne og lydhøre overfor hverandre (30). Da kan fagkompetanse og brukerkompetanse utfylle hverandre.

3.2.1 Kontinuitet

2b	Kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av pasienter/brukere med psykoselidelser er sentralt og bør opprettholdes også i perioder med tilbaketrekning.	A
----	---	---

Kontinuitet i behandlingen er ansett for å være et helt sentralt og nødvendig element i behandlingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser (31). Det er imidlertid forsket lite på sammenhengen mellom kontinuitet i behandlingen og sykdomsforløp (prognose). Adair (32) har vist at kontinuitet var assosiert med høyere livskvalitet, bedre funksjon, lavere symptomnivå og høyere grad av tilfredshet med mottatte helsetjenester hos brukeren. En undersøkelse fra samme forskergruppe av en mulig sammenheng mellom kontinuitet i behandlingen og kostnader knyttet til behandlingen og oppfølgingen, viste at kostnadene var lavere når kontinuiteten ble bedret (33).

3.3 Bedringsprosesser (recovery)

Tidligere har ofte synet på mulighetene for bedring hos personer med alvorlige og langvarige psykoselidelser vært preget av pessimisme. Dette synet understøttes ikke i forskningslitteraturen, som tvert om viser at mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever bedring (34-36). Bedringsperspektivet, recovery, har særlig vokst frem etter deinstitusjonaliseringen innen psykisk helsevern, og ikke minst ved at brukere har fortalt bedringshistoriene sine.

Recovery kan beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse. Den individuelle bedringsprosessen er personlig og unik, men samtidig også avhengig av grunnleggende forhold i livet som bosituasjon, nærmiljø, arbeidsmuligheter og sosial tilhørighet. Recovery-orientert praksis vektlegger denne holdningen og retter oppmerksomheten mot det som er viktig for den enkelte, hvordan kriser og problemer kan håndteres, og hva som øker mulighetene for å oppleve mestring.

3.4 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 gir 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 pasientenes genetiske variasjon i ulike etniske grupper
- 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 tilgjengelige for ulike grupper i befolkningen. Det kan også være aktuelt med annen kunnskap om hvordan en samarbeider med familie og nettverk. Det er flere miljøer som arbeider med minoritetshelse og/eller flyktnings helse, og som kan bistå med kompetanse. [Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress \(NKVTS\)](#) (37) har forskningsprosjekter om flyktnings helse og traumatiserte flyktninger som ett av senterets kjerneområder. De regionale ressurs-sentrene for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har som oppgave å bidra til å bygge opp kompetansen i tjenesteapparatet gjennom opplæring, kurs og veiledning. I tillegg er [Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse \(NAKMI\)](#) (38), en sentral kilde til informasjon og veiledning omkring kultursensitive tjenester.

4 Forebygging og tidlig oppdagelse

1b	Opplysnings- og informasjonsprogrammer bør utarbeides, i samarbeid med brukerorganisasjonene, for å redusere stigmatisering og oppdage psykoser på et så tidlig tidspunkt som mulig.	A
1b	Varigheten av ubehandlet psykose bør være så kort som mulig, og helst ikke over 4 uker, slik at behandling kan settes inn tidlig og øke mulighetene for tilfriskning.	A

Helsefremmende og forebyggende arbeid som bidrar til god psykisk helse, gjøres i hovedsak av andre enn helsetjenestene, og alt som kan medvirke til god utvikling i oppveksten og voksen alder er av betydning. Kunnskap om hva som fremmer god psykisk helse og forebygger utvikling av psykiske lidelser, er viktig både i familier, blant venner, skolekamerater, arbeidskolleger, de som arbeider i skolen eller er ledere i arbeidslivet og generelt i befolkningen.

Det er svært viktig å tilrettelegge for at personer som utvikler, eller er i fare for å utvikle, en psykose, kommer raskt til utredning og behandling (39). Varigheten på ubehandlet psykose (VUP), fra første tegn på psykose og til behandling gis, er i den vestlige verden oftest mellom ett og to år (40). Sammen med en tidlig fase / førsykdomsfase (prodromalfase) før en VUP på i gjennomsnitt ett år, innebærer det at unge mennesker som utvikler en psykose, ofte går ubehandlet i to til tre år (41). Ved hjelp av omfattende opplysningskampanjer kan en redusere varigheten på ubehandlet psykose i et samfunn fra opptil flere år til bare noen uker eller få måneder (42;43).

Tidlig behandling med kort varighet på ubehandlet psykose ser ut til å gi bedre prognose og redusere selvmordsfaren. Det synes sikkert at en kan oppnå sekundærforebygging gjennom at adekvat behandling tilbys tidlig i sykdomsutviklingen (44;45).

Flere forskningsprosjekter har også vist at det kan være mulig å primærforebygge utvikling av psykoselidelser ved å intervenere i den såkalte *prodromalfasen*, dvs. forstadiet til senere psykoseutvikling. Det er for tidlig å si om disse forskningsresultatene kan overføres til vanlig klinisk praksis (46).

Det norsk-dansk-amerikanske forskningsprosjektet TIPS-prosjektet (Tidlig intervensjon ved psykose) har bidratt vesentlig til denne nye og viktige kunnskapen (47). TIPS-prosjektets resultater etter 10 års oppfølging, viser at sjansen for å oppnå recovery, bedømt med strenge kriterier, er over dobbel så stor når en kommer fra et sted med strategier for tidlig oppdagelse og kort VUP, sammenlignet med steder med lengre VUP. Dette gjelder selv om forskjellene i VUP ikke var store (48). Flere undersøkelser viser at det, på gruppenivå, er økende grad av uheldig forløp med økende varighet av ubehandlet psykose. En ser en gradvis uheldig utvikling allerede fra 7 dagers varighet av ubehandlet psykose, og studien viser at forløpet blir dårligere når VUP er over 3 måneder (49;50).

Skolen har en viktig rolle når det gjelder å oppdage mulig utvikling av psykose hos unge. Dette gjelder særlig i videregående skole og høyskole/universitet. Lærere og rådgivere trenger kunnskap om hva som kan være tidlige tegn på mulig psykoseutvikling, og må lære å ta slike tegn på alvor. Lærere kan oppdage at «noe ikke stemmer» hos en elev, og i samarbeid med familien, vurdere kontakt med helsetjenesten for oppfølging. Skolehelsetjenesten, fastlegen og/eller kommunepsykolog/psykisk helsearbeider vurderer så situasjonen og henviser videre til psykisk helsevern ved behov.

Opplysnings- og informasjonsprogrammer er en forutsetning for å kunne oppdage psykoser hos unge. Slike programmer bør utarbeides i nøye samarbeid med brukerorganisasjonene. Aktuelle målgrupper for disse informasjonsstrategiene er det generelle publikum, pasienter og pårørende, skolen (rådgivere, klasseforstandere og elever), fastleger, kommunepsykologer, helsesøstre, NAV, spesialisthelsetjenesten og eventuelt andre instanser (47;51).

5 Samtidige lidelser (komorbiditet)

1b	Samtidige lidelser/tilstander bør identifiseres og behandles for å redusere negativ innvirkning på behandlingsresultatet og pasientenes prognose.	A
----	---	---

Komorbiditet kan defineres som samtidig tilstedeværelse av én eller flere psykiske lidelser eller somatiske tilstander utover hoveddiagnosen (52). Komorbide psykiske tilstander er hyppig forekommende hos pasienter med psykoselidelser. De komorbide psykiske lidelsene hos pasienten må identifiseres og behandles så tidlig som mulig, ettersom komorbide lidelser har en negativ innvirkning både på prognose og resultatet av behandlingen av psykoselidelsen (52;53).

De mest aktuelle psykiske komorbide tilstandene hos pasienter med en psykoselidelse er angstlidelser, depressive lidelser, personlighetsforstyrrelser og rusmiddelmissbruk. Komorbide lidelser blir ofte ikke oppdaget i den kliniske praksisen, fordi behandlere bruker ustrukturerte intervjuer i utredningen og vurderingen av pasienten. Det er derfor viktig at en antar at komorbiditet er regelen framfor unntaket, og at det gjøres en strukturert vurdering både av psykosesyntomene og eventuelle komorbide tilstander (52). Siden forekomsten av komorbide lidelser ved psykoser er høy, anbefales det å bruke strukturerte kartleggingsinstrumenter i utredningen (se kapittel 7 om utredning av samtidige lidelser / komorbide tilstander).

5.1 Komorbiditet ved tidlig debut

Komorbid og differensialdiagnostiske tilstander kan overlappe, og bør vurderes samtidig. Jo tidligere psykosedebut, desto mer vanlig er en del komorbide tilstander (54), for eksempel separasjonsangst, ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse og depresjon (55-57). Både selvskadning og rusproblemer forekommer hyppig som tilleggssymptomer. Det er også rapportert stor grad av tvang/rigiditet (58), sosiale og emosjonelle vansker (59) og språkvansker (60). Utviklingsforstyrrelser er vanligere hos unge med psykose (54). Det er mye som tyder på at mange av de som utvikler psykose i barndommen/ ungdommen, har hatt en svak fungering før sykdommen (premorbid fungering), tankeforstyrrelser, tilbaketrekning og sosiale vansker tidlig i livet (55;59;61-66). 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 schizofreni er affektive lidelser, depresjon, OCD (tvangslidelse), PDD / Aspergers syndrom og dissosiative tilstander (67-69). Affektive lidelser hos unge er i større grad enn hos voksne ledsaget av psykosesyntomer, men i motsetning til ved schizofreni er psykosesyntomene mer stemningskongruente. Sammenlignet med schizofreni har unge med en affektiv lidelse mindre grad av utviklingsmessige avvik og premorbide vansker. Snikende utvikling er mindre vanlig, og barn med affektiv psykose viser ofte mer vitalitet enn unge med schizofrenidiagnose (70).

Tvangssymptomer kan være en konsekvens av rigiditet og svekket evne til problemformulering, planlegging og gjennomføring av oppgaver (eksekutive funksjoner), som en ofte ser ved schizofreni. Det kan til tider være vanskelig å differensiere mellom denne formen for tvang og påtrengende tanker og ritualistisk atferd som ses hos barn med tvangslidelser (OCD) (69). Hallusinasjoner og vrangforestillinger er som regel ikke til stede ved OCD, men det er rapportert om tilfeller der det som ser ut til å være schizofreni, har vist seg å være en tvangslidelse (58). Som regel vil barn med OCD erkjenne symptomene som irrasjonelle produkter av egen tenkning og ønske å bli kvitt dem, mens psykosesymptomer oppstår mer uavhengig av pasientens kognitive prosess (69).

Å skille mellom psykose og dissosiasjon kan også være krevende, og nyere forskning viser at det i mange tilfeller er en sammenheng mellom traumer og utvikling av psykose (71;72). I følge stress-sårbarhetsmodellen kan det å oppleve et traume være en miljømessig risikofaktor for psykose hos personer som har en biologisk sårbarhet.

Videre er det særlig viktig å vurdere mulige organiske årsaker ved psykose hos unge, for eksempel nevrologiske og genetiske lidelser (54). Ved nevrologiske utfall, autonome forstyrrelser og varierende bevissthetsnivå kan dette være særlig sentralt (54).

5.2 Angstlidelser og belastningslidelser

De vanligste samtidige angstlidelsene hos pasienter med psykoser er posttraumatisk stresslidelse (PTSD), sosial fobi, tvangslidelser (OCD), generalisert angst (GAD) og panikk lidelse. Ved schizofreni er PTSD den samtidige lidelsen som ser ut til å ha høyest forekomst, etterfulgt av sosial fobi, OCD, GAD og panikkangst (73;74).

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 av sosial og arbeidsmessig fungering, økte psykosesymptomer og en økt risiko for rusproblemer (75-80) (se kapittel 7 om utredning).

5.3 Depressive lidelser

Depressive symptomer og depressive lidelser har høy komorbid forekomst ved psykoser. Prevalenstillene varierer mellom 30 % og 75 %, avhengig av hvilket utvalg en studerer og hvilke kriterier en bruker for å definere hva som menes med depressive lidelser (81). Depressive fenomener, for eksempel dysfori og en sterk håpløshetsfølelse, er også vanlige hos pasienter som har psykoselidelser, uten at disse symptomene oppfyller kriteriene for en depressiv lidelse (81). Det å ha en psykoselidelse over tid kan også innebære tap av funksjoner og livsmuligheter, noe som fører til en naturlig sorgreaksjon. Videre kan reguleringen og forståelsen av egne følelser bli påvirket, særlig hos unge med mindre følelsesmessig modenhet.

Forekomsten av samtidige depressive lidelser ved psykose ser ut til å være assosiert med en økning i antall psykotiske tilbakefall, dårligere sosial fungering, kognitive svekkelser, dårligere respons på antipsykotiske legemidler, rusmiddelmisbruk, dårligere prognose for psykoselidelsen og en økning i selvmord og selvmordsforsøk (82) (se kapittel 7 om utredning).

5.4 Personlighetsforstyrrelser

Det er vanlig å dele personlighetsforstyrrelser (PF) inn i grupper (cluster). Norge er gjennom medlemskapet i WHO forpliktet til å følge det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (83). I forskningssammenheng brukes ofte det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV (84), som 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 som lettere, herunder hører unnvikende, tvangsmessig og avhengig PF

Paranoid PF, schizotyp PF og schizoid PF har lenge vært regnet som en av flere lidelser innenfor schizofrenispekteret (85). Til forskjell fra mange andre komorbide psykiske lidelser hos pasienter med psykoselidelser, har personlighetsforstyrrelser fått relativt liten forskningsmessig oppmerksomhet. En oversiktsartikkel antyder likevel at prevalensen av komorbiditet relatert til PF og psykoselidelser ligger rundt 40 %, selv om variansen er stor mellom de ulike studiene som er inkludert (86). Antisosial PF er den personlighetsforstyrrelsen det har blitt forsket mest på når det gjelder komorbiditet mellom PF og psykoselidelser. En slik form for komorbiditet ser ut til å medføre en økt risiko for rusmiddelmisbruk og rusmiddelavhengighet samt ser ut til å gi en økning i kriminell atferd (87). Kortvarige psykosesymptomer er også et vanlig symptom ved ustabil personlighetsforstyrrelse, og så mange som 50 % av pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse har rapportert om hørselshallusinasjoner (88).

Studier tyder på at personlighetsproblematikk i tidlig voksen alder øker risikoen for å utvikle psykoselidelser senere i livet, og det er foreslått at det kan være en felles underliggende sårbarhetsfaktor for begge disse psykiske lidelsene (89). Personlighetsproblematikk kan også være en del av symptombildet ved psykoselidelser, slik at det blir vanskelig å skille PF ut som en separat lidelse (86). Pasienten bør ut av en akutt psykosefase før personlighetsforstyrrelser kartlegges (se kapittel 7 om utredning).

5.5 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (PDD), inkludert Aspergers syndrom

De gjennomgripende utviklingsforstyrrelsene er kjennetegnet av medfødte kvalitative avvik i sosiale samspill og kommunikasjonsmønster og av et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering i alle typer situasjoner.

Tegn som isolasjon, nedsatt sosial kompetanse, nedstemthet, initiativløshet, svak øyekontakt, følelsesmessig dysregulering og særegent språk kan være til stede både ved PDD så vel som ved schizofreni (90). Det er funnet at personer med Aspergers syndrom

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.

har større grad av tankeforstyrrelser og desorganisert tenkning. Feildiagnostisering kan derfor skje begge veier (90;91).

Det er en fare for at psykosesyntomer i for stor grad oppfattes som en del av en utviklingsforstyrrelse eller feilvurderes fordi de framtrer som atypiske hos personer med utviklingsforstyrrelser. Det er identifisert en gruppe som både har gjennomgripende utviklingsforstyrrelser / Aspergers syndrom og ulike psykoselidelser (92-94). Denne gruppen er spesielt utsatt for å utvikle stemningslidelser (93).

Differensialdiagnostikk ved psykoser og utviklingsforstyrrelser krever spesialkompetanse (94;95) og fordrer grundige opplysninger som vektlegger utviklingshistorikk, for at en skal kunne avklare i hvilken grad symptomene har vært en del av den permanente fungeringen, eller om de har oppstått på et senere tidspunkt (96). Nylig har man identifisert en undergruppe barn/ungdom med Multiple Complex Developmental Disorder, som har en overhyppighet for utvikling av psykose senere i livet (97;98). Flere nyere studier har funnet delte biologiske funn mellom psykose og autisme, og mange mener at en bør revurdere muligheten for at lidelsene er mer relaterte enn det en mener i dag (99).

5.6 Rusmiddelmissbruk og rusproblemer

Personer med psykoser bruker i større grad illegale rusmidler og alkohol enn normalpopulasjonen (100-104). Livstidsforekomsten av rusmiddelbruk har vært rapportert å være så høy som 40 til 50 % i enkelte pasientgrupper (101;103-107), men det finnes betydelige kulturelle forskjeller (107). I Norge har livstidsraten vært rapportert til 45 % for cannabismisbruk hos pasienter med schizofreni (108) og 62,5 % for rusmiddelmissbruk hos inneliggende pasienter med primær psykoselidelse (109). Videre er det rapportert 44 % høyere misbruk av illegale stoffer blant pasienter med diagnosene schizofreni og bipolar lidelse sammenlignet med normalpopulasjonen (110). Forekomsten av ruslidelser (både rusutløst psykose og rusmiddelbruk ved psykoser) er særlig høy i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (111). Hos unge er samtidig rusmiddelbruk hyppig forekommende. En oversiktsartikkel viser at minst 1/3 av ungdom med diagnosene schizofreni eller schizoaffektiv lidelse har problemer med rusmiddelmissbruk, spesielt alkohol og cannabis (112).

Samtidig rusmiddelmissbruk ved psykoser er av stor klinisk betydning, fordi det har en negativ effekt på prognosen og kan påvirke valget av behandling og oppfølging. Studier har rapportert om lengre psykoseepisoder, oftere tilbakefall og rehospitalisering, økt symptomtrykk samt senket funksjonsnivå og behandlingsmotivasjon (101;113-115). Alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmissbruk øker også risikoen for voldsbruk (116;117).

Cannabis (hasjissj og marihuana) er et særlig hyppig brukt rusmiddel hos personer med schizofrenidiagnose (107;118). Det er funnet en sammenheng mellom bruk av cannabis i ungdomstiden og senere utvikling av schizofreni (119) og psykosesyntomer (120-126). Cannabisbruk blir i dag av flere forskere vurdert som en risikofaktor for schizofreni og ikke bare et resultat av en «selvmedisinering» (127;128). En har estimert at personer som har brukt cannabis, har en økt risiko på omtrent 40 % for å utvikle psykose (128).

De fleste som har brukt cannabis, utvikler imidlertid ikke psykose. Det er mulig at personer som har utviklet psykose etter cannabisbruk, er særlig sensitive for den negative effekten av det psykoaktive stoffet THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) i cannabis. Dette støttes av studier av høyrisikogrupper (129;130), genetiske studier (131-133) og farmakologiske studier (134). En ny gruppe med rusmidler betegnet som «syntetisk cannabis» brukes i økende grad, og kan være mye mer potent enn vanlig cannabis. Det er trolig at slike rusmidler derfor kan gi en særlig risiko for psykose. Personer som er vurdert til å være sårbare for å utvikle psykose eller har hatt en psykoseepisode, bør få konkret informasjon om at bruk av cannabis vurderes å gi økt risiko for psykose. Også andre illegale stoffer, blant annet sentralstimulerende rusmidler (amfetamin, metamfetamin, kokain, ecstasy) eller hallusinogener med psykoseimiterende effekter (LSD og fleinsopp) kan medføre økt risiko for psykose.

Erfaringsmessig har personer med psykoselidelser et stort alkoholforbruk, enten som en del av et blandingsmisbruk eller alkohol alene. Dette har negativ effekt og bør være et sentralt tema i oppfølgingen og behandlingen av pasienter (se kapittel 7 om utredning og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP-lidelser) (135).

Ved behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales det å ha et samtidig fokus på både rus og psykose (integriert behandling). Dette er i tråd med oppdaterte behandlingsråd for ROP-lidelser (135-137), se for øvrig kapittel 8 Behandling og oppfølging.

5.7 Samtidige somatiske lidelser

Det er påvist økt forekomst av somatiske tilstander som ulcerøs kolitt, hjerte- og karlidelser og diabetes hos pasienter med psykoselidelser. Hjerte- og karsykdommer, mage- og tarmsykdommer, endokrine forstyrrelser og luftveissykdommer bidrar til høyere dødelighet hos personer med psykoselidelser enn hos befolkningen forøvrig.

En betydelig reduksjon i forventet levealder er felles for alle alvorlige psykiske lidelser, i snitt er redusert levealder ca. 20 år (138).

Årsaksforholdene er ikke endelig kartlagt, men data tyder på at pasienter med misbruksrelaterte lidelser har kortest levetid, etterfulgt av pasienter med schizofreniforme lidelser og personlighetsforstyrrelser. Hjertesykdom, andre somatiske lidelser og selvmord er de hyppigste årsakene til en tidlig død. Røyking, inaktivitet og overvekt er viktige årsaksfaktorer. Det er omdiskutert hva slags rolle behandling med antipsykotiske legemidler spiller i denne sammenhengen. Noen antipsykotiske legemidler gir overvekt som et resultat av bivirkninger, mens andre ser ut til å ha en beskyttende effekt mot for tidlig død (139).

Det at pasienten har en psykoselidelse kan bidra til å gjøre pasienten og helsepersonellet mindre oppmerksom på forhold knyttet til den fysiske helsen. Det er derfor avgjørende at helsepersonell følger opp tegn på somatisk lidelse hos denne pasientgruppen.

6 Kompliserende faktorer ved psykoselidelser

6.1 Psykiske traumer og sårbarhet for utvikling av psykose

Etter en traumatisk hendelse vil mange oppleve ulike psykiske reaksjoner, men de fleste kommer seg etter kort tid (140). Det ser ut til å være en sammenheng mellom antallet opplevde traumatiske hendelser, traumets alvorlighetsgrad og risikoen for å utvikle psykiske problemer i ettertid (72). Traumer er en risikofaktor for mange psykiske lidelser. Den generelle sårbarheten og motstandskraften hos den traumatiserte vil i stor grad bestemme hvordan traumet påvirker personen.

Traumatiske hendelser i fortid eller nåtid ser ut til å spille en rolle når det gjelder utvikling og opprettholdelse av psykosesymptomer. Hos personer som er mer sårbare for å få psykose, kan et opplevd traume representere en betydelig risiko for å utvikle en psykoselidelse i etterkant (72). Oversiktsartikler viser blant annet at fysisk mishandling, mobbing og/eller seksuelt misbruk i barndommen er relatert til en økt psykoserisiko i voksen alder (141-144). Personer med psykoselidelse har også økt forekomst av tilleggsproblemer knyttet til opplevde traumer (145-148).

På bakgrunn av forskning på sammenhengen mellom traumer og psykose (149), kan en anta at de mulige relasjonene mellom traumer og psykoser kan være av forskjellig art (72):

- Traume kan bidra til å utvikle en psykoselidelse og spille en viktig rolle i opprettholdelsen av denne.
- Opplevelsen av å være i en psykose er i seg selv traumatisk, og pasientene kan være sårbare for å utvikle posttraumatiske symptomer som 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 viser at det er en sammenheng mellom traumer og psykoselidelser, trenger ikke dette bety at det er en direkte årsakssammenheng. Mange personer utvikler en psykose uten å ha vært utsatt for påvisbare objektive traumatiske opplevelser, og mange som opplever traumatiske hendelser, blir ikke psykotiske.

Basert på forskningen som viser en sammenheng mellom traumer og psykoser, bør spørsmål om traumer inngå i vurderingen av pasienten (72), se kapittel 7 om utredning av traumatiske hendelser.

6.2 Selvmordsrisiko

Selvord regnes som den viktigste årsaken til for tidlig død blant pasienter med psykoselidelser. Studier antyder at livstidsforekomsten av selvmord hos personer med schizofrenilidelser ligger på 4–5 % (150;151). Selvmordsfaren ser ut til å være høyest i ung alder og tidlig i sykdomsfasen, og forskningsdata angir at 15–25 % av pasienter med schizofreni har forsøkt å ta selvmord i tiden forut for første behandlingskontakt (152).

Det er flere felles risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved psykoselidelser og andre psykiske lidelser. Likevel ser det ut til at enkelte faktorer er mer spesifikt relatert til psykoselidelser (150;151). Hvis flere av disse risikofaktorene er til stede på samme tid, er det en økende statistisk sjans for et selvmord eller selvmordsforsøk hos pasienten. De viktigste psykospesifikke risikofaktorene er gjengitt i tabellen nedenfor.

Risikofaktorer for selvmord og selvmordsforsøk ved psykoselidelser

- unge menn (18–30 år)
- tidligere selvmordsforsøk og selvmordsplaner
- depresjon og håpløshetsfølelse
- bruk av rusmidler
- sosial isolasjon (liten støtte fra familien, problemer relatert til sosial funksjon og samspill med andre)
- negative antagelser om psykoselidelsen (liten tro på tilfriskning)
- nylig utskrivelse fra psykisk helsevern
- psykosesyntomer (akutt forverring eller paranoide symptomer)
- dårlig etterlevelse av behandling
- dårlig kvalitet på behandlingen som tilbys pasienten

Depressive symptomer og bruk av rusmidler er vanlig forekommende i tidlige faser av sykdomsforløp og bidrar til økt selvmordsrisiko. Generelle faktorer, som følelsen av håpløshet, mindreverdighet og ensomhet, er også med på å forhøye risikoen for selvmord og selvmordsforsøk i pasientgruppen (45). En høy grad av sykdomsinnsikt ser ut til å øke risikoen gjennom faktorer som negative antagelser om egen lidelse (liten tro på tilfriskning og at lidelsen kan kontrolleres) og negative tanker (håpløshet) når det gjelder fremtiden (44;45). Et symptombilde preget av hallusinasjoner ser også ut til å innebære høyere selvmordsrisiko (153), se kapittel 7 om utredning av selvmordsrisiko.

Alt som bedrer pasientens framtidsutsikter, minsker sjansen for selvmord eller selvmordsforsøk (150), og pasienten bør derfor komme tidlig til behandling og få en så optimal behandling som mulig for psykoselidelsen. Det er viktig å ha fokus på reduksjon av depressive symptomer og rusmiddelmisbruk. I en norsk litteraturgjennomgang om ulike behandlingstiltak for å forebygge selvmord (151), er følgende vektlagt:

Selvordsforebyggende tiltak for mennesker med psykoselidelser

- en god terapeutisk allianse
- å skape håp for fremtiden
- en planlagt overgang ved utskrivning og god oppfølging
- involvering av familie og nettverk i behandlingen

6.3 Risiko for voldsbruk knyttet til psykoselidelser

Forskning viser at enkelte faktorer øker risiko for voldsbruk. Disse er rusmiddelmissbruk, massive paranoide forestillinger om forfølgelse, kommanderende voldsfremmende stemmer og en ubehandlet psykoselidelse. Det ser ut som hallusinasjoner eller vrangforestillinger alene ikke er en faktor som øker risikoen for voldsbruk, men heller styrken på det følelsesmessige ubehaget symptomene vekker (154;155), noe som igjen øker voldsrisikoatferd. Gjennomgående kan en si at symptomets kvalitet, styrke og det ubehaget symptomet gir, er den viktigste volds-katalysatoren og risikoindikatoren. Personer som har en schizofrenidiagnose, uten rusmiddelproblemer, har i gjennomsnitt dobbelt så stor risiko for å begå voldshandlinger som personer uten psykiske problemer (156). Risiko for voldsbruk er en dynamisk størrelse som endrer seg over tid og fra situasjon til situasjon.

Drapsofrene til de med en schizofrenidiagnose er oftere familiemedlemmer enn ofre til personer som ikke er psykisk syke. Samtidig er det viktig å understreke at antall drap begått av personer med en alvorlig sinnslidelse i Norge per år, er veldig lavt, og dette tallet har vært synkende siden begynnelsen av 1980-tallet (157).

Undersøkelser gjort av en australsk forskergruppe, viser at risikoen for voldsbruk ved ubehandlet psykose er 15 ganger høyere enn etter at pasienten har startet en adekvat behandling (158).

Tidlig oppdagelse og behandling av psykoselidelser er viktige faktorer for å forebygge/ redusere voldsbruk blant personer med psykoser. Behandling av rusmiddelproblemer er en annen viktig faktor når det gjelder å redusere risikoen for voldsbruk hos personer med psykoselidelser.

7 Utredning

1b	Psykiske lidelser, herunder psykoselidelser, utvikler seg i faser, og utredningen, behandlingen og oppfølgingen må være fasespesifikk og individuelt tilpasset.	A
3	Utredningen av psykoser hos unge må ta hensyn til utviklings- og evnenivået deres samt til at variasjonen i symptom- og funksjonsnivå er større og at det kliniske bildet er mindre differensiert i denne aldersgruppen.	B
2b	Utredningen bør skje i henhold til en utrednings- og behandlingslinje med en anbefalt tidsakse for de ulike utredningsinstrumentene.	A
4	Spesialiserte tidligintervensjons- eller psykoseteam bør ha tilstrekkelig kompetanse på og erfaring med denne pasientgruppen, slik at kompleksiteten knyttet til differensialdiagnostiske vurderinger og samtidige lidelser ved psykose fanges opp.	D

Ved mistanke om psykoseutvikling og ved psykoselidelser er det nødvendig med en bred utredning. For å sikre best mulig kvalitet på 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 må legge like stor vekt på ressurser og mestring som sykdomstegn. Resultatene av utredningen kan avdekke behov for tjenester fra flere ulike tjenestesteder.

Med regelmessige mellomrom må diagnose, psykososial fungering og remisjonsstatus vurderes for å sikre at behandlingen og oppfølgingen er optimal med hensyn til pasientens behov. Ved reinnleggelser må utredningen vektlegge behandlingseffekt, sårbarhetsfaktorer og stressselementer.

Barn og unge med tidlige tegn på begynnende alvorlig psykisk lidelse bør henvises videre til psykisk helsevern for barn og unge for å få en spesialisert utredning. De kommer ofte først i kontakt med helsestasjonen eller skolehelsetjenesten, som henviser dem til fastlegen for vurdering. En sentral utfordring er å vurdere når barn og unge med psykiske symptomer kan ivaretas i kommunen og når symptomene er tegn på en psykoseutvikling som bør utredes og behandles i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen av barn og unge skal skje i samarbeid med foreldre/foresatte etter gjeldende regelverk.

For personer som har hatt en akutt, forbigående psykose og fått behandling i spesialisthelsetjenesten, vil det som oftest være tilstrekkelig med videre behandling og oppfølging fra fastlege.

Utredning av personer med psykoselidelser har flere formål:

- Å avklare om det dreier seg om en primær psykoselidelse, samt type lidelse og alvorlighetsgrad. En viktig del av denne utredningen ved førstegangskontakt går derfor ut på å utelukke andre årsaker til symptomene pasienten opplever.
- Å avklare omfanget og alvorlighetsgraden av symptomene og funksjonsnivået og følge utviklingen av det kliniske bildet for å vurdere behandlingseffekt.

- Å kartlegge andre typer symptomer og komplikasjoner som er vanlige ved psykose- lidelser. Dette gjøres for å forebygge komplikasjoner og tilrettelegge for behandling og oppfølgingstiltak.
- Å kartlegge faktorer som kan utgjøre en risiko i behandlingsforløpet.

Utredningen bør inneholde:

- En grundig anamnese med innhenting av opplysninger fra alle tilgjengelige relevante kilder til informasjon, først og fremst pårørende, men også andre relevante instanser som er viktige i personens livssituasjon. Dette må skje i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven (16) kapittel 5, se spesielt §§ 21 og 22.
- Struktureerte intervjuer/spørreskjemaer om spesielt viktige områder, slik at en kan gjøre en systematisk vurdering av symptomenes alvorlighetsgrad, funksjonsnivået og andre tilhørende problemer.
- Somatiske undersøkelser, relevante blodprøver og eventuelt MR av hjernen.
- Undersøkelse av kognitiv fungering og nevropsykologisk testing av ulikt omfang.
- Kartlegging av praktisk og sosial fungering, skole/arbeid, livssituasjon og sosialt nettverk.

Skjemaer og intervjuer som er anbefalt i retningslinjen, finnes i norsk utgave. De er kopibeskyttet, men de fleste kan benyttes uten vederlag i ordinære kliniske situasjoner. Dersom en ønsker oppdatert informasjon om bruksvilkår for det enkelte skjemaet, anbefales det å undersøke statusen for skjemaet på www.helsebiblioteket.no (159). Intervjuene som anbefales, krever at intervjueren har god diagnostisk basiskompetanse og opplæring i bruk av intervjuet.

Sjekkliste som utgangspunkt for utarbeidelse av lokale utrednings- og behandlingslinjer.

Sjekkliste for utredning og behandling av førstegangspsykose i spesialisthelsetjenesten

	Dag 1 - 3	Innen 1 uke	Innen 2 uker	Innen 1 mnd	3 måneder	1 år	2 år	Ved utskrivelse fra spes.h.tj.
F 20 - F 29	Anamnese og status Rekvirere blodprøver og MR Som atisk undersøkelse EEG ved mistanke om epilepsi Urinprøve Måle høyde, vekt, livvidde Gi skriftlig informasjon Kontakte pårørende etter avtale Legemiddel- vurdering Vurdere barnesamtale Oppstart tverrfaglig behandlings -plan	PANSS GAF VUP AUDIT DUDIT Familie -samarbeid evt. Barne -samtale Vurdere mulige samarbeids -instanser Rett til IP, evt oppstart IP	SCID I Tentativ tverrfaglig behandlings -plan	EEG ved indikasjon Somatisk oppfølging av evt. bivirkninger Revurdere tverrfaglig behandlings -plan Samarbeids -instanser er kontaktet (minimum 3 uker før utskrivelse)	Nevro -psykologisk screening WAIS ved indikasjon PANSS Evt. MMPI Vurdere remisjon	PANSS GAF	PANSS GAF	Vurdere remisjon PANSS GAF Epikrise i hånden Kriseplan Avklarte anbefalinger om videre behandling og oppfølging til: • Pårørende/ familie • Fastlege • Kommunale tjenester • NAV • Skole/arbeid Evt.IP Evt. ansvars - gruppe
F 10 - F 19	Følger samme linje bortsett fra: • Avklare om det er intoksikasjon • SCID I avventes til minimum 6 uker etter siste rusinntak • Legemiddel- behandling, se tabell i kap. 8.13							

Legemiddelbehandling og serummåling, se tabell i kapittel 8.13

Kunnskapsformidlende (psykoedukativt) familiesamarbeid

Kognitiv terapi, eventuelt annen individuell samtaleterapi

Miljøterapi ved døgnopphold

Musikkterapi, Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi, Sosial ferdighetstrening, Gruppeterapi, Kognitiv trening

7.1 Diagnostisk utredning

Hensikten med en diagnostisk utredning er å klarlegge hva slags tilstand som skal behandles. I den akutte fasen vil det først og fremst handle om å utelukke at det er somatiske årsaker til symptomene.

Disse årsakene kan for eksempel være delir, søvndeprivasjon, sansedeprivasjon, migrene eller søvnrelaterte psykoser. Det gjelder også ved alvorlige medisinske tilstander, som infeksjoner i sentralnervesystemet (encefalitt, meningitt, syfilis og AIDS) og andre sykdommer som påvirker sentralnervesystemet (eksempelvis Systemisk lupus, Adrenoleukodystrofi, MS, Huntingtons).

Ulike former for ulike smertetilstander, epilepsi, tumor og hodeskader kan i visse tilfeller også gi psykoselignende symptomer. Det er i tillegg flere legemidler som kan utløse psykosesyntomer, og ulike rusmidler kan gi ulike psykosesyntomer (160).

7.1.1 Anamnese

En strukturert, grundig registrering av pasientens historie og sykehistorie (anamnese) er kjernen i enhver utredning. Anamnesen bør inneholde familieforhold, kartlegging av fungering før sykdom (premorbid), utvikling av symptomer over tid og de konsekvensene symptomene har for den personlige, sosiale og arbeidsmessige fungeringen.

7.1.2 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 / MINI pluss (161) brukes mye for diagnostiske formål i Norge. Dette intervjuet har et enkelt oppsett. MINI gir imidlertid bare informasjon om hvorvidt pasienten har en psykoselidelse eller ikke, og har ingen modul for differensialdiagnostikk av psykoselidelser.

Ved differensialdiagnostikk er SCID-I (modul A til D) (162;163) et alternativ, men er mer komplisert i oppsettet og krever mer praktisk trening. Det gir DSM-IV-diagnoser, som må «oversettes» til ICD-diagnoser. I forskning brukes av og til intervjuet SCAN, som gir ICD-diagnoser. For å kunne ta i bruk SCAN må en ha deltatt i et forhåndsgodkjent treningsprogram.

Verktøy: MINI SCID-I (modul A til D)
--

7.1.3 Utredning av psykose hos barn og unge

Ved utredning av unge må utredningsinstrumenter som er utviklet for voksne, tilpasses de unges alder og evnenivå. Grundig anamnese er særlig viktig.

For diagnostisk utredning opp til 18 års alder anbefales Kiddie-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children - Previous and Lifetime version) (164). Kiddie-SADS-PL er et diagnostisk intervju for barn i alderen 6 til 18 år.

Intervjuet gjennomgår nåværende og tidligere episoder med psykopatologi etter kriterier i DSM-IV. Intervjuet er semistrukturert og består av en screeningdel og åtte tilleggshefter (affektive lidelser, psykoselidelser, angstlidelser, atferdsforstyrrelser, rusmiddelmisbruk, spiseforstyrrelser, tics/Tourettes syndrom og autismspekterforstyrrelser). Intervjuet skal gjennomføres av trente klinikere med god kjennskap til diagnostisering og brukes både for pasient og foreldre/foresatte. Instrumentet har god reliabilitet og validitet når det gjelder barnepsykiatriske diagnoser.

Utredning ved mistanke om psykose:

Noen ganger vil ikke de strukturerte intervjuene bekrefte at pasienten har en etablert psykoselidelse, men heller gi holdepunkter for at pasienten har vedvarende psykose-nære symptomer eller har hatt svært korte psykotiske gjennombrudd. Det vil si at pasienten er i høyrisiko for å utvikle psykose og bør tilbys oppfølging med hensyn til dette. For videre utredning kan Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) (165-167) være til nytte. Bruk av SIPS krever kompetanse i å vurdere kliniske symptomer og opplæring i bruk av intervjuet.

Verktøy:
Kiddie-SADS-PL
SIPS

7.1.4 Positive og negative symptomer

Sykdomsbildet ved psykoselidelser 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) (168) mest brukt. PANSS gir en vurdering av positive, negative og allmenne symptomer. Det finnes et grundig semistrukturert intervju som letter informasjonsinnhenting ved PANSS (SCI-PANSS). PANSS-intervjuet er kopi-beskyttet og lisensiert. Det vil si at en må kjøpe tillatelse til å bruke det. Et alternativ er Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (169). Den ordinære versjonen av BPRS vurderer primært positive og allmenne symptomer, men ikke negative symptomer. BPRS finnes fritt tilgjengelig på Helsebiblioteket.

Verktøy:
PANSS
BPRS

7.1.5 Depresjon og selvmordsrisiko

Graden av depressive symptomer vurderes i denne pasientgruppen mest enkelt og valid ved bruk av Calgary Depression Schizophrenia Scale (CDSS) (170). CDSS inkluderer ikke symptomer som er en del av det negative symptombildet, og vil derfor ikke overvurdere depresjonsgraden hos pasienter med stor grad av sosial tilbaketrekking. CDSS opererer med en totalskåre for hva som kan regnes som terskel for en klinisk depresjon, og kan brukes til å vurdere behovet for depresjonsbehandling. CDSS ledd nr. 8 vurderer graden av tanker og intensjoner knyttet til selvmord, og kan være et ledd i oppfølging av dette.

Alle pasienter skal, når de tas inn i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, kartlegges med hensyn til risikofaktorer for selvmord (jf. Nasjonal retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (171)), herunder faktorer som rusbruk, tidligere selvmordsforsøk, selvmord i familien, relasjonsbrudd, opplevd håpløshetsfølelse og negativ oppfatning av å ha en alvorlig psykisk lidelse.

Verktøy:
CDSS
Kartlegging av risikofaktorer for selvmord
Selvmordsrisikovurdering

7.1.6 Global fungering

Globalt symptomtrykk og funksjonsnivå siste uke måles gjennom bruk av Global Assessment of Functioning Scale (GAF), splittet versjon for funksjon og symptom (172). GAF gir et relativt grovt mål, men det er nyttig med tanke på å få gjort en rask måling av endring.

Verktøy:
GAF

7.1.7 Kognitiv funksjon

1b	Utredningen må ta hensyn til at kognitive vansker er vanlig ved psykose og ses hos en majoritet av pasienter/brukere diagnostisert med schizofreni. Pasienter informeres når dette er aktuell problematikk. Pårørende informeres når pasienten samtykker til det, eller når det foreligger hjemmel i lov.	A
2b	Pasienter med førstegangspsykose bør kartlegges med hensyn til kognitive vansker ved hjelp av et testbatteri som fanger opp mest mulig relevante kognitive funksjoner.	B

Det kan være vanskelig å vurdere det kognitive funksjonsnivået basert på klinisk observasjon og/eller selvrappotering. Det anbefales derfor å gjennomføre en nevro-psykologisk kartlegging tidlig i behandlingsforløpet for pasienter med førstegangspsykose. Dette vil være mest hensiktsmessig når den akutte psykosen er dempet. En kognitiv screening vil kunne vise om det er aktuelt med en mer omfattende funksjonsvurdering.

En omfattende kognitiv undersøkelse vil kunne gi utfyllende informasjon om funksjonsnivået, inkludert sterke og svake sider, samt behovet for tilrettelegging. En kognitiv undersøkelse kan ikke brukes diagnostisk eller si noe om årsaken til funksjonssvikten.

Testbatteriet bør settes sammen avhengig av tidsrammer og problemstilling. Det anbefales å sette sammen et testbatteri som fanger opp mest mulig av de relevante kognitive funksjonene, se avsnitt 12.4.3 om kognitive vansker. Det er også en fordel å bruke mange nok deltester fra vanlig brukte evnetester (WAIS-III/IV, WISC-IV eller WASI),

slik at generelt verbalt og perseptuelt (visuospatialt) evnenivå (IQ) kan estimeres. En slik evnetest i sin helhet er det optimale. Den er spesielt viktig for unge med henblikk på å unngå belastningen ved for store forventninger på skolen.

Tabellen på side 48 viser en oversikt over hyppig brukte tester til nevropsykologisk utredning ved psykose og schizofreni. Tabellen er i all hovedsak basert på svar på en forespørsel sendt til flere sentrale fagpersoner³ i Norge med spesialkompetanse på nevrokognisjon og schizofreni, med spørsmål om hvilke tester som ble brukt. Testene i tabellen er fordelt på 8 sentrale kognitive funksjoner, basert på tester som er tilgjengelige og i bruk i Norge. Alternative testvarianter er tatt med i tabellen der dette finnes. Det kan være hensiktsmessig å sette sammen testbatterier der alle de ulike kognitive funksjonene er representert. Validiteten til den nevropsykologiske undersøkelsen vil øke dess flere ulike tester som blir inkludert i testbatteriet fra hver funksjon.

Den kliniske testingen kan utføres av psykologer med opplæring i nevropsykologisk testing, men den som tolker resultatene, må ha både omfattende kompetanse i klinisk nevropsykologi og bred kunnskap om kognitive funksjoner ved psykose. Utredningen av kognitiv fungering kan med fordel samordnes med en ergoterapeututredning for å få en bedre forståelse av det generelle funksjonsnivået.

|||||

3 Pål Dåstøl, Wenche ten Velden Hegelstad, Aina Holmén, Vegard Oksendal Haaland, Nils Inge Landrø, Else-Marie Løberg, Bjørn Rishovd Rund, Kjetil S. Sundet, Torill Ueland, Anja Vaskinn, Merete Øie (i alfabetisk rekkefølge).

Kognitiv funksjon	Nevropsykologisk test	Alternative testvarianter der aktuelt
Verbale evner og problemløsning	Verbal flyt/COWAT*	«FAS» (bokstaver)/ Kategorier/D-KEFS
	Ordforståelse	WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI
	Likheter	WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI
	Verbal forståelsesindeks	WAIS-IV/III/WISC-IV
Perseptuelle (visuospatiale) evner og problemløsning	Terningmønster	WAIS-IV/III/WISC-IV/WASI
	Matriser (-resonnering)	WAIS-IV/III/WASI
	Perseptuell organiserings (resonnerings-indeks)	WAIS-IV/III/WISC-IV
	RCFT (Rey Complex Figure Test) kopiering	
	Raven matriser	
Verbal innlæring (umiddelbar gjenkalling)	CVLT-II (California Verbal Learning Test)	
Visuospatial innlæring (umiddelbar gjenkalling)	RCFT	
	BVRT-5 (Benton Visual Retention Test)	
Hukommelse over tid (utsatt gjenkalling)	CVLT-II	
	RCFT	
Oppmerksomhet	CPT (Continuous Performance Test)**	Conners CPT-II/CalCAP
	DVT (Digit Vigilance Test)	
	Tallhukommelse	WAIS-IV/III/WISC-IV
Arbeidshukommelse	Trail Making test B	Halstead-Reitan/D-KEFS
	Spatial Span	WMS - III
	Bokstav-tall-sekvensiering	WMS-III/WAIS-IV/III
Eksekutive evner	WCST (Wisconsin Card Sorting Test)	Computer versjon/kortstokk
	The Stroop test/Color-Word-Interference Test	D-KEFS/Hugdahls versjon
	Tårnet	D-KEFS
Visuomotorisk hurtighet og prosesseringshastighet	Grooved Pegboard Test	Halstead-Reitan
	Trail Making test A	Halstead-Reitans/D-KEFS
	(Tall-) Symbolkoding***	WAIS-IV/III/WISC-IV/BACS

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. **Kan også teste visuomotorisk hurtighet, prosesseringshastighet og arbeidshukommelse. ***Tester også visuospatiale evner.

7.1.8 Familien

For kartlegging av familiens erfaringer og opplevelser er The Family Questionnaire et selvutfyllingsskjema som viser familiemedlemmers erfaring med omsorg (173), mens The Caregiver Burden Inventory (CBI) kartlegger hvordan personer som er i nær familie med personer som utvikler en psykose for første gang, opplever situasjonen (174). Det finnes også ulike forskningsinstrumenter. Informasjon kan fås ved [TIPS Sør-Øst](#) (175).

Verktøy:
The Family Questionnaire
CBI

7.1.9 Differensialdiagnostisk utredning

Kartlegging av rusmiddelbruk er nødvendig som en del av den differensialdiagnostiske utredningen. Dersom det er ønskelig med mer spesifisert differensialdiagnostikk om rus, anbefales det å bruke Modul E i SCID. Somatiske årsaker til pasientens symptomer må utelukkes. Selv om det på gruppenivå finnes mindre endringer i sentralnervesystemets struktur, kan ikke CT- eller MR-funn (henholdsvis computertomografi og magnetresonanstomografi) brukes diagnostisk. Billeddiagnostikk er derfor primært aktuelt for å utelukke spesifikke hjerneorganiske årsaker til psykosesyntomer. Terskelen for å ta rutinemessig cerebral MR for å utelukke hjerneorganiske årsaker bør være lav hos unge pasienter som kommer i behandling første gang.

Differensialdiagnostiske vurderinger av andre årsaker til pasientens psykose, for eksempel utviklingsforstyrrelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser eller andre alvorlige psykiske lidelser, må også foretas. Differensialdiagnostikk av forskjellige psykoselidelser vil primært ha betydning for planleggingen av omfanget og varigheten av videre behandling og oppfølging.

7.2 Utredning av tilleggsproblemer og samtidige lidelser

Bruken av spesifikke utredningsinstrumenter vil variere avhengig av hva som avdekkes i anamneseopptak. Kartlegging av rusmiddelbruk bør alltid foretas, fordi det er vanlig at det forekommer samtidig med en psykose.

7.2.1 Rusmiddelbruk

2a	Pasienter med psykose og samtidig rusmiddelbruk må utredes med fokus på både rus og psykose samtidig.	B
1b	Det anbefales å kartlegge problemfylt bruk av alkohol med verktøyet AUDIT.	A
3	Det anbefales å kartlegge problemfylt bruk av narkotiske stoffer eller legemidler med verktøyet DUDIT.	B
3	Kartlegging av rusmiddelbruk ved bruk av urin-, blod-, spytt- eller pusteprobe bør vurderes som et supplement til annen type kartlegging, spesielt på akuttavdelinger. Urinprøve bør vurderes allerede ved første kontakt/innleggelse. Adgangen er imidlertid begrenset i psykisk helsevernloven § 4-7a.	B
3	Det bør gjøres en kartlegging av pasientens/brukerens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminell aktivitet, for eksempel ved bruk av EuropASI.	B
3	Ved rusinduserte psykoser bør primærpsykose vurderes dersom psykosesymptomene vedvarer etter en måned ved fravær av rusmiddelbruk, og ved gjentatte episoder med rusutløst psykose eller rusutløst psykose som varer i mer enn 6 måneder. Oppfølging over tid er viktig for å finne ut om diagnoser fra akutte psykoseepisoder med samtidig rusmiddelbruk er riktige eller ikke.	B

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP-lidelser (135) gir en mer utfyllende gjennomgang av utredning av rusmiddelbruk.

For en enkel kartlegging av problematisk alkohol- og rusmiddelbruk er selvutfyllings-skjemaene Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (176) og Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) (177) godt utprøvd. AUDIT og DUDIT består av henholdsvis 10 og 11 spørsmål som er basert på kriteriene i DSM-IV og ICD-10 for risikofylt bruk, misbruk / skadelig bruk eller avhengighet.

Dersom rusmiddelbruk avdekkes, kan det være behov for mer omfattende utredning av konsekvensene av dette, for eksempel ved å ta i bruk det strukturerte intervjuet EuropASI (kartlegging av personens bosituasjon, familie og nettverk, økonomi, ernæring, helse og eventuelt kriminelle atferd) (178). EuropASI er tidkrevende og krever spesialopplæring før bruk.

Verktøy:
AUDIT
DUDIT
SCID-I (modul E)
EuropASI

7.2.2 Affektive lidelser

Depresjon er omtalt i avsnitt 7.1.5. Pasienter med psykoselidelser kan oppleve perioder med oppstemthet, noe som særlig gjelder ved schizoaffektiv lidelse. Når en skal foreta en nærmere vurdering av mani, brukes ofte skalaen Young Mania Rating Scale (179). Dette er en skala som brukes mye til å vurdere symptomer ved bipolar lidelse, og den kan også anvendes ved schizofreniforme psykoser. Ved psykoselidelser bør en imidlertid ikke bruke en vanlig grenseverdi for klinisk mani, fordi psykosesyntomer tillegges stor vekt i graderingen.

Verktøy:
YMRS

7.2.3 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 psykoselidelse, bør forekomsten av konkrete angstlidelser utredes ved mistanke om det. Flere pasienter med psykoselidelser kan ha utviklet posttraumatiske symptomer på grunn av traumatiske hendelser før eller etter psykosestart. Mange kan også være plaget med betydelig grad av sosial angst. Disse spesifikke angstlidelsene kan lett forveksles med reaksjoner på psykosesyntomer, men bør i noen tilfeller behandles på andre måter. For eksempel vil unngåelsesatferd som skyldes sosial angst, ha nytte av andre intervensjoner enn unngåelsesatferd som skyldes forfølgelsesforestillinger eller apati.

SCID-I (162) modul F-H kan brukes til å vurdere angsttilstander ved psykoser og vil for de fleste behandlere være et naturlig førstevalg ved en eventuell angstutredning. Dersom det er behov for en mer spesifikk utredning, kan også intervjuet Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-IV) (180) brukes. Dette intervjuet bygger på DSM-IV-kriteriene for ulike angstdiagnoser. Til utredning av sosial angst kan selvutfyllingsskjemaet Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) (181) brukes. Dette skjemaet er oversatt til norsk og validert for bruk på pasienter med psykoselidelser.

Verktøy:
SCID-I (modul F-H)
ADIS
LSAS

7.2.4 Personlighetsforstyrrelser

Personlighetsforstyrrelser kan være både risikofaktor, en differensialdiagnose og en komorbid tilstand hos individer med en psykoselidelse. At en pasient har en etablert psykoselidelse, utelukker ikke at han/hun også kan ha trekk fra personlighetsforstyrrelser, eller omvendt. Pasienten bør være ute av en akutt psykosefase før personlighetsforstyrrelser kartlegges. Ved en alvorlig komorbid personlighetsforstyrrelse trenger pasienten mer omfattende og langvarig tilrettelegging og oppfølging. Det vanligste utredningsinstrumentet som anvendes, er SCID-II (163) (intervjuet finnes på helsebiblioteket.no (182)).

Verktøy:
SCID-II

7.2.5 Voldsrisiko

2b	Ved mistanke om risiko for voldsutøvelse kan V-RISK-10, BVC eller HCR-20 anvendes for å kunne si noe om voldsrisiko på kort sikt.	A
----	---	---

Det viktigste kriteriet i en voldsrisikovurdering er om personen har begått voldshandlinger tidligere. Hvis det er tilfelle utredes situasjonen rundt voldshandlingen, som for eksempel om volden er utøvd under ruspåvirkning eller ikke. Generelt er det lettere å predikere kortsiktig enn langsiktig risiko, ettersom risikofaktorene kan veksle mye over tid. Personer som gjentatte ganger er innlagt på grunn av psykose under påvirkning av rusmidler, bør utredes både med sikte på alvorlig psykisk lidelse og risiko for vold.

Det finnes flere instrumenter som brukes til screening for voldsrisiko. Instrumentene er laget for å predikere kortsiktig voldsrisiko og bør derfor ikke benyttes for å forutsi voldsrisiko på lengre sikt. Alle disse instrumentene er bygd på erfaringer på gruppenivå, og det er vanskelig å gi en nøyaktig prediksjon på individnivå basert på en slik metodisk tilnærming. Som med screening for alle tilstander med lav forekomst, er det også et problem at screeninginstrumenter kan identifisere svært mange av de som ikke har økt risiko, som risikoutsatte. Det vil også finnes flere med økt risiko i gruppen som screener negativt. Resultatet av en voldsrisikoscreening bør derfor fortolkes forsiktig.

Det finnes risikovurderinger for voldsepisoder på kort sikt, Brøset Violence Checklist (BVC) (183-188) og Voldsrisiko sjekklister - 10 (V-Risk-10) (189). Disse er primært rettet mot bruk på akuttavdelinger og andre behandlingssenheter og graderer risikoen som enten høy, moderat eller lav. Historical-Clinical-Risk scheme (HCR- 20) (190;191) er et strukturert klinisk hjelpemiddel for å vurdere faren for framtidig voldelighet hos personer med en psykisk lidelse eller et personlighetsavvik. Her er nytten av selve sumskåren omdiskutert, men de forskjellige leddene kan være nyttige kriterier i en individuell klinisk vurdering av voldsrisiko.

Verktøy:
Brøset Violence Checklist (BVC)
V-RISK-10
HCR-20

7.2.6 Traumer

Mennesker som har vært utsatt for traumer, forteller i liten grad spontant om de traumatiske opplevelsene (192). Spørsmål om tidligere eller nåværende traumatisering bør derfor inngå i anamneseopptaket. Å fortelle om opplevde traumer av for eksempel seksuell karakter, krever et tillitsforhold til behandleren og kommer ofte ikke fram i første kontakt med pasienten. Det er derfor nødvendig å være oppmerksom på mulige traumer i den løpende behandlingsprosessen.

Strukturerte spørreskjemaer eller intervjuer kan være til god hjelp for å avdekke en traumehistorie. Et skjema som er oversatt til norsk og validert i pasientgruppen, er Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (193). CTQ tar for seg forekomsten av forskjellige typer traumatiske situasjoner i barnealderen. Et annet alternativ er Impact of Event Scale (IES) (194). IES er et mål for å vurdere posttraumatiske stresssymptomer eller alvorlige hendelser, og finnes i en norsk versjon. Det er viktig at bruken av selvutfyllings-skjema fører til rask oppfølging hvis noe tyder på traumatisering hos pasienten. [Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](#) (37) har god oversikt over forskning på traumeområdet. [De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging](#) (195) kan tilby opplæring og kompetanseoppbygging rundt det å vurdere og behandle traumatiserte pasienter.

Dersom misbruk eller mishandling ikke har opphørt, kan helsepersonell ha plikt til å varsle politiet, se Helsedirektoratets rundskriv til helsepersonelloven (196), kommentar til §§ 23 og 31.

Verktøy:

CTQ
IES

7.2.7 Somatiske helseproblemer

1b	Den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig og følges opp med minst én årlig kontroll.	A
----	--	---

En betydelig reduksjon i forventet levealder er felles for alle alvorlige psykiske lidelser. Overdødeligheten skyldes i hovedsak hjerte-/karsykdommer og lungesykdommer. Hjerte-/karsykdommer er en hyppig dødsårsak i befolkningen samlet sett, men det er store psykososiale forskjeller i frekvens, alvorlighet og dødelighet av tilstanden.

Psykoselidelser diagnostiseres oftest hos unge voksne. Dette gjør at forebyggende behandling kan ha betydelige positive gevinster på utviklingen av somatisk sykdom.

Utviklingen av sykdommer som der livsstil, kosthold, røyking, andre samtidige sykdommer og arvelige tilstander er av stor betydning, bør vies særlig oppmerksomhet. Det er viktig å rette fokuset mot røykeslutt og mosjonsvaner. Overvekt er uheldig av flere årsaker, det øker risikoen for å utvikle diabetes og forhøyede fettstoffer. Stor grad av overvekt og fedme kan også virke sosialt isolerende. Dessuten forandres stoffskiftet ved overvekt, en tilstand som betegnes som metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom øker risikoen for hjerte-/karsykdom.

7.2.7.1 Blodprøver, høyde og vekt

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

7.2.7.2 Røyking

Røyking er hovedårsaken til redusert levetid (197). Røykeanamnese er derfor viktig, og pasienter som røyker, bør få hjelp til å slutte. Røykeslutt krever aktsomhet når det gjelder metabolismen av noen legemidler, for eksempel nedsettes metabolismen av clozapin og olanzapin betydelig, og en dosereduksjon på 25 % den første uken ved ukesslutt anbefales (198), se også avsnitt 8.13.5.7.

7.2.7.3 Kosthold og mosjon

Tidlig i forløpet bør det gis god og tilrettelagt informasjon om kosthold og mosjon. Kosthåndboken (199) er et hjelpemiddel som kan bidra til god kvalitet i rådgivningen. Ved tilrettelegging av sosiale aktiviteter bør også fysisk aktivitet vektlegges, se avsnitt 8.8.

Verktøy/undersøkelser

Blodprøver

Urinprøve

Blodtrykk

Høyde, vekt, livvidde, KMI

Anamnese: røyking, kosthold, mosjon

Ev. EKG

7.2.8 Tannhelse

2b	Det bør legges til rette for rutinemessige tannlegebesøk. Når legemidler med antikolinerg effekt brukes, bør pasientene informeres om hvor viktig det er med god tannhygiene.	B
----	---	---

I store befolkningsundersøkelser er det vist at pasienter med langvarige psykiske lidelser gjennomgående har dårligere tannhelse enn gjennomsnittsbefolkningen, og de går sjeldnere til tannlegen. Det er publisert undersøkelser av pasienter med ulike langvarige psykiske lidelser og tannhelsen deres både i Sverige og Danmark, og det er ikke grunn til å anta at situasjonen er vesentlig annerledes i Norge (200;201). Personer med diagnosen schizofreni er mer utsatt for tannhelseproblemer (202). Dette gjelder spesielt manglende tenner og tenner med fyllinger (200).

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 munntørrehet, men også økt risiko for hull i tennene (karies). Tricykliske antidepressiva er de legemidlene innen psykofarmakologisk behandling som i størst grad gir munntørrehet, men også nyere antidepressiva samt nevroleptika gir i varierende grad munntørrehet. Munntørrehet kan i tillegg føre til infeksjoner i munnhulen og dårlig ånde.

7.3 Kjøreevne og helsekrav

Førerkortforskriften stiller krav til sjåførens fysiske og psykiske helsetilstand. Kravene til psykisk helse er omtalt i Vedlegg 1 § 2 nr. 4, jf. §§ 3 og 4: «Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører

nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken» (203).

For psykoselidelser er ikke forskriftens helsekrav oppfylt dersom:

«det er kronisk psykose eller har vært flere psykotiske episoder som har svekket kjøreevnen og pasienten ikke er stabilisert av kontinuerlig behandling og/eller det har forekommet en mer alvorlig/langvarig psykotisk episode som har svekket kjøreevnen for mindre enn ett år siden og/eller det må antas at det er fare for nye psykotiske episoder» (204)

Uavhengig av psykose, vil personlighetsavvik omfattes av forskriftens krav dersom det er holdepunkter for nedsatt dømmekraft, impuls kontroll eller atferdsforstyrrelser som kan være farlige i trafikken.

7.3.1 Meldeplikt

Meldeplikten til Fylkesmannen etter helsepersonellovens (16) § 34 gjelder når forskriftens krav ikke er oppfylt. Ved kortvarige psykoser uten risiko for tilbakefall, som begrunnes i hendelse som er forklarlig, unngåelig og korrigerbar, kan advarsel og råd om midlertidig kjørestans brukes. I slike tilfeller skal det ikke gis melding til Fylkesmannen. En forutsetning er at personen er i stand til å håndtere dette på en sikker måte, jf. *Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker (204).*

7.3.2 Attesting og dispensasjon

Ved opplysning om (gjennomgått) alvorlig psykisk lidelse og om episodisk lidelse kreves det attest fra behandlende lege eller spesialist (psykiater eller psykologspesialist). Attesten bør vurdere pasientens/brukerens funksjon som motorvognfører. Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort mv. (205) gir ytterligere veiledning for ansvarlig behandler. Det kan gis dispensasjon etter psykotiske episoder der tilbakefallsrisikoen ikke vurderes som særlig høy. Pasienter/brukere med schizofrenidiagnose gis dispensasjon avhengig av funksjonsevne. Ved legemiddelbehandling, også under tvungent psykisk helsevern, som har god effekt, og «vedkommende gjennom slik behandling forblir upsykotisk eller får forbedret sin kjøreevne i tilstrekkelig grad», kan det gis dispensasjon.

Fylkesmennene vurderer og fatter vedtak i søknader om dispensasjon fra helsekravene.

7.4 Kartlegging av behovet for kommunale tjenester

4	Kommunen bør gjennomføre en kartlegging av de individuelle behovene for hjelp ut fra pasientens/brukerens personlige mål, ressurser og livssituasjon.	D
---	---	---

Hos pasienter/brukere med behov for langvarig behandling og oppfølging i kommunen bør det gjennomføres en individuell kartlegging. Den enkeltes behov kan variere over tid. Kartleggingen har som mål å identifisere den enkeltes ressurser og behov for hjelp, slik at behandlingen og oppfølgingen kan oppleves helhetlig og sammenhengende.

Kartleggingen i kommunen kan omfatte følgende områder:

- sivilstatus
- familie og nettverk
- oppvekst og kulturbakgrunn
- boforhold
- utdanning
- arbeid og arbeidserfaring
- økonomi
- egenomsorg
- psykisk helse - problemer og hvordan de har utviklet seg
- annen helse - somatiske sykdommer, tannhelse, rusmiddelbruk
- personlige interesser
- fritidsinteresser
- sosial fungering i nærmiljø og lokalsamfunn
- mestringsstrategier
- bedringsmål

Kartleggingen skjer i nært samarbeid med pasienten/brukeren selv, eventuelt nærmeste pårørende og hjelpeinstanser som kjenner pasienten/brukeren godt. Den enkeltes ønsker og erfaringer om hva som hjelper og ikke hjelper, er viktig for å kunne yte god hjelp og støtte. Samtidig har en som mål å sørge for minst mulig inngripen og dermed understøtte den enkeltes evne til selvhjelp og mestring.

8 Behandling og oppfølging

Behandlingsbegrepet har tradisjonelt vært brukt på ulike måter av spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenesteapparatet. Mens spesialisthelsetjenesten har brukt behandling som felles benevnelse på ulike former for metoder og intervensjoner, har kommunen ofte brukt helt andre benevnelser for tjenestene og hjelpetiltakene de tilbyr. Denne ulike bruken av behandlingsbegrepet henger nært sammen med den historiske utviklingen på det psykiske helsefeltet, som i mange år var en spesialisthelsetjeneste.

Føringene i dagens lovverk trekker ikke opp noe kvalitativt eller metodisk skille mellom den behandlingen som skjer i spesialisthelsetjenesten og den som skjer i kommunen. Behandling i spesialisthelsetjenesten er normalt en kortere del av et lengre behandlingsforløp, og det er vesentlig med et godt samarbeid mellom nivåene for å oppnå best mulig effekt av behandlingen. Målet er at behandling skal foregå på lavest mulig effektive behandlingsnivå (LEON) (206).

Det er ikke diagnosen som avgjør hvor pasienten skal behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler (207). Noe av det samme er også påpekt i Samhandlingsreformen (208), men her brukes begrepet *beste effektive omsorgsnivå* (BEON).

8.1 Behandlingsformer som har dokumentert effekt

Generelle anbefalinger:

1b	Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi.	A
4	Det er begrenset forskning på behandling av unge med psykose-lidelser. Foreløpig anbefales det å bruke psykososiale behandlingsmetoder som brukes for voksne for denne gruppen, men metodene må tilpasses den unges utviklingsnivå og kontekst.	D

Det er et utgangspunkt at behandlingen til enhver tid skal bygge på faglig anerkjente og evidensbaserte metoder og tilnærminger. Graden av evidens vil variere blant behandlingsformene som omtales, avhengig av tilgang på studier og erfaringsbasert kunnskap.

Omfattende forskningslitteratur på feltet viser at det er empirisk evidens for flere virksomme elementer i psykosebehandling; legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) (209) familiesamarbeid og kognitiv terapi. Det er også dokumentert at kontinuerlig oppfølging over tid i form av en tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient er av stor betydning for forløp og tilfriskning.

Behandlingen avhenger av i hvilken sykdomsfase en får kontakt med pasienten, alvorlighetsgrad, symptombilde, sosial situasjon og andre individuelle faktorer. Dette omtales som «fasespesifikk behandling».

Behandlingen må evalueres og endres etter hvert som pasientens helsetilstand og fungering endrer seg. Dette gjelder både spesifikke behandlinger som legemidler og psykologisk behandling og graden av kontroll og støtte til egenmestring.

8.2 Spesielt om behandling i varselfasen

Behandlingselementene er de samme som ved etablert psykoselidelse, men anti-psykotiske legemidler er ikke indisert før det foreligger klare psykosesymptomer og en sikker diagnose (54).

Behandling i denne fasen retter seg mot de plagene som pasienten beskriver, vanligvis angst, depresjon og endret selvopplevelse (210;211), se også avsnitt 12.2.1. Gode og støttende relasjoner og samtaler kan bidra til å bremse eller bryte en negativ prosess. Ellers består behandlingen av psykologiske terapiformer, psykoedukativt familie-samarbeid og sosiale støttetiltak, som beskrevet i dette kapitlet.

8.3 Rettslig grunnlag for behandlingen

Helsehjelp skal som hovedregel gis på grunnlag av gyldig samtykke fra pasienten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 4-1 og psykisk helsevernloven (8) § 2-1. Uten samtykke kan helsehjelp bare gis med hjemmel i lov.

Psykisk helsevernloven (8) kan gi hjemmel for innleggelse og behandling i det psykiske helsevernet uten samtykke fra pasienten. Innleggelse kan enten skje for en tidsbegrenset periode (tvungen observasjon, § 3-2) eller på ubestemt tid (tvungent psykisk helsevern, § 3-3). Behandling uten eget samtykke kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven § 4-4, som blant annet forutsetter at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern (jf. psykisk helsevernloven § 3-3).

Etablering og opprettholdelse av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern forutsetter at flere formelle og materielle vilkår er oppfylt (§§ 3-2 og 3-3). Det vil si at loven oppstiller klare krav til måten innleggelsen skjer på, og til pasientens tilstand og utbytte av behandlingen. Vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan bare treffes av psykologspesialist eller psykiater som er utpekt til å være faglig ansvarlig for vedtak ved institusjonen (jf. psykisk helsevernloven § 1-4). Hovedvilkåret for tvungent psykisk helsevern er at pasienten vurderes å ha en «alvorlig sinnslidelse» (psykisk helsevernloven § 3-3). Psykosetilstander og psykotiske grunnlidelser faller klart inn under dette vilkåret. I tillegg må frivillig vern ha vært forsøkt uten å føre frem, eller vurderes som åpenbart formålsløst. Videre må ett av flere alternative tilleggsvilkår være oppfylt, enten ved at pasienten vurderes å ville oppnå merkbar bedring ved tvungent vern, eller å raskt bli svært dårlig uten slikt vern, eller ved at pasienten vurderes å utgjøre en fare for seg selv eller andre uten tvungent vern. Til slutt skal det foretas en helhetsvurdering av om tvungent vern er den klart beste løsningen for pasienten.

Pasienter som blir innlagt i det psykiske helsevernet med hjemmel i psykisk helsevernlovens tvangsbestemmelser, kan påklage vedtaket til kontrollkommisjonen og bringe vedtaket inn for rettslig overprøving i domstolene. Pasienten vil i slike tilfeller ha rett til advokatbistand på statens bekostning.

Barn under 16 år kan ikke underlegges tvungent psykisk helsevern (jf. psykisk helsevernloven § 3-3). Undersøkelse og behandling av pasienter under 16 år skjer som hovedregel på bakgrunn av samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret (psykisk helsevernloven § 2-1 og pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 4-4). Foreldrene skal som utgangspunkt ha informasjon om barnets helsetilstand, men det er gitt unntak fra dette i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 for tilfeller der pasienten motsetter seg at opplysningene gis, av grunner som bør respekteres.

Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal foreldrene (eventuelt andre med foreldreansvaret eller barnevernet) høre hva barnet har å si før samtykke gis (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4). Dersom et barn over 12 år motsetter seg et tiltak, skal spørsmålet om etablering av vernet bringes inn for kontrollkommisjonen. Barnet har da rett til advokatbistand på statens bekostning.

Barn over 16 år er helserettslig myndige og kan selv samtykke til helsehjelp (jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd bokstav b). I noen tilfeller kan også barn under 16 år ha rett til selv å samtykke til behandling, dersom dette følger av tiltakets art.

Når helsehjelp gis til barn mellom 16 og 18 år på grunnlag av deres eget samtykke, har foreldrene kun rett til å få opplysninger om behandlingen i den grad det er nødvendig for å ivareta foreldreansvaret (for eksempel opplysninger om selvmordsrisiko), jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd.

Regelverket er nærmere omtalt i Helsedirektoratets rundskriv IS-9/2012: *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer* (18).

8.3.1 Riktig bruk av tvang

Som nevnt ovenfor skal helsehjelp, også i det psykiske helsevernet, som hovedregel gjennomføres på frivillig grunnlag.

Størst mulig grad av frivillighet og riktig bruk av tvang er et viktig politisk mål, jf. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015) (212).

Bruk av tvungent psykisk helsevern forutsetter at en rekke vilkår er oppfylt, herunder at frivillighet har vært forsøkt eller vurderes som åpenbart formålsløst. Dette innebærer at et adekvat og kvalitativt godt frivillig behandlingstilbud som hovedregel må ha vært forsøkt før det benyttes tvang. Helsetjenestene må derfor, så langt det er forsvarlig, sette av nødvendig tid til forsøk på å etablere et frivillig tilbud gjennom motivering og tillitskapende tiltak. Pasienten må aktivt involveres i arbeidet med å finne gode, frivillige løsninger. Også pårørende eller andre tillitspersoner bør involveres dersom pasienten samtykker til det (jf. veilederen *Pårørende - en ressurs* (17)).

Lovgiver har lagt til grunn at det i en del situasjoner er nødvendig og riktig å bruke tvang. Bakgrunnen for dette er hensynet til samfunnets ansvar for å ivareta helse og liv ved å gi behandling i situasjoner der pasienten selv, på grunn av sin psykiske lidelse, mangler

sykdomsinnsikt og evne til å forstå sitt eget beste, og hensynet til samfunnsvernet i situasjoner der pasienten på grunn av sin psykiske lidelse utgjør en alvorlig fare for andre.

Bruk av tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige og gjennomføres på en måte som ivaretar den enkeltes rettigheter, sikkerhet og integritet, jf. psykisk helsevernloven (8) § 4-2. 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 blant annet foretas en vurdering av mulige fysiske og psykiske skadevirkninger samt hvordan disse best kan forebygges. Når det gjelder gjennomføring av tvangsmedisinering, er det blant annet et krav om at denne behandlingen må være i tråd med gjeldende kliniske retningslinjer og ha forventet effekt, jf. psykisk helsevernloven § 4-4.

Brukerperspektivet bygger på prinsippet om at pasienten eller brukeren er utgangspunktet og kjernen i all helsehjelp som tilbys. Dette er også det førende prinsippet i pasient- og brukerrettighetsloven (7). Pasientens rett til medvirkning og å få informasjon om egen sykdom og behandlingsmuligheter følger naturlig av dette og er nødvendige forutsetninger for at pasienten skal kunne ta gode valg om egen helse. Dette gjelder også ved etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven (8) §§ 1-5 og 3-9. 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 ønskene og behovene hans eller hennes, hjelpe til med å ta gode og informerte valg. Det vises til nærmere omtale av dette i kapittel 2.

Mange opplever tvangsmedisinering som svært inngripende og traumatisk, som å miste kontrollen over egen kropp og sinn. Samtidig vil muligheten til å gjennomføre tvangsmedisinering av tvangsinnlagte pasienter kunne medføre at pasienter får en legemiddelbehandling de i utgangspunktet ikke ønsker, men som gjør at de oppnår en bedring som ville vært vanskelig å oppnå uten behandling med legemidler.

Som en del av arbeidet med å redusere bruken av tvang og bruke det riktig, er det viktig at det psykiske helsevernet legger nødvendig vekt på disse problemstillingene.

Pasientene må så langt som mulig tas med på råd og gis innflytelse over omfanget av og innholdet i en eventuell legemiddelbehandling. En må sørge for at pasientene får adekvat informasjon om virkninger 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.

8.4 Familiesamarbeid

Når en person utvikler en psykose, vil også familiemedlemmer kunne bli involvert i sykdomsutviklingen og møte store utfordringer både med hensyn til å forstå hva de står overfor, hvordan de kan være til hjelp, og hvordan de skal ivareta sin egen situasjon.

Behandlingsforskning på familieinkludering ved psykoselidelser har vist gode resultater med å tilrettelegge for et samarbeid mellom pasienten, aktuelle familiemedlemmer og behandlingsapparatet.

Pårørende må involveres i overensstemmelse med regler om taushetsplikt og pasient- og brukerrettighetslovens regler om pårørendes rettigheter. Det vises til Helsedirektoratets veileder *Pårørende - en ressurs* (17) og omtalen i avsnitt 2.3.

Et familiesamarbeid må tilpasses pasientens alder, situasjon, problematikkens varighet og sykdomsbelastning. I utformingen av familiesamarbeidet må det utøves klinisk skjønn når det gjelder hvordan tilbudet kan tilpasses familiens opplevelse av sin egen situasjon og motivasjon for å bli involvert i behandlingen.

8.4.1 Bakgrunn

I løpet av de siste årene har varierte studier dokumentert at en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) familietilnærming fører til en betydelig reduksjon i antall tilbakefall, bedrer den sosiale fungeringen, reduserer varigheten av og antall sykehusinnleggelses for pasientene, gir bedre etterlevelse av legemiddelbehandling og bedre livskvalitet for familiemedlemmer og andre nære omsorgspersoner (213).

Det virksomme familiesamarbeidet baseres på å invitere familien inn til et strukturert samarbeid over tid. De møtes med en positiv og ressursorientert holdning, får tilpasset og omfattende informasjon om psykose og behandlingstilbud samt støtte til å løse dagliglivets utfordringer over tid. Dette familiesamarbeidet kalles et psykoedukativt eller kunnskapsformidlende familiesamarbeid, og tilbudet kan gis i en familie alene, enkelt-familiegruppe, eller til flere familier i samme gruppe, flerfamiliegruppe. Undervisning eller kortvarige samtaler der pasienten ikke deltar, har ingen dokumentert effekt på pasientens prognose, men vil kunne ha positiv effekt på familiemedlemmers egen helse (214).

Erfaringsvis bør pasienter og familier som reserverer seg et familiesamarbeid, få mulighet til å ta imot tilbudet på et senere tidspunkt.

8.4.1.1 Forskningsbakgrunn

Et evidensbasert familiesamarbeid ved psykoser er utviklet basert på dokumentasjon om betydningen av miljømessige faktorer som virker inn på en persons sårbarhet for å utvikle psykose. En kartlegging av miljøbetingelser eller familieatmosfære vil kunne identifisere familiemedlemmers kritiske bemerkninger, følelsesmessig overinvolvering, fiendtlig innstilling og/eller varme og positive bemerkninger overfor personen. Disse verdiene er samlet til en indeks over *expressed emotions* (EE) (215;216).

Et høyt EE-nivå 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 er ingen diagnose, men beskriver familiemedlemmers grad av engasjement overfor familiemedlemmet som er preget av symptomer og har en redusert fungering.

Nyere studier av miljømessige betingelser for å utvikle psykoser har vist at det ikke er symptomenes alvorlighetsgrad som bidrar mest til familiemedlemmenes vanskelige situasjon. Det er familiemedlemmenes subjektive opplevelse av stress og belastning, hva de tenker om pasientens evne til å kontrollere symptomene, og hvordan de påvirkes, som viser seg å ha størst betydning for familieatmosfæren og den videre utviklingen av psykosen (217).

Det kunnskapsformidlende familiesamarbeidet bidrar til å redusere et høyt EE-nivå ved å:

- møte familiemedlemmer i den situasjonen de er i
- lytte til erfaringene deres
- innhente kunnskapen de har om pasienten
- hjelpe med å komme fram til en felles forståelse av hva pasienten strever med
- bidra til at de kan ta i bruk den nye forståelsen i løsningen av dagligdagse problemer og utfordringer over tid

8.4.2 Familiesamarbeid i tidlig fase

1b	I en tidlig fase av en psykoseutvikling bør nære familiemedlemmer kontaktes snarest mulig, og innen tre dager, med tanke på et samarbeid med behandlingspersonalet. Familiemedlemmer kan bare kontaktes når pasienten samtykker til det eller det foreligger hjemmel i lov.	A
----	---	---

Informasjon om pasienter er som hovedregel underlagt taushetsplikt, jf. helsepersonelloven (16) § 21. Opplysninger til pårørende kan derfor bare gis på grunnlag av samtykke fra pasienten eller med hjemmel i lov, for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3-3. Det gjelder egne regler for barn under 16 år. Det vises til Helsedirektoratets veileder *Pårørende – en ressurs* (17).

Personer som utvikler psykose i ung alder, vil oftest ha nær tilknytning til familie og omsorgspersoner. Studier viser at mellom 50 og 80 % av førstegangpsykotiske personer enten bor sammen med eller har hyppig kontakt med familien, og de er ofte også økonomisk avhengige av familien (218).

Familiemedlemmer vil også i risikofasen for psykoseutvikling, den såkalte UHR-fasen (Ultra High Risk), være preget av belastninger som følge av endring i omsorgsrollen og familierelasjonene (218). 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 funksjonsfall. Følelser som redsel, tristhet, håpløshet, skyld, sinne, sorg, tap og traumelignende erfaringer forekommer ofte, og mange familiemedlemmer vil kjenne seg overveldet og maktesløse (219).

For å forebygge at uheldige samhandlingsmønstre fester seg, bør familiemedlemmer inviteres til samtaler så tidlig som mulig etter at det er etablert kontakt med hjelpeapparatet. Dette forutsetter at pasienten samtykker til det, eller at det foreligger hjemmel i lov. Tilbudet må ivareta og normalisere familiemedlemmenes reaksjoner og opplevelser. De må også få hjelp til å få en bedre forståelse av pasientens problemer og hjelp til å omsette den nye forståelsen til hjelp og støtte (220).

Familiesamarbeid bør skje på følgende måte:

- Alle familiemedlemmer som bor sammen med eller er i nær kontakt med personen som har utviklet en psykose, inviteres til et strukturert samarbeid snarest mulig etter behandlingsstart.
- Familien tilbys en fast kontaktperson.
- Samarbeidet skal inkludere pasienten når det er mulig.
- Familietilbudet inneholder følelsesmessig og praktisk støtte, undervisning, hjelp til problemløsning og mestring av kriser.
- Familier som har en annen kulturell bakgrunn enn norsk, må få støtte til å bruke sine egne erfaringer fra egen kultur, med hjelp av tolk der det er nødvendig.
- Tilby samtaler, etter samtykke, til familiemedlemmer uten at pasienten er til stede.
- Oppmuntre til realistiske forventninger.
- Gi familien støtte til å opprettholde håpet om bedring.
- Gi informasjon om ulike tilbud om familiesamarbeid.
- Evaluere effekten av familietilbudet i et samarbeid med pasient/bruker og familiemedlemmene.
- Skilte foreldre bør inviteres for å samarbeide om å hjelpe felles barn.
- Pasientens søsken og barn bør gis egne tilbud.

8.4.3 Enkeltfamiliegruppe og flerfamiliegruppe

1b	I en tidlig fase av en psykose bør pasient og nære familiemedlemmer inviteres til et psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid i en enkeltfamiliegruppe.	A
1a	Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) flerfamiliegruppe.	A

Et psykoedukativt familiesamarbeid er utviklet på bakgrunn av studier av sammenhengen mellom aktuelle miljøbetingelser og forløp hos personer med en schizofrenilidelse, expressed emotions-forskningen (215), stress-/sårbarhetsteori, atferdsteori og kunnskap om redusert kognitiv funksjon ved psykoser (221).

Et psykoedukativt familiesamarbeid består av fire hovedelementer:

1. følelsesmessig støtte
2. undervisning i stress-sårbarhet, utvikling av psykose og behandling
3. råd og hjelp til å senke et forhøyet engasjement og forventninger
4. hjelp til å løse dagligdagse utfordringer på en strukturert måte ved hjelp av virksom kommunikasjon

Et psykoedukativt familiesamarbeid må være av en varighet som gir mulighet for å justere forståelse, tid til å opparbeide gode løsningsstrategier og mulighet for at pasienten kan delta når det er mulig. Dette samarbeidet gjennomføres over tid, minimum 9-12 måneder, og bør inneholde minst 10 sesjoner.

8.4.4 Familiesamarbeid hos pasienter med langvarige behov

1a	I et langvarig psykoseforløp bør nære familiemedlemmer inviteres til et samarbeid når pasienten har tilbakefall og/eller vedvarende problemer. Det er en forutsetning at pasienten samtykker eller at familiemedlemmene kan involveres med hjemmel i lov.	A
----	---	---

Familier til pasienter med en langvarig psykoselidelse, som bor sammen med eller har nær kontakt med pasienten/brukeren, bør få et tilbud om familiesamarbeid.

Det bemerkes imidlertid at familien bare kan involveres i behandlingen dersom pasienten samtykker til det eller det foreligger hjemmel i lov, for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3-3. Det gjelder egne regler for barn under 16 år. Det vises til Helsedirektoratets veileder *Pårørende - en ressurs* (17).

I tillegg til punktene i avsnitt 8.4.2 er følgende viktig:

- Støtte familiemedlemmer i å ta i bruk enkel kommunikasjon, gjenkjenne tidlige tegn på tilbakefall og komme til enighet om en felles plan for å løse utfordringene.
- Invitere familiemedlemmer til å samarbeide om innhold i og evaluering av behandlingsplan og individuell plan hvis pasienten samtykker.
- Støtte familien i å tilpasse forventningene til pasientens fungering.

8.4.5 Opplæring i og implementering av familiesamarbeid

Relevante behandlingseenheter bør til enhver tid ha tilstrekkelig antall fagpersoner som har tilegnet seg kompetanse på familiesamarbeid ved psykoser, og som har spesifikk kunnskap om psykoseutvikling og behandlingsmetoder. I disse behandlingseenhetene bør ledelsen ved enhetene tilrettelegge for tilstrekkelige ressurser til opplæring og gjennomføring av kunnskapformidlende familiesamarbeid samt veiledning til fagpersonene som gir tilbudet. Det bør også oppnevnes en lokalt ansvarlig for å videreutvikle og opprettholde tilbudet om psykoedukativt familiesamarbeid ved psykoselidelser.

8.4.6 Barn av foreldre med en psykoselidelse

1a	Samtaler med pasientens barn bør tilrettelegges i samarbeid med foreldrene, og informasjonen bør gis ved oppstart av behandlingen og tilpasses barnets alder, jf. helsepersonelloven § 10a.	A
----	---	---

Barn av foreldre som har en psykoselidelse, kan være mer sårbare for selv å utvikle en psykisk lidelse (222). I tilfeller der den arvelige disposisjonen er stor, har psykologiske og miljømessige faktorer avgjørende betydning for om den enkelte personen utvikler schizofreni eller ikke (223). Barn av psykisk syke foreldre som ikke får hjelp, har økt forekomst av emosjonelle vansker, atferdsforstyrrelser og kognitive utviklingsforstyrrelser. De utvikler også påfølgende redusert tilhørighet til forelderen (224-226).

Undersøkelser viser at foreldre, når de blir innlagt i psykisk helsevern, ønsker at behandlerne skal hjelpe dem med å opprettholde foreldrerollen og vurdere pasientens familierutiner med fokus på barnas situasjon. Pasientens bekymring for ivaretagelsen av barna er viktig. Pasienten må få tilpasset hjelp til å snakke med barna, og barna må få tilbud om

å snakke om situasjonen sin og opplevelsene sine (227). Tilbudet til barna må være rettet mot hjelp til å ivareta relasjonen til foreldrene på best mulig måte.

En aktiv tverrfaglig intervensjon som inkluderer støtte til foreldrenes omsorgsevne og gir barna mulighet til å snakke om situasjonen sin, vil være sentrale elementer i et optimalt hjelpetilbud (228).

Et godt utviklet nettverk vil være avgjørende for barns utvikling når foreldre ikke kan ivareta det på grunn av sykdom. Andre viktige omsorgspersoner må identifiseres og få støtte og hjelp til å ta vare på barnet.

Helsepersonelloven (16) § 10a pålegger helsepersonell en plikt til bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasienter med psykoselidelser kan ha som følge av forelderens tilstand. Hvordan denne plikten skal utøves, er nærmere omtalt i rundskrivet *Barn som pårørende* (19).

Barneansvarlige fagpersoner

Behovene barn av psykisk syke personer har, må ivaretas gjennom rutineene ved at alle behandlingseenheter har egne barneansvarlige fagpersoner. Ved innleggelse/oppstart av behandling gjøres det en avtale med pasient og eventuelt ektefelle om et samarbeid om barnets situasjon.

Samtaler med barn

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

Samtalene skal omhandle følgende:

- 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 barn trygge på at det er voksne hjelpere som skal ha ansvar for å følge opp foreldrene

Sentrale punkter (229) barn vil vite mer om, 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 far til å bli frisk?

Samtalene med barna gjennomføres i barnets eget tempo, i egnede lokaler og følges opp under innleggelsen og gjennom hele behandlingsforløpet. Når forelderens skrives ut eller aktiv behandling avsluttes, skal det tilrettelegges det for videre ivaretagelse av barnet.

Dersom disse tilbudene skal være virksomme, må det finnes spesialkunnskap på enhetsnivå om barns generelle utvikling og spesielle behov ved alvorlig psykisk lidelse 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 bør utvikles og settes i system. Organisasjonen Voksne for Barn har utviklet opplæringsprogrammer: *Når mamma eller pappa er psykisk syk* (230). Et annet kurs er *Den håpefulle samtalen* (231), og *Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring* har en verktøykasse som blant annet inneholder en guide for tilbudet *Styrket mestring i livet* (SMIL) (232). SMIL er rettet mot barn og unge i alderen 8-13 år som har en mor eller far med psykiske eller rusrelaterte problemer.

8.4.7 Søsken av personer som har utviklet psykose

Søsken av personer som har utviklet en psykose, vil også ha behov for å snakke med fagpersoner om hvordan livet deres har blitt berørt av psykoseutviklingen hos broren eller søsteren. Slike samtaler må skje i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt (16). Mange søsken vil streve med skyldfølelse, skam og redsel for selv å utvikle en psykose. En del søsken vil også erfare å komme i annen rekke slik at de ikke får den omsorgen de har 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 broren eller søsteren i framtiden (233).

8.4.8 Andre familietilnæringer

Andre typer familietilbud ved psykoser er systemisk familierapi og nettverkstilbud.

Systemisk familietilbud ved psykoser er utførlig beskrevet, men sparsomt dokumentert (234). Kun én behandlingsstudie kan dokumentere reduksjon i tilbakefall, bedre samarbeid om legemidler og bedre psykososial fungering ved behandling med systemisk familietilbud i kombinasjon med psykoedukasjon og medisinsk behandling (235).

I et nettverkstilbud, som er beskrevet for personer i en rehabiliteringsfase, er fokus 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 (236).

8.5 Psykoterapi ved psykoser

Det kan i praksis være vanskelig å skille mellom de strukturerte kognitive tilnærmingene og moderne former for psykodynamisk psykoterapi. De kognitive tilnærmingene har større vitenskapelig belegg enn psykodynamiske psykoterapier.

Psykoterapeutisk arbeid, uavhengig av behandlingstilnærming, vil være en viktig del av arbeidet for å få en bedre selvforståelse, og som en del av tilfriskningsprosessen hos pasienten. Den psykoterapeutiske behandlingen bør være individuelt tilpasset, det vil si forholde seg til pasientens erfaringer og prioriteringer, funksjonsnivå og den fasen av lidelsen pasienten befinner seg i.

Terapien bør være et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient som hovedsakelig er rettet inn mot problemene slik de fremtrer i pasientens hverdag, og der det er pasientens opplevelse av sin egen situasjon som står i sentrum for behandlingen. Det er viktig at en i en psykoterapeutisk behandling gir mulighet for langvarig kontakt, etter som forskning har vist at den terapeutiske relasjonen er av stor betydning for å få et godt resultat av behandlingen.

8.5.1 Kognitiv atferdsterapi

1a	Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesyntomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15-20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.	A
----	---	---

De siste årene har personer med psykosesyntomer i økende grad blitt behandlet med kognitiv atferdsterapi (KAT) (237). KAT tar utgangspunkt i at kognitive feilfortolkninger er et kjernetrekk ved psykosesyntomer, og har fokusert på å hjelpe pasienten med å forstå sammenhengen mellom tanker og følelser og hvordan dette påvirker symptomer og fungering. Det er et mål å hjelpe personen til å normalisere og gi mening til de psykotiske opplevelsene samt redusere ubehaget knyttet til dette (52). Terapeuten må sikre at den terapeutiske relasjonen er til stede, og at terapeut og pasient har en felles forståelse av hvilke problemer de samarbeider om å løse.

Vitenskapelig belegg

Flere metaanalyser har konkludert med at KAT er en effektiv terapimetode ved psykosesyntomer (238). Undersøkelser tyder på at behandlingstilnærmingen har god effekt når det gjelder å redusere ubehag knyttet til hørselshallusinasjoner og redusere negative symptomer, depresjon og sosial angst, sammenlignet med standard behandling. Forskingen er mer inkonsistent når det gjelder effekten av KAT for å redusere vrangforestillinger. Studier 12 måneder etter behandling viser en viss bedring i sosial fungering.

Helsepersonell som skal behandle pasienter med kognitiv atferdsterapi, må ha tilstrekkelig kompetanse i de ulike teknikkene for å sikre at kvaliteten på behandlingen er god. Det anbefales at terapeuter som bruker KAT, får veiledning av kompetente veiledere etter endt utdanning.

Terapien består av flere faser. I den første fasen er det viktigst å engasjere pasienten i behandlingen. Deretter lærer pasienten hvordan modellen fungerer, og i samarbeid med terapeuten setter pasienten opp en problemliste og målsettinger for terapien. Disse målsettingene blir et fundament for de videre intervensjonene. I avslutningsfasen blir behandlingen evaluert, og pasient og terapeut vurderer om målene er nådd. En vellykket terapi innebærer at pasienten har fått en økt forståelse av hva som har bidratt til å opprettholde problemene, og har lært hvilke virkemidler som kan brukes til å forebygge nye problemer.

8.5.1.1 Kognitiv atferdsterapi ved vrangforestillinger

Sammen med pasienten prøver behandleren å utforske innholdet i vrangforestillingene og finne bevis som underbygger disse. I fellesskap forsøker en å finne alternativer som

kan bidra til å forklare pasientens forestillinger på en like god eller bedre måte, og som gir et mindre subjektivt opplevd ubehag hos pasienten. Behandleren skal benytte åpne og utforskende (sokratiske) spørsmål, og via et aktivt samarbeid med pasienten skal han/hun gjennomgå de bevisene som støtter eller går imot de psykotiske forestillingene. På denne måten utfordrer en forsiktig pasientens eksisterende antagelser og stimulerer ham/henne til å finne nye alternativer og mer funksjonelle antagelser gjennom refleksjon.

8.5.1.2 Kognitiv atferdsterapi ved hørselshallusinasjoner

Det å høre stemmer er for de fleste vonde og ubehagelige opplevelser som virker negativt inn på livskvalitet og fungering. Opplevelsen av hørselshallusinasjoner er tett knyttet til hvordan stemmene fortolkes, og hvilke antagelser som er knyttet til dem. De siste års utvikling og forskning på bruken av KAT ved psykoser har gitt en økt forståelse av hvordan man skal tilpasse KAT ved hørselshallusinasjoner for å redusere lidelsen.

Hovedsakelig dreier KAT ved stemmehøring seg om å øke stemmehørerenes opplevelse av makt og kontroll over stemmene. KAT ved stemmehøring har mange fellestrekk med metoden for å arbeide med vrangforestillinger, beskrevet ovenfor. I felleskap prøver en å utforske og modifisere de tankene og forestillingene stemmehøreren har om stemmenes identitet, blant annet ved å se på bakgrunnen for dem og ved å undersøke beviser for det stemmen(e) sier. KAT har som mål, gjennom en gradvis eksponering, å venne pasienten til å fokusere på stemmene istedenfor å unngå dem, slik at antagelsene om stemmenes identitet og makt kan gis alternative fortolkninger.

De ulike mestringsstrategiene som benyttes for å håndtere stemmene, bør også få en plass i det terapeutiske arbeidet. Mange pasienter tar i bruk mestringsstrategier som opprettholder oppfatningen av at stemmene ikke kan kontrolleres eller reduseres. Målet med disse intervensjonene er å redusere de mestringsstrategiene som er uheldige og opprettholder stemmehøringen, og ta i bruk andre strategier som fungerer bedre.

8.5.1.3 Kognitiv atferdsterapi for barn og unge

Det er begrenset forskning på kognitiv atferdsterapi ved psykose hos unge under 18 år, men kognitiv atferdsterapi anbefales for symptomreduksjon og forebygging av tilbakefall (54). Ved kognitiv terapi med unge, er det viktig å ta hensyn til utviklingsnivå, evnenivå og kontekst (54;239;240). Dette innebærer en forståelse av normalutvikling, og at enkelte typer «feiltenkning» og irrasjonell tenkning er mer vanlig hos barn og unge (241). Det innebærer også at familien inviteres til å ta del i oppfølgingen i utstrakt grad (239).

Innholdet i terapien kan med fordel knyttes til den unges erfaring, og kognitive prinsipper bør formidles gjennom konkretisering og et utviklingstilpasset språk (241). Kognitiv atferdsterapi bør også fokusere på emosjonelle forstyrrelser som angst og depresjon. Dette er nyttig fordi psykosesyntomer hos denne aldersgruppen er av mer flyktig og varierende karakter, og emosjonelle forstyrrelser kan være en opprettholdende faktor for psykosesyntomene.

8.5.2 Psykodynamisk psykoterapi

2a	Psykodynamiske behandlingstilnærminger kan anvendes av helsepersonell for å forstå erfaringene til pasienter med psykoselidelser. Etter en individuell vurdering kan tilpasset støttende psykodynamisk psykoterapi, etter fasespesifikke prinsipper, tilbys i ikke-psykotisk fase.	B
----	--	---

Begrepet «psykodynamisk» understreker det aktive samspillet mellom individet og det fysiske og psykologiske miljøet. 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. Psykodynamisk psykoterapi fokuserer på evnen til å regulere følelser, forstå sårbare relasjonelle erfaringer og å gi innsikt i utfordrende relasjonelle mønstre.

Psykoselidelser ble i utgangspunktet betraktet som uegnet for psykoanalytisk orientert behandling (242;243). På 40-, 50- og 60-tallet ble psykodynamiske behandlingstilnærminger prøvd ut, særlig i USA (244;245), og de brukes også i modifisert form i stor grad i vår tid (246). I takt med at en har fått økt forståelse av hvor sammensatt psykoser er, har perspektivet flyttet seg fra en behandling rettet mot omfattende personlighetsendring til en behandling rettet mot bedre mestring av stressfaktorer.

Pasienter med psykoselidelser 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. Moderne psykodynamisk psykoterapi for psykoser innebærer en klar modellforankring, der terapeuten framstår som en tydelig, aktivt deltagende person som er støttende og åpen. Den opprinnelige ideen om at det er tolkningene av et 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. Psykodynamisk psykoterapi ved psykose vil være psykodynamisk baserte terapeutiske samtaler. Terapeuten må ta hensyn til hvilken fase av psykoselidelsen pasienten befinner seg i, og vite om pasienten er psykotisk eller ikke.

En psykodynamisk forståelse er viktig 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.

Psykodynamisk baserte terapeutiske samtaler kan være viktig når en skal følge en pasient med psykose i det totale behandlingsopplegget (247). Samtalene vektlegger relasjonsbygging og prøver å hjelpe pasienten til å mestre stress bedre og forholde seg til vrangforestillinger på en bedre måte. Terapeuten og pasienten bør være enige om hva som er målet med samtalene, og hva som forventes av begge parter.

Når fasen med aktive psykosesymptomer er over, er målsetningen med terapien å hindre sekundære komplikasjoner i for eksempel forholdet til familie, venner, skole og/eller arbeid, samt å redusere sårbarheten for stress og bearbeide det traumet det er å ha vært psykotisk. Hvis pasienten fortsatt er psykotisk, er målsetningen å bygge opp og opprettholde en samarbeidsrelasjon og hjelpe pasienten til å skille bedre mellom fantasi og virkelighet (247).

I motsetning til kognitive modeller har psykodynamisk terapi tradisjonelt ikke hatt noe avgrenset tidsperspektiv i behandlingsforløpet, men vært tilpasset pasientens selvstendigjøring, symptom- og funksjonsnivå. Psykodynamisk psykoterapi er en behandlingsform som er egnet i arbeidet med følelsesregulering og ved fokus på sårbare områder hos pasienten, områder som kan utfordres i relasjonen til andre mennesker. Hos pasienter i stabil bedring kan psykodynamisk psykoterapi være nyttig for å integrere opplevelser og bidra til en bedret selvforståelse som en del av tilfriskningsprosessen.

Det er få kontrollerte randomiserte studier om psykoanalytisk eller psykodynamisk psykoterapi ved psykoser, mest fordi disse terapiformene i sin karakter framstår lite egnet for denne undersøkelsesformen (248).

8.6 Miljøterapi

Miljøterapi defineres ofte som en planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en døgnenhet. Miljøterapi som begrep omfatter både enhetens psykososiale miljø, det sosiale læringsmiljøet og relasjonen mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient.

Miljøterapi spiller en viktig rolle i behandlingen. Enkelte karakteristika ved behandlingsmiljøet har en gunstig effekt, mens andre kan virke uheldig (249-251). Ellsworth (252) beskriver fem grunnleggende terapeutiske aktiviteter som vanligvis eksisterer i et miljø, uavhengig av miljøets størrelse, varighet på oppholdet, bemanning og behandlingsideologi. Disse fem dimensjonene er definert som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (253).

I Norge har en ti års erfaring med toårige lokale utdanningsprogrammer (seprep.no (254)), der fagpersoner både fra psykisk helsearbeid i kommunene og spesialisert psykisk helsevern får utdanning og veiledning sammen i behandling av pasienter med schizofrenidiagnose og andre alvorlige psykiske lidelser.

8.6.1 Sykehusmiljøets betydning

2b	Miljøet i døgnenheter for pasienter med psykoselidelser bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet.	A
2b	En bør etterstrebe miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter.	A
1b	Miljøet i døgnenheter bør undersøkes ved hjelp av jevnlig målinger med Ward Atmosphere Scale (WAS) for å se om miljøet er preget av de elementene pasienter med psykoselidelser har best effekt av.	A

Sykehusbehandlingen av pasienter med psykiske lidelser har gjennomgått store forandringer de siste 30–40 årene. Den største forandringen har vært reduksjonen av sengeplasser ved de psykiatriske sykehusene og at en i stor grad har valgt å bygge opp tjenester rundt de psykiatriske poliklinikkene (255;256). Likevel er det fortsatt slik at majoriteten av pasienter med psykoselidelse vil ha behov for innleggelse i sykdomsforløpet.

Det er en del overordnede aspekter ved sykehusmiljøet som har vist seg å være viktige både for pasienttilfredsheten og utbyttet av behandlingen. Både kvalitative og kvantitative undersøkelser har vist at pasientene opplever relasjonen mellom pasient og personell som det viktigste aspektet ved sykehusinnleggelsen, noe som er sammenfallende med annen psykoterapiforskning.

De relasjonelle aspektene pasientene legger mest vekt på, er at personalet skal være empatiske, interesserte og forståelsesfulle overfor den situasjonen pasienten befinner seg i. Videre legges det vekt på at personalet respekterer pasientene, bruker tid sammen med dem og skaper et trygt terapeutisk miljø som kan virke positivt inn på pasientens tilfriskningsprosess (257-260).

Noen studier har siden 1990 undersøkt i hvilken grad miljøet i de psykiatriske behandlingseenhetene påvirker pasientenes bedring mens de er innlagt. I studiene er det gjort undersøkelser blant annet ved bruk av Ward Atmosphere Scale (WAS) (261). Studier tyder på at pasienter med en psykoselidelse var mest fornøyde hvis de opplevde at behandlingsmiljøet var støttende og strukturert og kjennetegnet av lite sinne og aggresjon.

I de senere år har også andre studier vist at pasienttilfredsheten også er sterkt knyttet til i hvilken grad pasientene blir involvert i behandlingen og de ulike aktivitetene på posten (engasjement), og i hvilken grad pasientene opplever kontrolltiltak fra personalet (personalkontroll) (250;251). Behandlingsmiljøet i døgnenhetene innen psykisk helsevern er viktig både for *utbyttet av* og *kvaliteten* på behandlingen. Miljøet bør undersøkes jevnlig, det anbefales hvert annet år.

8.6.2 Kognitiv miljøterapi

Kognitiv miljøterapi ble introdusert ved døgnenheter tidlig på 1980-tallet. Målet var å ta i bruk kognitive og atferdsterapeutiske behandlingsprinsipper i det miljøterapeutiske arbeidet med innlagte pasienter (250;262).

Kognitiv miljøterapi tar utgangspunkt i den kognitive modellen for psykiske lidelser, der en prøver å identifisere og utfordre pasientens tanker og antagelser som er relatert til pasientens psykiske problemer. I kognitiv miljøterapi er hovedingrediensene i behandlingen en integrasjon av kognitive teknikker, ferdighetstrening og psyko-
edukasjon (263;264). For en nærmere beskrivelse av implementering og erfaringer i Norge når det gjelder bruk av kognitiv miljøterapi ved alvorlige psykiske lidelser, henvises det til Simonsen (264) og Fredheim (263).

8.7 Kunst- og musikkterapi

1a	Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.	A
----	---	---

Kunstterapi omfatter musikkterapi, dramaterapi, danseterapi og bildende kunst. I de senere årene har forskjellige former for kunstterapi vært tatt i bruk i arbeidet med

pasienter som har psykoselidelser (265;266). Disse terapiformene har i den senere tid blitt tydeligere definert, og det har også blitt fokusert skarpere på fasespesifikke tilnærminger og lidelsens symptomatologi (267).

I noen land er fellesbetegnelsen «art therapies» etablert for ulike former av denne behandlingstilnærmingen (268), men en tilsvarende fellesbetegnelse og samordning av utdanninger eksisterer ikke i Norge. I Norge finnes det bare godkjente utdanninger for den musikkterapeutiske behandlingen.

Forskning viser at musikkterapi er særlig effektivt for å redusere negative symptomer. Det er også indikasjoner på at virkningen av en slik behandling er til stede seks måneder etter at intervensjonen er avsluttet. Musikkterapi er like effektivt for pasienter som er innlagt på døgnenheter, som for dem som får poliklinisk behandling (265;269). Forskning viser at musikkterapi både kan inngå i behandling innen psykisk helsevern (265;270) og i kommunalt arbeid (267).

8.8 Fysisk aktivitet, trening og fysioterapi

1b	Informasjon om betydningen av fysisk aktivitet, motivasjon til og tilrettelegging for aktivitet og trening bør inngå som en viktig del av en helhetlig behandling.	A
----	--	---

Forskning viser at pasienter/brukere med psykiske lidelser har høyere risiko for å få fysiske helseproblemer (271). Personer med alvorlige psykiske lidelser har en overhyppighet av overvekt, hjerte- og karsykdommer, type 2-diabetes og en betydelig lavere gjennomsnittlig levealder sammenlignet med normalpopulasjonen. Disse risikofaktorene forsterkes av at mange av pasientene/brukerne også har et mindre sunt kosthold, røyker og driver lite fysisk aktivitet.

Det finnes få studier om effekten av fysisk aktivitet på symptomer ved alvorlige psykiske lidelser. En litteraturgjennomgang tyder på at strukturert fysisk trening hos pasienter med schizofrenidiagnose har en positiv effekt på humøret, fører til redusert angst, bedrer de negative symptomene og gir bedre livskvalitet (272). Noen eldre studier har antydning av en bedring også av positive psykosesyntomer (273). I 2012 ble det publisert en effektstudie som blant annet konkluderer med at fysisk trening reduserer symptomer på schizofreni og depresjon (274).

Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer og bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen ved psykoselidelser. Dette innebærer at pasienter/brukere informeres 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 aktivt motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet (275;276).

Når det gjelder psykomotorisk fysioterapi og fysioterapi rettet mot økt kroppsbevissthet («body awareness»), finnes det svært få studier om psykoselidelser og ingen gode studier som antyder noen spesifikk effekt på symptomer (utover den eventuelle generelle effekten av fysisk aktivitet).

8.9 Sosial ferdighetstrening

1a	Pasienter med psykoselidelser som mangler sosiale ferdigheter tilknyttet hverdagslivets aktiviteter, bør tilbys trening i sosial interaksjon og i andre ferdigheter som er nødvendige for å mestre et selvstendig liv.	A
----	--	---

Sosial fungering og sosiale ferdigheter er relatert til å mestre sosiale relasjoner og kan defineres som evnen til å utrykke både positive og negative følelser på en effektiv måte i mellommenneskelige relasjoner.

Problemer med den sosiale fungeringen oppstår som følge av at personen ikke har de hensiktsmessige ferdighetene i atferdsrepertoaret, at ferdighetene ikke benyttes på riktig måte eller tidspunkt, eller at personen oppfører seg sosialt lite hensiktsmessig i forhold til konteksten.

Sosial ferdighetstrening (SFT) er en strukturert metode der selve behandlingen først starter ved at en foretar 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 (277). 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 mer sammensatte og nye sosiale ferdigheter. Pasientene blir stimulert og støttet til å trene mellom de ulike behandlingsmøtene, slik at det kan bli mulig å generalisere de nye lærte ferdighetene og atferden fra behandlingssituasjonen til reelle sosiale situasjoner (277). Den sosiale ferdighetstreningen bør ledes av erfarne behandlere, ha en strukturert plan for de ulike gruppemøtene samt bruke materiell (video og arbeidsbøker for pasientene) for at effekten av den sosiale ferdighetstreningen skal bli størst mulig (278).

Pasienter med schizofrenidiagnose kan tilegne seg sosiale ferdigheter knyttet til den interpersonlige fungeringen gjennom sosial ferdighetstrening. For at ferdighetstreningen skal ha effekt, er det viktig å fokusere på klart definerte aktiviteter, situasjoner og problemer. Sosial ferdighetstrening har vist seg å kunne gi en bedring av pasientens psykososiale ferdigheter, men har ikke den samme positive effekten med hensyn til å redusere psykosesyntomer eller antall sykehusinnleggelses hos den samme pasientgruppen (238). Ferdighetstrening, gjennom trening i klinisk baserte situasjoner, må derfor ta utgangspunkt i situasjoner som pasientene møter i sitt eget hverdagsliv. Sosial ferdighetstrening har en synergieffekt når den blir kombinert med annen behandling, for eksempel kognitiv atferdsterapi og familieintervensjoner (278).

8.10 Gruppeterapi ved psykoselidelser

Gruppebaserte intervensjoner benyttes ofte i behandlingen av pasienter med psykoselidelser. Gruppebaserte intervensjoner kan stort sett kategoriseres i to typer grupper; *terapeutiske grupper* og *oppgaverelaterte grupper*. Et eksempel på terapeutiske grupper kan være kognitiv gruppeterapi ved psykosesyntomer, mens sosial ferdighetstrening kan være et eksempel på en oppgaverelatert gruppe.

Forskning antyder at pasienter med psykosesymptomer kan ha nytte av gruppebaserte intervensjoner (279). Gruppebehandling kan gi rom for at deltagerne lærer gjennom å observere andre. Eventuelle gruppebaserte intervensjoner for pasienter med psykose- lidelser bør ledes av erfarne gruppeterapeuter, ha et evidensbasert grunnlag og en strukturert plan for de ulike gruppemøtene.

Det er gjort få undersøkelser knyttet til kognitiv gruppeterapi for mennesker med psykoselidelser, og de viser til blandede resultater (280). Effekten av kognitiv gruppe- terapi på hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger ser ut til å være begrenset (280;281). Andre studier, der den kognitive gruppeterapien er rettet mot å behandle samtidige (komorbide) symptomer som depresjon og sosial angst, viser til mer lovende resultater (280;282-284).

8.11 Kognitiv trening

1b	Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming for å trene opp ferdigheter knyttet til daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse.	B
----	--	---

Tradisjonelle behandlingsmetoder ved psykoselidelser/schizofreni er ikke rettet mot kognitive vansker (285). Det forskes på å utvikle metoder for kognitiv trening som gir spesifikk opptrening av kognitive funksjoner. Dette må ikke forveksles med kognitiv atferdsterapi, som er en egen samtaleterapeutisk metode (se avsnitt 8.5.1).

Det finnes ulike typer programmer for kognitiv trening, noen er papir- og blyantbaserte, men mest vanlig er de som er databaserte. Treningen er av fast varighet og hyppighet og kan foregå i en gruppe (286). Treningen involverer pedagogiske virkemidler som tilbakemeldinger, øvelse, repetisjon og læring av strategier. I mange programmer fokuserer en også på å overføre det en lærer gjennom trening, til hverdagsituasjoner.

Målsettingen for kognitiv trening er å forbedre den kognitive funksjonen og gjennom dette forbedre det generelle funksjonsnivået. Studier av effekten av kognitiv trening har gitt blandede resultater, og behandlingsretningslinjer fra Storbritannia (238) påpeker at det trengs flere studier før en kan slå fast at kognitiv trening har effekt.

I Norge har en gjennomført en studie av ungdom der en fant en viss positiv effekt på oppmerksomhetsfunksjonen (286). Det finnes også nyere oversiktsartikler som argumenterer for en forsiktig optimisme med hensyn til effekten av kognitiv trening (287). Fordelene ved kognitiv trening kan være økt livskvalitet, særlig i kombinasjon med andre behandlingsformer (288). Organisert arbeidsrehabilitering er prøvd ut, med positive resultater, for personer med schizofrenidiagnose, og det kan se ut som arbeids- rehabilitering (særlig arbeid med bistand) i kombinasjon med kognitiv trening gir bedre resultater enn arbeidstrening eller kognitiv trening alene (288;289).

8.11.1 Andre tiltak ved kognitive vansker

4	Ved kognitive vansker bør det legges til rette for bruk av relevante hjelpemidler, praktisk hjelp og tilpasninger i arbeid og skole.	D
---	--	---

Det gjøres stadig utprøvinger av legemiddelbehandling for å bedre det kognitive funksjonsnivået (285). Det kan synes som om nyere antipsykotika (andre- og tredje-generasjonslegemidler) har noe positiv effekt (290). En må imidlertid ta forbehold om at slike studier oftest er legemiddelfinansierte og bare undersøker bruk av ett legemiddel om gangen under mer kontrollerte forhold enn en ser i vanlig klinisk praksis. Legemidler med antikolinerge bivirkninger kan derimot ha negativ effekt på hukommelse og innlæring (291).

Tilrettelegging, ulike hjelpemidler og praktisk hjelp kan være nyttig og eventuelt kreve et samarbeid mellom flere tjenesteytere. Det kan være alt fra enkle visuelle hjelpemidler, som dagtavler, til mer avanserte tekniske hjelpemidler som datamaskiner og mobiltelefoner med spesialfunksjoner. Det finnes flere hjelpemidler og metoder som kan bidra til å lette organiseringen av egen hverdag, huske avtaler og praktiske gjøremål m.m., blant annet systematisert gjennom metoden Cognitive Adaptation Training (292).

Generell ergoterapeutisk kompetanse og kunnskap om tilrettelegging og teknikker for å lette organiseringen 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 (293).

Tilrettelegging innen skole og arbeid kan være viktige tiltak. Arbeid og utdanning er vesentlig for tilfriskning og selvrealisering, og tilpasninger for å unngå overbelastning og stress bidrar til at pasienten/brukeren kan mestre oppgavene også i perioder med økte utfordringer. Enkelte ungdommer og unge voksne vil i et utdanningsløp kunne ha nytte av tilpasset opplæring. Dette innebærer å få tilpasset undervisningens innhold og nivå, omfang, målsetning og/eller organisering. Se mer i kapittel 10 Skole, utdanning og arbeid.

8.12 Somatisk helsetilstand

Den somatiske helsetilstanden bør undersøkes jevnlig hos pasienter med psykose-lidelser. Dette er spesielt viktig for pasienter som bruker antipsykotiske legemidler.

Oppfølgingen av somatisk helse skjer oftest hos fastlegen / i samarbeid med fastlegen. Fastlegen er sentral i det forebyggende helsearbeidet med rådgivning om kosthold, mosjon og røykeslutt. Røykesluttprogrammer i regi av helsetjenesten gir større sannsynlighet for røykfrihet.

Overdødelighet hos pasienter med psykoselidelser skyldes i hovedsak hjerte-/karsykdommer og lungesykdommer. Retningslinjene for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer beskriver hvilke pasienter som skal ha legemidler for å forebygge slike lidelser (294). For pasienter som har tegn på hjerte-/karsykdom eller utvikling av diabetes, finnes det egne retningslinjer for når en skal starte behandling.

8.13 Behandling med legemidler

1a	Pasienter med en diagnostisert psykoselidelse bør tilbys å prøve ut et adekvat gjennomført behandlingsforsøk med et antipsykotisk legemiddel.	A
1a	Doseringen ved vedlikeholdsbehandling bør normalt ligge i det nedre området. Virksom dosering for pasienter som har hatt flere psykotiske episoder, ligger vanligvis i et doseringsområde som tilsvarer 1–3 definerte døgndoser. Det bør ikke gis doser over denne øvre grensen uten å ha gjort en nøye vurdering og funnet en god begrunnelse for det.	A
1b	For enkelte pasientgrupper må en følge særlige forsiktighetsregler når det gjelder preparatvalg og dosering og ha vaksomhet for bivirkninger. Dette gjelder: <ul style="list-style-type: none">▪ pasienter som kommer til behandling for første gang▪ barn og unge▪ eldre og pasienter med somatiske sykdommer▪ gravide og ammende▪ pasienter med samtidig rusmiddelmissbruk▪ pasienter innenfor ulike etniske grupper▪ pasienter med psykisk utviklingshemming▪ pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autisme/Aspergers syndrom	A
1b	Pasienter med såkalte «høyriskotilstander» (prodromal, <i>ultra high risk</i> (UHR) og at <i>risk mental state</i> (ARMS)) bør ikke rutinemessig tilbys behandling med antipsykotiske legemidler.	A

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 kan bruke evnene og ressursene sine i større grad, få fullt utbytte av andre behandlingsformer og dermed også klare seg bedre.

Behandling med legemidler skal som hovedregel bare gjennomføres dersom pasienten samtykker til det. Psykisk helsevernloven (8) § 4-4 kan gi hjemmel for å gjennomføre behandling uten eget samtykke overfor pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern, jf. psykisk helsevernloven § 3-3. Dette forutsetter at en rekke vilkår er oppfylt.

Ved gjennomføring av behandling med legemidler uten eget samtykke med hjemmel i psykisk helsevernloven § 4-4 er det fastsatt særskilte krav til forutgående informasjon, undersøkelse med videre, jf. psykisk helsevernloven (295) §§ 19-22.

Det vises til nærmere omtale i rundskriv IS-9/2012 *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven* med kommentarer (18).

De fleste som har fått en psykosediagnose, vil på et 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 psykosesymptomene, legemidlene kan også bidra til å redusere angst og indusere søvn. De har også en viktig plass i behandlingen gjennom 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 kliniske studier som gir informasjon om hvordan behandlingen bør tilrettelegges for å gi best mulig ønsket effekt med minst mulige bivirkninger. Denne informasjonen er i stor grad formulert som konkrete råd og anbefalinger, og dette kapittelet inneholder derfor flere konkrete anbefalinger enn andre kapitler i retningslinjen. Hensikten er å gi god informasjon som kan hjelpe behandler og pasient med å foreta 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 tillegges stor vekt.

Mer enn 100 kontrollerte studier viser at antipsykotiske legemidler har en klart bedre effekt enn ikke-virksomme legemidler (placebo) når det gjelder å redusere akutte psykosesymptomer, 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 (14;296). Fordi legemidlene reduserer risikoen 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 psykoseepisode.

En metaanalyse med data fra 35 studier (3500 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 psykoseepisode. Dersom behandlingen avsluttes, stiger den til rundt 55 % (297). En tilsvarende metaanalyse med 66 studier fant en sammenlagt (kumulativ) tilbakefallsrate hos pasienter som avsluttet behandling, på 53 % over 6–10 måneder, mens risikoen var på 16 % hos de som fortsatte (298). En undersøkelse av pasienter med schizofrenidiagnose, 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 (299).

Med dette som bakgrunn er antipsykotisk legemiddelbehandling anbefalt som førstevalgsbehandling både ved akutte psykosetilstander og til forebygging av tilbakefall. Alle pasienter bør derfor tilbys å prøve ut en adekvat gjennomført behandling.

Det finnes forskjellige klasser eller typer antipsykotiske legemidler. Alle legemidlene som er tilgjengelig i dag, har det fellestrekket at de virker på hjernens dopaminreseptorer, særlig reseptorer av typen dopamin₂ (D₂) (300;301). På *gruppenivå* har de forskjellige legemidlene – med unntak av clozapin – også likeverdige effekter på psykosesymptomer (302).

8.13.1 Virkning

De antipsykotiske legemidlene som er i bruk i dag, virker alle hovedsakelig gjennom interaksjon med D2-reseptorer i hjernen, vesentlig i form av å blokkere D2-reseptorer. Sammenhengen er så sterk at styrken på 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. På bakgrunn av forskjeller i reseptorbindingsprofiler og bivirkningsprofiler deles legemidlene inn i flere grupper. Eldre preparater med sterk binding til D2-reseptorer og tilsvarende sterk tendens til bivirkninger forårsaket av D2-blokade, ble tidligere kalt nevroleptika eller typiske antipsykotika. I dag grupperes de oftest sammen som **førstegenerasjons antipsykotika (FGA)** (på engelsk *first generation antipsychotics* - FGA).

Nyere legemidler med svakere D2-blokade, mindre D2-relaterte bivirkninger og en ofte bred reseptorbindingsprofil, kalles også atypiske antipsykotika. Dette begrepet har etter hvert blitt sjeldnere i bruk, fordi gruppen totalt sett har relativt store likhetstrekk med eldre typer legemidler, og fordi det kan framstå ulogisk å kalle den mest brukte legemiddelgruppen for «atypisk». Denne svært sammensatte gruppen kalles nå oftest **andregenerasjons antipsykotika (AGA)** (på engelsk *second generation antipsychotics* - SGA). Gruppen er så sammensatt at enkelte har stilt spørsmål om hvorvidt det er rimelig å se på AGA-preparater som en egen klasse (303).

Forskjellene i reseptorprofilene forklarer forskjellene i legemidlets totale virknings- og bivirkningsprofil, slik som grad av beroligende (sederende) effekt og risiko for vektøkning. Tabellen i vedlegg 3 gir en oversikt over forskjellene i reseptorprofil mellom legemidlene og illustrerer at også enkelte FGA har en sammensatt reseptorbindingsprofil.

Kunnskap om legemidlenes effekter på hjernen har betydning for tilretteleggingen av klinisk bruk. PET-undersøkelser tyder på at det er et ganske smalt vindu for optimal effekt av D2-blokade (294). Klinisk effekt på symptomene ses på gruppenivå når vel 60 % av reseptorene blokkeres, 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 komme til å passeres bare med en liten økning av dosen (294). Dette er grunnen til at doseøkninger bør foregå langsomt, med en 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. Dette fører til endringer i måten genene avleses på, og av hvilke proteiner som produseres. Denne prosessen kan gi mer langvarige, strukturelle forandringer i nervecellene.

Dette vil gi en legemiddelrespons som kommer gradvis etter dager eller uker med 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 1–3 definerte døgndoser er tilstrekkelig til å oppnå antipsykotisk effekt i akutte faser. Det er i hovedsak ingen tilleggseffekt av svært høye doser eller veldig raske doseøkninger. De fleste advarer i dag mot å bruke rask opptrapping («rask nevroleptisering» (14)), og det er hos de aller fleste pasientene ikke grunnlag for å gå ut over de anbefalte doseringene for de forskjellige legemidlene.

Det er 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 framtrødende, 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. Tabellen i vedlegg 3 gir et anslag av hvilke doser som er sammenlignbare (ekvivalente) for forskjellige typer legemidler.

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 knyttet til virkningen på histaminerge reseptorer. Den viktigste effekten er likevel den langsomt innsettende effekten på psykosesyntomer, 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 er vanligvis de symptomene som bedres først, deretter vrangforestillinger og til slutt hallusinasjoner. Det er også diskutert om noen av legemidlene kan ha en stimulerende effekt, enten gjennom en delvis bedring av negative symptomer, eller ved at de har en antidepressiv effekt. Når det gjelder antipsykotisk virkning, ser det ikke ut til å være noen forskjeller mellom FGA- og AGA-gruppene, eller mellom de enkelte FGA- og AGA-preparatene. Det eneste unntaket er clozapin, som kan ha positiv effekt i en undergruppe med manglende behandlingsrespons.

En stor finsk registerstudie tyder på at antipsykotiske legemidler, på tross av risikoen for bivirkninger, har en positiv innvirkning på pasientenes helsetilstand, også utover effekten på psykosesyntomer. (304;305) 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 risikoen for tidlig død reduseres i gruppen som bruker clozapin, på tross av at preparatet kan gi betydelige metabolske forstyrrelser. Den gunstige effekten av clozapin skyldes sannsynligvis at risikoen for selvmord reduseres, men det kan også være en tilleggseffekt av at pasienter på clozapinbehandling vanligvis får en tett oppfølging av den fysiske helsen (139).

8.13.2 Bivirkning

Vanlige bivirkninger av FGA-legemidler er tett knyttet til effekten av D2-blokade i andre områder av sentralnervesystemet enn de tilsiktede. Den mest vanlige bivirkningen 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 eller måneder med behandling. Enkelte opplever dette primært som muskulær uro, mens andre opplever det mer som indre uro. Den siste formen for akathisi kan derfor mistolkes som et primært psykisk symptom og føre til økt medisinerings. En annen bivirkning som oppstår etter noen uker eller måneder med behandling, er muskulær stivhet og skjelvninger (legemiddelutløst parkinsonisme). Igjen er bivirkningene doseavhengige. Effekten av antikolinerge preparater er begrenset, særlig ved akathisi.

En undergruppe pasienter opplever også muskulære bivirkninger som kommer senere i behandlingen, og som går sakte tilbake, og noen ganger ikke helt tilbake, selv om behandlingen avsluttes. Slike bivirkninger kalles tardive dyskinesier og starter ofte i ansikts- og tungemuskulatur, for eksempel i form av tyggebevegelser, men kan ramme alle muskelgrupper. Det er karakteristisk at de, forbigående, kan tilta i styrke når dosen reduseres. Disse sene (tardive) dyskinesiene er sjeldne, men de mest alvorlige bivirkningene. De er hyppigst sett ved bruk av høypotente (lavdose-FGA), men på grunn av likheter i virkningsmekanismene kan også AGA gi tardive dyskinesier, selv om risikoen er lavere (306).

En annen bivirkning knyttet til D2-blokade er at de kan gi forhøyet nivå av prolaktin. Følgen kan være melkesekresjon og økning i bryststørrelse hos begge kjønn, menstruasjonsforstyrrelser hos kvinner og seksuelle vansker hos menn. I tillegg kan D2-blokade på grunn av blokkering av baner i hjernen (mesokortikale baner) gi motivasjonsmangel, som til forveksling ligner på negative symptomer.

Det er mindre risiko for nevro-muskulære bivirkninger ved bruk av AGA enn FGA, men på grunn av overlappende virkningsmekanismer kan de likevel forekomme, særlig ved høy dosering. Igjen er det akathisi som er mest vanlig. Parallelt med redusert bruk av FGA har den kliniske kunnskapen om ekstrapyramidale bivirkninger (EPB) gått ned, og det undersøkes sjeldnere om pasienter har slike bivirkninger.

I kliniske studier kan pasientene fortelle om mindre negative symptomer og kognitive forstyrrelser ved bruk av AGA enn FGA. Det er usikkert i hvor stor grad dette skyldes en direkte effekt av de nye legemidlene eller fravær av bivirkninger ved de gamle. Selv om AGA har klart mindre nevro-muskulære 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, histaminerne og muskarinerne acetylcholinerge reseptorer (307).

Bivirkningsrisikoen for det enkelte legemiddelet kan delvis leses ut av reseptorprofiler, se tabell i vedlegg 3. Blokade av muskarinerne acetylcholinerge reseptorer gir munn-tørrhet, treg mage og akkomodasjonspareser, mens blokade av histaminerne reseptorer gir søvnighet, økt appetitt og dermed 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 utvikling av insulinresistens. Mekanismene er kompliserte, og en forstår de fortsatt ikke fullt ut, men påvirkning av histamin, og også muligens 5HT-2C-reseptorer, spiller inn. Igjen er vektøkning et fenomen 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. Forlenget QT-intervall kan også ses ved flere FGA-preparater (308). Legemiddelverket har nylig revurdert refusjonsstatus for alle AGA og konkludert med at det ikke vil være hensiktsmessig å innføre et foretrukket legemiddel fra denne gruppen. 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.

Det bør undersøkes om pasienten har nevromuskulære symptomer (dyskinesier) før behandlingsoppstart, siden dette også kan ses hos pasienter som ikke bruker legemidler. I eldre litteratur legges det vekt på fenomenet som kalles *spesifikk 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 legemidlenes presise virkningsmekanismer, ble dette sett på som et signal om potensiell antipsykotisk effekt under utprøvinger av nye legemidler. Fenomenet oppleves vanligvis som ubehagelig.

Bivirkninger som er dødelige, livstruende eller som har gitt varige alvorlige følger og nye eller uventede bivirkninger, er meldepliktige, jf. legemiddelforskriften (309) § 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 om problemer ved seponering av legemidler. For mer informasjon se [RELIS temaside om bivirkninger](#) (310).

8.13.3 Praktisk bruk av antipsykotika

8.13.3.1 Oppstart av behandling for første gang

3	Pasienter som kommer til førstegangsbehandling, bør i utgangspunktet tilbys antipsykotika i tablettform. Valget av legemiddel bør tas av behandler og pasient i felleskap. Dersom pasienten ønsker det, bør en også rådføre seg med pårørende. Pasienten må på forhånd få god informasjon om fordeler og ulemper ved de enkelte legemidlene. I denne valgprosessen bør en ta med i vurderingen i hvor stor grad det enkelte legemiddelet kan føre til ekstrapyramidale bivirkninger, metabolske forstyrrelser eller andre bivirkninger.	B
1b	Før behandlingen startes, bør pasienten få tilbud om en somatisk undersøkelse. Denne undersøkelsen inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> ▪ egen historie og familiehistorie når det gjelder diabetes og hjertesykdom ▪ registrering av blodtrykk, vekt, KMI, sentrale metabolske mål (blodlipider) ▪ EKG dersom dette er anbefalt i preparatomtalen for det valgte preparatet, eller dersom sykehistorie/undersøkelse indikerer mulig hjertesykdom hos pasienten 	A
1b	Ved oppstart bør dosen være i den lavere delen av doseringsintervallene i preparatomtalen, og deretter økes gradvis, men ikke over bivirkningsgrensen (ekstrapyramidale bivirkninger). Etter oppstart bør et preparat prøves ut i antatt optimal dosering i minst 4-6 uker. Effekten av den igangsatte behandlingen bør overvåkes nøye og resultatene journalføres.	A

1a	En hurtig økning av dosen (rask nevroleptisering) bør ikke foretas.	A
1a	Samtidig bruk av flere antipsykotika bør kun skje i perioder der en går over fra ett legemiddel til et annet (i henholdsvis opptrappende og nedtrappende doser).	A

Når behandling startes 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 (311). Behandlingen bør derfor starte med lav dose og langsomt trappes opp, og det er anbefalt å ikke gå over doser tilsvarende 2 definerte døgndoser (vedlegg 3) uten nøye vurdering. Dette er en lavere dosering enn det som anbefales ved tilbakefall hos pasienter med mer langvarige sykdomsforløp, der det anbefales å bruke en døgndose på 1–3 definerte døgndoser.

Oppstart bør primært skje med tabletter eller annen peroral behandling, jf. psykisk helsevernforordningen (295) § 22. Det synes ikke å være noen forskjell på de enkelte legemidlenes effekt på psykosesyntomer. Valget bør derfor baseres på en samlet vurdering av legemidlenes virknings- og bivirkningsprofil, sett i forhold til pasientens symptomer og risikofaktorer. En pasient med sterk uro og søvnvansker kan for eksempel 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, på et forståelig språk, om hensikten med behandlingen, og fordelene og ulempene med legemidlene som vurderes, herunder bivirkninger, slik at det er mulig å være med på å ta en informert beslutning. Før oppstart bør det gjøres en grundig klinisk undersøkelse for å vurdere bivirkningsrisikoen. 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.

Dersom anamnese gir mistanke om hjertesykdom, eller en vurderer å sette pasienten 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. Det er også viktig å kartlegge sigaretttrøyking, kaffedrikking, rusmiddelbruk, bruk av helsekost/naturlegemidler, slik at man 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, ved eventuelle bivirkninger og ved terapivikt er dette viktige spørsmål.

Når en vurderer valg av legemiddel, gir råd om fortsatt bruk eller anbefaling om seponering av urtepreparater, samt ved bivirkninger, kan behandlende lege bruke [Statens legemiddelverks database for interaksjoner, DRUID](#) (312), eller sidene til [Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling \(NIFAB\)](#) (313).

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 noen klare forskjeller verken i primæreffekt på psykosesyntomer eller i risiko for alvorlige bivirkninger mellom FGA og AGA på gruppe-

nivå eller mellom enkeltpreparater, er det ingen faglige grunner til å anbefale ett bestemt preparat framfor et annet (314;315). Etersom den antipsykotiske effekten øker over lengre tid, ofte flere uker, bør et preparat ideelt sett prøves ut i 4–6 uker med antatt effektiv dose før en konkluderer med om det 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. For pasienter som ikke har hatt tilfredsstillende respons på to adekvate utprøvinger av et standard antipsykotisk preparat, bør en vurdere clozapin-behandling, med mindre det foreligger særlige kontraindikasjoner. Behandling med flere legemidler på én gang anbefales normalt ikke.

Pasienter med førstegangpsykose har vanligvis god behandlingsrespons på antipsykotiske legemidler. Ved adekvat legemiddelbehandling blir over halvparten upsykotiske i løpet av tre måneder.

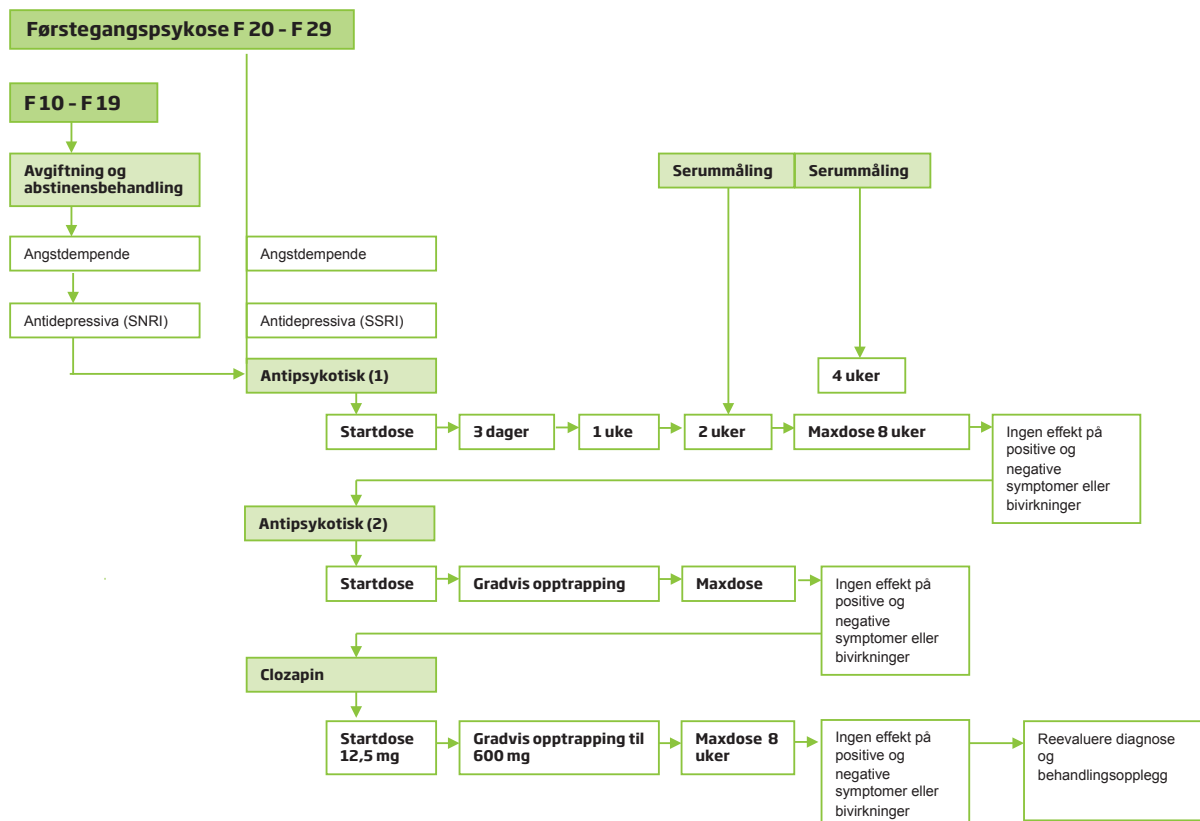
Pasienter som ikke har hatt god respons på ett legemiddel i løpet av det første behandlingshalvåret, vil bare i liten grad bedres spontant, det vil si uten å endre behandlingen. Kontroll med psykosesymptomer er viktig for at andre typer behandling og rehabilitering skal få optimal effekt, og dette er derfor sentralt for de fleste i en tilfriskningsprosess. Pasienter som er vedvarende psykosesymptomer etter et halvt år med adekvat legemiddelbehandling, bør derfor følges aktivt opp for å få tilrettelagt behandlingen best mulig. Det samme gjelder pasienter som har vedvarende bivirkninger.

Når en går over fra ett legemiddel til et annet, bør ikke behandlingen avsluttes brått, men trappes gradvis ned mens doseringen av det nye preparatet gradvis økes over noen uker. Akutte, nevromuskulære bivirkninger (dystonier) kan dempes med antikolinerge antiparkinsonpreparater. Vedvarende nevromuskulære bivirkninger kan også bedres ved bruk av denne typen preparat. Men fordi antikolinerge legemidler kan ha negativ innvirkning på kognitive funksjoner (hukommelse), bør en i slike situasjoner vurdere å endre behandlingen. 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 clozapin. Ut fra reseptorprofil vil et alternativ kunne være quetiapin, men dette er ikke like godt underbygd av forskning.

Registreringer som bør inngå i oppfølgingen av igangsatt legemiddelbehandling:

- bakgrunnen for oppstart av behandling med antipsykotisk legemiddel og hva som ønskes oppnådd med behandlingen
- tidspunkt for endring i symptomer og/eller i atferd
- tidspunkt for endring i mulige bivirkninger, inkludert en vurdering av sannsynligheten for at disse skyldes legemiddelet
- i hvor stor grad pasienten følger opp legemiddelbruken som avtalt
- dosering over det som er angitt i preparatomtalen, begrunnes spesifikt
- tidspunkt, årsak og effekt av at dosen endres eller behandlingen avbrytes
- begrunnelse hvis behandlingen opprettholdes i de tilfellene der pasienten ikke har full symptomrespons eller har bivirkninger

Legemiddelbehandling ved førstegangpsykose



8.13.3.2 Behandling ved oppnådd symptomfrihet

1a	Etter behandling av den første psykoseepisoden bør pasienten informeres om at risikoen for tilbakefall er svært stor dersom legemiddelbehandlingen avsluttes i løpet av de neste ett til to årene.	A
1a	Pasienter som er til førstegangsbehandling for en psykose, og som oppfyller 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 (315;316). Selv om vi vet at en undergruppe pasienter (10-20 %) ikke vil oppleve tilbakefall, finnes det i dag ingen prøver, tester eller andre kjennetegn som på forhånd kan fortelle oss hvem dette er (315;317). Alle eksisterende retningslinjer for behandling anbefaler derfor at pasienter som oppfyller diagnosekriteriene for schizofreni og andre langvarige psykoselidelser, tilbys forebyggende behandling med antipsykotiske legemidler (296;318;319). Det mulige unntaket i denne anbefalingen er pasienter med svært kortvarige psykoseepisoder uten negative psykososiale konsekvenser.

Kliniske studier gir ingen sikre holdepunkter for at enkelte legemidler har bedre effekt når det gjelder å forebygge tilbakefall av psykosesymptomer. 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.

Dårlig behandlingsetterlevelse (non-compliance) er et problem ved all langtids-behandling / forebyggende behandling ved kroniske sykdommer og er ikke noe spesifikt problem når det gjelder pasienter med psykoselidelser. Årsaken er vanligvis heller ikke manglende sykdomsinnsikt, men at vedkommende glemmer å ta legemidler, eller at ubehaget ved bruk oppleves som større enn risikoen ved å slutte. Ved manglende etterlevelse er det viktig å kartlegge årsaken og i samarbeid med pasienten legge behandlingen bedre til rette. God informasjon og god kommunikasjon om målet med behandlingen er viktig.

Dersom problemet er å huske å ta legemiddelet, kan det hjelpe å få bedre daglige rutiner, bruke dosett eller forskjellige former for påminning (for eksempel ved hjelp av mobiltelefon). Det er ofte nødvendig å bruke legemidler som kun tas én gang om dagen og eventuelt skifte legemiddel for å finne den beste balansen mellom virkning og bivirkning.

Dersom behandlingen avsluttes tidligere enn anbefalt, 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 en lavere dose enn i en akutt fase. Det er derfor viktig å redusere dosen ved stabil symptomfrihet.

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

8.13.3.3 Lengde på behandling for å forebygge tilbakefall

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 én gang årlig.	B
1b	Dersom pasienten likevel ønsker å avslutte legemiddelbehandlingen, bør det skje ved en gradvis nedtrapping med nøye observasjon av tidlige tegn på tilbakefall.	A
1b	Etter avsluttet legemiddelbehandling bør pasienten følges opp med hensyn til tegn på tilbakefall i minst to år.	A

Det anbefales videre behandling i minimum to år etter første psykoseepisode og fem år eller lengre etter tilbakefall hos pasienter som fyller diagnosekriteriene for schizofreni (320;321). For personer med kortvarige psykoser vil det vanligvis anbefales noe kortere forebyggende behandling.

Sammen med pasienten gjøres det en vurdering av hvor alvorlige de negative psykososiale konsekvensene av den aktuelle episoden er. Det er vanskelig å forutsi hvem som

risikerer tilbakefall etter avsluttet legemiddelbehandling. Generelt sett øker risikoen med alvorlighetsgraden av psykosesyntomer pasienten har hatt i behandlingsperioden. Nedtrapping bør skje langsomt.

Etter at behandlingen er avsluttet, er risikoen for å få tilbakefall størst de første månedene, og faller deretter gradvis (297;320). Risikoen for tilbakefall etter avsluttet behandling er også stor for pasienter som er tidlig i sykdomsforløpet. Nyere studier viser at kun 4–20 % av pasientene som avsluttet behandling, var uten tilbakefall eller alvorlig symptomoppblomstring etter 15–18 måneder (320;322). Det finnes ingen kontrollerte studier som har lang nok observasjonstid til å si sikkert når risikoen for tilbakefall avtar.

Fordi tilbakefallsrisikoen er stor umiddelbart etter seponering, bør alle pasienter tilbys oppfølging en periode etter at de har avsluttet legemiddelbehandling. Det bør lages en kriseplan med varselsymptomer på tilbakefall, se avsnitt 11.7. Oppfølgingen kan skje i samarbeid med fastlege. Også pasienter som avslutter behandlingen tidligere enn anbefalt, bør tilbys den samme tette oppfølgingen.

8.13.3.4 Vedlikeholdsbehandling med antipsykotika

1b	Vedlikeholdsdosen bør være den lavest mulige effektive doseringen, og vanligvis lavere enn doseringen i akuttfasen. Dosering utenfor standard doseringsintervaller bør begrunnes.	B
1b	Periodevis (intermitterende) legemiddelbehandling bør ikke brukes rutinemessig. Unntaket er når pasienter ikke aksepterer kontinuerlig behandling.	B

Det bør tilstrebes å bruke minst mulig effektive dose under vedlikeholdsbehandling. For FGA finnes det kontrollerte studier som tyder på at dosen i vedlikeholdsfasen hos enkelte kan ligge ned mot halvparten av dosen i akuttfasen (1–2 definerte døgndoser). Det finnes foreløpig ikke tilsvarende studier for AGA, men klinisk praksis tyder på at det er mulig å redusere vedlikeholdsdosen også her. Dosering utenfor anbefalte doseringsrammer bør derfor begrunnes. Det er også gjort forsøk med såkalt intermitterende dosering. Dette består i at pasienter som er stabilt symptomfrie, trapper ned legemiddelbruken fullstendig under nøye oppfølging, men starter opp igjen dersom de får begynnende symptomer. Studier av intermitterende dosering viser at metoden gir mindre total legemiddeleksponering og oppleves som positivt av mange. Risikoen for symptomoppblomstring og tilbakefall er imidlertid betydelig større enn ved kontinuerlig legemiddelbruk, og intermitterende behandling blir derfor ikke anbefalt (323).

8.13.3.5 Bruk av depotpreparater i vedlikeholdsbehandling

Depotpreparater er et alternativ i vedlikeholdsbehandling for enkelte pasientgrupper. Det kan være pasienter som foretrekker denne formen for legemiddelbehandling, fordi de opplever den som mer praktisk. I andre tilfeller kan pasienten bli anbefalt denne formen, da basert på erfaringer om stor risiko for tilbakefall ved manglende eller usystematisk legemiddelbehandling.

Flere FGA og enkelte AGA finnes i langtidsvirkende depotpreparater. Det er i utgangspunktet ingen prinsipielle forskjeller i effekt mellom legemidler som svelges, og legemidler

i sprøyte-/depotform. Mange pasienter foretrekker å ta tabletter/mikstur, fordi det gir bedre egenkontroll og bedre muligheter til å finjustere dosen. Injeksjonspreparater foretrekkes også av en del pasienter, fordi de da ikke trenger å tenke på å ta legemidler hver dag. Hos pasienter med stor grad av desorganisering eller kognitive vansker kan bruk av depotpreparater bedre oppfølgingen. Nyere studier viser at pasienter som bruker et depotpreparat, har lavere risiko for tilbakefall og påfølgende sykehusinnleggelses. Pasienter som har vansker med etterlevelse, og pasienter som av andre grunner ønsker det, bør tilbys antipsykotika i langtidsvirkende form (304;305).

Ved behandling uten pasientens samtykke, jf. psykisk helsevernloven (8) § 4-4, skal pasienten i utgangspunktet selv velge i hvilken form behandlingen skal gis. Behandling med injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å svelge legemidler, jf. psykisk helsevernloven (295) § 22.

8.13.3.6 Bruk av serumkonsentrasjonsmåling for å overvåke behandling

Det er ingen fast sammenheng mellom dose og behandlingsrespons ved bruk av anti-psykotika. Det er også individuelle variasjoner i hvor stor grad legemiddelet tas opp i kroppen, hvordan det nedbrytes og hvordan det passerer blod-hjerne-barrieren. Dette legger begrensninger for i hvilken grad kontroll av serumkonsentrasjon kan brukes til oppfølging. Slike målinger kan være nyttige i tilfeller der det er spørsmål om over- eller underdosering på grunn av individuelle variasjoner i opptak eller nedbryting, eller om det er interaksjoner med andre legemidler som pasienten bruker. Standardområdene for serumnivå for ett enkelt legemiddel er imidlertid utarbeidet på bakgrunn av gjennomsnittet 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. Derfor bør opplevd effekt vektlegges sterkere enn serumkonsentrasjonen i seg selv dersom en benytter kontroll av serumkonsentrasjon i oppfølgingen av enkeltpasienter.

Det er viktig å etablere et basisnivå for den enkelte pasienten ved å gjenta målinger over tid.

8.13.3.7 Behandling av tilbakefall

1a	Ved et tilbakefall eller en akutt forverring av en psykoselidelse bør en starte legemiddelbehandling etter de samme prinsippene som ved oppstart for første gang. Pasientens erfaringer, vurdering av virkning og bivirkning over tid bør være sentralt når en skal velge preparat.	A
----	---	---

Oppstart av behandling forutsetter pasientens samtykke eller vedtak med hjemmel i psykisk helsevernloven (8) § 4-4.

I tillegg til de som får tilbakefall etter å ha avsluttet legemiddelbehandling, tyder naturalistiske studier på at omtrent 25 % av pasienter som mottar adekvat legemiddelbehandling, vil oppleve et psykotisk tilbakefall i løpet av en treårsperiode (297). Det er ingen holdepunkter for at enkelte legemidler virker bedre enn andre for disse pasientene. 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 det samme legemiddelet. Ved tilbakefall under forebyggende behandling må det vurderes

om dosen for legemiddelet skal økes, eller om det skal skiftes til et preparat med en delvis annen virkningsmekanisme.

For enkelte pasienter er akutte psykoseepisoder kjennetegnet av plagsom uro og agitasjon. I noen tilfeller fører slike symptomer også til atferd som kan være til risiko for pasienten selv eller omgivelsene, og som gjør det nødvendig å få rask kontroll med symptomene. Vanlig praksis er å bruke antipsykotiske legemidler, eventuelt som hurtigvirkende injeksjonspreparat, benzodiazepinpreparat eller kombinasjonen av disse. Selv om akutt uro er en vanlig problemstilling i akutteneheter innen psykisk helsevern, finnes det få kontrollerte studier på dette området. Studiene tyder på at benzodiazepinpreparater og antipsykotiske legemidler har omtrent like god effekt på uro i psykotisk tilstand (324).

Adgangen til å ta i bruk korttidsvirkende legemidler som tvangsmiddel er regulert i psykisk helsevernloven § 4-8. Det vises til nærmere omtale i rundskriv IS-9/2012 *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen* (18).

Dersom det har vært nødvendig med akutt legemiddelbehandling, bør pasienten etterpå få en klar og forståelig begrunnelse for dette og mulighet til å fortelle om og diskutere sine egne opplevelser av situasjonen. Både bakgrunnen for akutt legemiddelbehandling og pasientens opplevelse av dette skal journalføres.

FGA-preparater gitt som injeksjon, medfører stor risiko for akutte nevromuskulære bivirkninger dersom det ikke samtidig gis antikolinerge antiparkinsonmidler (325). Hos svært motorisk urolige pasienter brukes noen ganger den motorisk dempende effekten av dopaminblokkade 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 akuttbehandling (haloperidol injeksjonsvæske og zuclopentixol acetat) (326). Det finnes ingen uavhengige studier som gjelder bruken av AGA, for eksempel olanzapin, til injeksjon, men de eksisterende studiene tyder på at preparatet har mindre nevromuskulære bivirkninger enn FGA, men mer enn benzodiazepiner.

8.13.3.8 Behandling av pasienter med dårlig behandlingsrespons

1a	Pasienter med schizofrenidiagnose som ikke har hatt tilfredsstillende behandlingsrespons på minst to forskjellige antipsykotika (hvorav minst ett AGA), gitt over tilstrekkelig lang tid og i tilstrekkelige doser, bør tilbys behandling med clozapin.	A
----	---	---

Dårlig eller manglende behandlingsrespons – i form av vedvarende psykotisk symptomatologi og/eller betydelige negative eller kognitive symptomer med sterk negativ virkning på fungering – er vanlig ved schizofreni. 20–30 % av pasientene har ikke positiv respons på behandling med antipsykotiske legemidler i adekvate doser (327). Dårlig behandlingsrespons synes å forekomme mindre hos pasienter med førstegangpsykose (328), og det kan virke som om symptomene blir mindre responsive på legemidlenes virkning over tid (329).

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

- revurdere diagnosen
- kartlegge om pasienten har fulgt opp legemiddelbehandlingen som anbefalt
- foreta serumkonsentrasjonsmåling
- kartlegge om pasienten har fått tilbud om og benyttet seg av
- psykososiale behandlingsmetoder
- kartlegge andre mulige årsaker til dårlig behandlingseffekt, for eksempel samtidig rusmiddelmisbruk, høyt nikotin-/koffeininntak eller bruk av andre legemidler som kan ha medført interaksjon

I klinisk praksis er den vanligste måten å møte dårlig behandlingsrespons på å øke legemiddeldosen, til dels utover anbefalte doseringsintervaller. For denne pasientgruppen, som opplever begrenset effekt av antipsykotiske legemidler, er det spesielt viktig å tilstrebe å unngå bivirkninger.

Ved dårlig behandlingsrespons bør en først prøve ut et annet legemiddel med en noe annen virkningsprofil. Dersom to forsøk med antipsykotika i adekvat dose i mer enn 4–6 uker ikke fører til positiv respons, bør clozapin vurderes. 30 til 60 % av pasientene med dårlig behandlingsrespons har nytte av clozapin (330;331). På grunn av risikoen for alvorlige bivirkninger med fall i antall hvite blodlegemer (agranulocytose) og påfølgende behov for tett oppfølging og overvåking, bør oppstart av clozapin vurderes nøye, i tett samråd med pasienten.

For pasienter med dårlig behandlingsrespons er det relativt vanlig å kombinere flere antipsykotiske legemidler. Det finnes eksempler på at enkeltpasienter kan oppleve positive effekter av denne typen behandling, men det er ikke klart dokumentert i empiriske studier at kombinasjonsbehandling har effekt på gruppenivå (332).

Både høye doser og bruk av flere legemidler samtidig (polyfarmasi) vil øke den totale legemiddelmengden og dermed risikoen for bivirkninger. Det er særlig få holdepunkter 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 clozapin alene. Det finnes enkelte studier som tyder på at å kombinere clozapin med et AGA med annen bivirkningsprofil kan være til nytte for pasienter med moderat respons på clozapin eller doserelaterte clozapinbivirkninger (333).

Pasienter med dårlig behandlingsrespons som heller ikke responderer på høye doser eller kombinert behandling, skal ikke bli stående på slik behandling over tid.

8.13.3.9 Behandling av søvnvansker

Pasienter med schizofreni har ofte et forstyrret søvnmønster. Dette har særlig form av en kortere periode med dyp søvn før den første perioden med REM-søvn. Det foreligger i dag teorier om at dyp søvn har betydning for søvnkvaliteten og hukommelsesfunksjoner. Søvnvansker kan derfor ha betydning utover den subjektive plagen søvnløshet ofte medfører. Mange antipsykotiske legemidler har sentrale antihistaminerge egenskaper og vil derfor virke søvndyssende (sederende).

Undersøkelser tyder på at særlig olanzapin, quetiapin og risperidon øker andelen av dyp søvn og dermed kan forbedre søvnkvaliteten. Sederende legemidler har imidlertid lang

halveringstid og kan derfor medføre trøtthet på dagtid. I tillegg til ubehaget med trøtthet vil soving på dagtid kunne virke forstyrrende på søvnmønsteret (334).

8.13.3.10 Behandling av depresjon

Omtrent halvparten av pasientene med schizofrenidiagnose 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 psykosesyntomer. Med unntak av trisykliske antidepressiva, som øker risikoen for flere bivirkninger (additive), er det rapportert om gunstige resultater ved bruk av legemidler mot depresjon. Studier tyder på at kombinasjonsbehandling med et vanlig brukt SS-Rl-preparat med moderat risiko for interaksjoner er trygt å bruke for denne pasientgruppen.

8.13.3.11 Behandling av ekstrapyramidale bivirkninger med antikolinerge antiparkinsonmidler

Pasienter som bruker enkelte typer lavdose-FGA, kan ha nytte av antikolinerge antiparkinsonmidler for å behandle akutte dystonier og redusere legemiddelutløst parkinsonisme. Behovet bør vurderes individuelt. Det er vanligvis ikke behov for antikolinerge antiparkinsonmidler ved bruk av AGA. Når behandling med antikolinerge legemidler startes, bør graden av bivirkninger (munntørrhet, hukommelsesvansker) vurderes. Dette gjelder særlig hos pasienter som fra før av bruker legemidler med antikolinerge effekter (for eksempel høydose-FGA) (335;336).

8.13.4 Andre biologiske behandlingsformer og kombinasjonsbehandlinger

Når valg av legemiddel skal tas, kan behandlende lege bruke [Statens legemiddelverks database for interaksjoner](#) (312), slik at dosering og alternative legemidler kan vurderes.

8.13.4.1 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er i varierende grad brukt som ene- eller tilleggsbehandling av angst, uro, søvnevansker 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 når det gjelder å håndtere psykotisk agitasjon, finnes det ikke tilstrekkelige kontrollerte studier til å underbygge konkrete behandlingsråd for denne legemiddelgruppen. Benzodiazepiner brukes også til håndtering av angst og søvnevansker i stabile faser, men her bør det utvises stor forsiktighet på grunn av risiko for toleranse- og avhengighetsutvikling (336;337).

8.13.4.2 Stemningsstabiliserende legemidler

For pasienter med schizoaffektive lidelser med uttalte stemningssvinginger kan det være aktuelt å forsøke stemningsstabiliserende legemidler. Det finnes imidlertid ikke tilstrekkelig med kontrollerte studier til klart å underbygge at stemningsstabiliserende legemidler har spesifikke tilleggseffekter utover bruk av antipsykotika alene i denne gruppen. En har heller ingen klare holdepunkter for at tillegg av stemningsstabiliserende legemidler har en tilleggseffekt hos pasienter med schizofreni uten stemningssvingninger og med dårlig behandlingsrespons på ordinære antipsykotika (338-340).

8.13.4.3 Antidepressiva

En rekke antidepressiva har vært brukt i behandlingen av depresjon ved schizofreni. Enkelte studier gir holdepunkter for at standard serotonin-reopptakshemmere (SS-Ri-preparater) og enkelte serotonin-noradrenalin-reopptakshemmere (SNRI) kan ha god effekt. På grunn av små studier og varierende metodologi er det foreløpig ikke grunnlag for å gi konkrete anbefalinger basert på metastudier (341).

8.13.4.4 Kosttilskudd

Enkelte studier tyder på at enkelte former for omega-3-fettsyrer kan redusere risikoen 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 (342).

8.13.4.5 Electroconvulsive therapy (ECT)

En gjennomgang av kontrollerte studier tyder på at ECT i kombinasjon med anti-psykotiske legemidler kan føre til raskere symptombedring hos pasienter som har behov for rask symptomkontroll (343).

8.13.5 Legemiddelbehandling av spesielle pasientgrupper

8.13.5.1 Behandling av barn og unge

En må utvise særlig aktsomhet i behandlingen av barn og unge med psykoselidelser. Dette er en pasientgruppe som har økt risiko for både ekstrapyramidale bivirkninger (særlig parkinsonisme), prolaktinstigning, sedasjon, raskt innsettende vektøkning og metabolske forstyrrelser (344). Samtidig har psykoselidelser med tidlig start ofte et svært alvorlig forløp, med symptomer og funksjonstap som virker ødeleggende for utviklingsmuligheter, og som gjør det nødvendig med behandling.

Det finnes ingen antipsykotiske legemidler som er registrert for behandling av schizofreni eller lignende psykoser hos unge under 15 år i Norge. I preparatomtalen av tre av de mest brukte preparatene (olanzapin, risperidon og quetiapin) 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 psykosesyntomer som ikke har god respons på og/eller har plagsomme preparat-spesifikke bivirkninger av aripiprazol, må det gjøres et gjennomtenkt valg av legemiddelbehandling i samråd med pasient og pårørende. En må deretter følge opp virkninger og bivirkninger nøye og tett, og det bør gis livsstilsråd.

Det anbefales ikke å bruke antipsykotiske legemidler til pasienter med høy risiko for psykose, men som foreløpig ikke har psykosesyntomer. Dette anbefales ikke, fordi det ikke finnes studier som viser at legemiddelbruk har effekt når det gjelder å redusere risikoen for utvikling av psykosesyntomer.

8.13.5.2 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 overdødelighet og/eller tilfriskning. I relativt sjeldne tilfeller kan schizofreniforme psykoser starte hos eldre.

Både hos eldre personer som har vært syke i mange år, og hos eldre med senere diagnose, er det økt risiko for bivirkninger av legemidler. 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 pasienter i oppstartsfase av legemiddelbehandling. Siden eldre ofte har kompliserende somatiske sykdommer, er det viktig å være oppmerksom på mulige interaksjoner med andre typer legemidler (345). Se også avsnitt 14.1.

8.13.5.3 Behandling av pasienter med samtidig psykose og rusmiddelmissbruk

Rusmiddelmissbruk er en vanlig komplikasjon ved psykoselidelser. Vedvarende alvorlig rusmiddelmissbruk hos en pasient med en primær psykoselidelse vil kunne virke inn på pasientens mulighet til å følge opp avtalt legemiddelbehandling, på metabolismen av legemiddelet, samtidig som det kan være interaksjon mellom rusmiddelet og legemiddelet. Fordi pasienter med aktivt rusmiddelmissbruk kan ha vansker med å strukturere dagen, bør selve legemiddelinntaket være enkelt å håndtere. Dette kan oppnås ved å bruke legemidler med enkle doseringsrutiner, bruke dosett, få påminning om legemiddelinntaket fra hjelpepersonell eller bruke langtidsvirkende preparater (orale preparater eller depotinjeksjoner dersom det oppleves bedre av pasienten).

Det må vurderes om redusert leverfunksjon på grunn av alkoholskader eller hepatitt kan føre til en endring i nedbrytningen av legemidler. Spesiell forsiktighet må utvises ved bruk av antipsykotiske legemidler som er sterkt sederende eller har antikolinerge effekter som 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 viste effekt av antipsykotisk legemiddelbehandling på amfetaminutløst psykose (346), konkluderer en Cochrane-gjennomgang med at kunnskapsgrunnlaget er for lite til å kunne gi noen endelig konklusjon med hensyn til behandling av amfetaminutløst psykose. Flere studier av effekten av antipsykotisk legemiddelbehandling og benzodiazepiner i denne gruppen etterspørres (347). Enkelte studier tyder på at bruk av AGA, særlig clozapin, kan ha en tilleggsvirkning ved å redusere det opplevde «suget» etter rusmidler. Samtidig er clozapin et problematisk legemiddel å bruke for pasienter som har vansker med regelmessig oppfølging (348). En oversiktsartikkel antyder at antipsykotisk legemiddelbehandling kan minske bruken av cannabis (349).

8.13.5.4 Behandling av gravide og ammende

Siden psykoselidelser ofte starter hos unge voksne, vil kvinner med psykoselidelser ofte bruke antipsykotiske legemidler i den perioden av livet det er mest aktuelt å få barn. Fordi legemidlene vanligvis krysser over til barnets kretsløp gjennom morkaken (placenta) 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 har vedvarende psykosesyntomer under graviditeten eller etter fødselen. Det å få ansvaret for et nyfødt barn med perioder med avbrutt nattesøvn og færre muligheter til egenomsorg er en utfordrende livsendring. I denne perioden kan tilbakefallsrisikoen og konsekvensene av et tilbakefall være større enn ellers i livet (228). De forskjellige formene for risiko må derfor veies opp mot hverandre.

Det finnes ingen kontrollerte studier av antipsykotiske legemidler ved graviditet og amming (350). Forekomsten av misdannelser hos barn født av friske kvinner som ikke bruker antipsykotika, er på 1–3 %, og kvinner med psykoselidelser som ikke bruker legemidler, har i utgangspunktet oftere svangerskapskomplikasjoner enn friske kvinner. 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 noen sikker økt risiko for fosteret, men at barna kan bli født med lette til forbigående nevromuskulære bivirkninger. Ut fra kunnskap fra naturalistiske studier og klinisk erfaring vil de fleste anbefale at behandlingen med antipsykotiske legemidler fortsetter gjennom graviditeten. Den største risikoen for vedvarende skader av et legemiddel er ved bruk i første trimester, den perioden da organene dannes.

Ved planlagte graviditeter hos kvinner som er symptomfrie etter en psykose, og som har allianse med behandler og god oppfølging, bør det diskuteres om de aller første ukene av graviditeten bør foregå med en lav dosering av et velprøvd legemiddel, eventuelt med en periode uten bruk av legemiddel og en langsom opptrapping etter dette.

Mange graviditeter er imidlertid ikke planlagt, og hos mange blir ikke svangerskapet kjent før etter at den mest risikable perioden for fosteret er tilbakelagt. I slike situasjoner er mor ofte engstelig for mulige negative konsekvenser for barnet. Risikoen for skade er så liten at det ikke er grunnlag for å vurdere svangerskapsavbrudd. Det er på dette tidspunktet vanligvis ingen holdepunkter for å anbefale å slutte med legemiddelbehandling, men det bør vurderes å eventuelt gå over til et legemiddel med bedre sikkerhetsprofil (351). Det bør brukes lavest mulig dose, og det må tas hensyn til at væskevolumet hos gravide er høyere, og at serumkonsentrasjoner kan gå ned.

Den lave forekomsten av prolactinemi ved bruk av olanzapin har ført til enkelte overraskende graviditeter hos kvinner som tidligere har brukt andre legemidler. Det er derfor 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 av gravide og ammende, fordi det kan være manglende observasjonstid for sjeldne misdannelser. Det enkelte legemiddelets mulige innvirkninger på barnet er beskrevet i den offisielle preparatomtalen (legemiddelverket.no) (352). Det er i flere preparatomtaler beskrevet at barnet kan oppleve forbigående nevromuskulære (ekstrapyramidale) symptomer i perioden like etter fødselen ved bruk i siste trimester. Enkelte preparatomtaler anbefaler derfor å avslutte legemiddelbruken i perioden like før fødselen, men konsekvensene av å følge denne anbefalingen bør vurderes grundig. Tilbakefall av mors psykosesyntomer i forbindelse med fødselen og i barnet første leveuke kan ha svært negative konsekvenser. De fleste vil derfor ikke anbefale at behandling avsluttes i denne perioden.

De fleste anbefaler å unngå amming for å sikre at barnet ikke får i seg legemiddel via optak fra morsmelk. Hos kvinner ved stabil tilfriskning bør det imidlertid gjøres en

individuell vurdering av legemiddelbehandlingen. Spørsmål kan stilles direkte til [RELIS](#) (353). Det bør også legges stor vekt på hvor viktig det er for kvinnen å amme.

Når det gjelder bruk av andre legemidler i svangerskapet, har det særlig vært fokusert på bruk av stemningsstabiliserende legemidler. For kvinner med alvorlige stemnings-svingninger kan det være nødvendig å fortsette med denne legemiddelbehandlingen.

Det frarådes å bruke valproat under svangerskap på grunn av økt risiko for nevrالرr-defekter og andre alvorlige misdannelser. En antok tidligere 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 morsmelken og er dermed et relativt trygt legemiddel å bruke, mens litium og lamotrigin går over i morsmelken og kan påvirke barnet (354).

8.13.5.5 Behandling av personer med psykisk utviklingshemming

Før en iverksetter behandling med legemidler, bør en foreta farmakogenetisk analyse av CYP-450-systemet med tanke på eventuelle mutasjoner som virker inn på legemiddelmetabolismen. Dette vil ofte 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 pasienten. 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 trøtte at det oppleves plagsomt. Spesielt kan det være risiko for dette ved bruk av førstegenerasjons høydosepreparater. 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 denne gruppen, og estimerer 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 en grundig somatisk og psykiatrisk differensialdiagnostikk med tanke på for eksempel fordøyelseshemninger, urinveisinfeksjoner, tannmerter, angst, depresjon og så videre.

Når det gjelder pasienter med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser/autismespekterforstyrrelser, rår 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 en ubalanse i melatoninstoffskiftet og har nytte av melatonin mot søvnforstyrrelser.

8.13.5.6 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. Bruk av kulturspesifikke urtemedisiner kan også påvirke både opptak og metabolisme.

Det finnes også etniske forskjeller i metabolismen av antipsykotiske legemidler i leveren. Dette er 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 såkalte *slow metabolizers*. Det betyr at de bryter ned enkelte legemidler langsommere enn andre, noe som gir 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 utsatte for nevrologiske 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 risikoen for diabetesutvikling. Studier tyder også på at pasienter med afrikansk bakgrunn har høyere risiko for å utvikle hyperglykemi som følge av antipsykotisk behandling enn andre grupper (355;356).

8.13.5.7 Andre forhold ved antipsykotisk behandling

Pasienter med psykoselidelser bruker mer nikotin og koffein enn andre. Høyt forbruk av nikotin påvirker cytokrom P450-systemet og øker aktiviteten særlig av CYP 1A2, som er viktig i metabolismen av blant annet haloperidol, olanzapin og clozapin. Dette betyr at storrykere kan trenge opp mot dobbelt så høye doser som ikke-rykere. Koffein blir metabolisert gjennom det samme systemet, og høyt kaffeforbruk kan redusere serumkonsentrasjonen av legemidlene.

Spesielle matvarer kan også påvirke cytokrom P450-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 vurdering av eventuell interaksjonsproblematikk, bør alle pasienter spørres om de bruker naturmidler.

8.14 Behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk

4	Ved psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales, i tillegg til behandling for rusmiddelproblemer, den samme bredden av kunnskapsbasert psykososial behandling og legemiddelbehandling som ved psykose alene.	D
---	--	---

For anbefalinger om behandling av samtidig rusmiddelbruk og psykoselidelser vises det til ROP-retningslinjen (135). Den vektlegger at personer med akutte psykoser har rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig av om lidelsen er rusutløst eller ikke.

Overordnet anbefales det å ha et samtidig fokus (integreert behandling) på rusmiddelproblemer og psykose der dette er aktuelt, innen oppfølging og behandling i psykisk helsevern. Det er viktig at behandlere og andre som skal følge opp denne pasientgruppen, har kunnskap om utredning og behandling av både rusmiddelproblemer og psykiske lidelser (135). Det blir i økende grad utviklet egne behandlingstilbud for personer med samtidig rusmiddelbruk og psykisk lidelse (136).

Andre utfordringer ved oppfølging av denne pasientgruppen er knyttet til en økt grad kompliserende faktorer (357). Flere i denne pasientgruppen vil i mindre grad klare å følge opp igangsatt behandling (358). Dette krever større grad av fleksibilitet, oppsøkende virksomhet og etisk bevissthet hos behandlerne. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten følger opp denne pasientgruppen tett, og at det etableres forpliktende samarbeid med kommunen (135).

Forskning gir visse holdepunkter for at motiverende samtalemeter reduserer rusmiddelbruk. Motiverende intervju bygger på forskning som viser behov for et alternativ til en konfronterende stil i møte med pasienter med rusmiddelproblemer. En konfronterende stil fører til høyere frafall i behandlingen og dårlig behandlingsresultat (359).

Kognitiv atferdsbasert samtalebehandling kombinert med motiverende intervju kan redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt funksjonsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med schizofrenidiagnose og ruslidelse (135). Det har vist seg at områder i landet, som har et system for tidlig oppdagelse og behandling av førstegangpsykoser, kan bidra til å redusere rusmiddelmisbruk med ca. 50 % etter ett år (42).

8.15 Langvarig behandling og oppfølging

Personer med langvarige og alvorlige psykoselidelser kan ha behov for tjenester fra hjelpeapparatet store deler av livet. De kommunale tiltakene bør innrettes på mange livsområder som bolig, familie, sosiale nettverk, arbeidsplass, skole, kultur- og fritidstilbud. Det er vesentlig at tiltakene tilpasses den enkelte og understøtter hverandre. Målet med tiltakene er 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 (360).

Tilbudet om kontakt med behandler i spesialisthelsetjenesten over lang tid bør vedvare så lenge pasienten fortsatt har symptomer som krever behandling av spesialist. Behandlingsform(er) avtales mellom pasient og behandler og følger anbefalinger i retningslinjen.

Pasientenes somatiske helse bør følges opp av fastlege for å redusere omfanget og konsekvensene av bivirkninger og tidligst mulig oppdage samtidig somatisk sykdom.

8.15.1 Helse- og omsorgstjenester

3	For pasienter/brukere med langvarige behov for hjelp er det viktig at oppfølgingen skjer på regelmessig basis, og den bør utføres av fast personell.	C
---	--	---

Hjelpetiltak i pasientens/brukerens hjem kan være støtte og tilsyn, råd og opplæring og/eller praktiske tjenester i dagliglivets aktiviteter og gjøremål. Viktige tiltak er hjelp og støtte til personlig hygiene, klesvask, bruk av legemidler, rengjøring, innkjøp, ernæring, økonomi og papirarbeid.

Systematisk og integrert oppfølging har god effekt ved alvorlige psykiske lidelser. Pasienten/brukeren blir mer selvhjulpent i dagliglivet og får redusert risikoen for tilbakefall. En viktig forutsetning for et godt resultat er at oppfølgingen tilpasses brukerens mest sentrale behov (361), for eksempel ved bruk av ukeplan, kriseplan, påminnelser via SMS, telefonvekking eller lignende.

Tilrettelegging for egenmestring og selvstendighet er viktige målsettinger, og dette krever tverrfaglig kompetanse. Ved kriser eller i spesielle situasjoner kan det være aktuelt å henvise til ambulante team, som er mer fleksible, gir tettere oppfølging og har mer spesialisert kompetanse. Kriseintervensjoner i hjemmet kan redusere behovet for innleggelser (362).

8.15.2 Inntekt og forvaltning av økonomi

4	Kommunen bør påse at pasientenes/brukernes rettigheter med hensyn til inntekt og økonomi er sikret. Det skal tilbys hjelpetiltak i form av økonomisk forvaltning dersom behovene tilsier det.	B
---	---	---

Forsvarlig økonomi er en forutsetning for et selvstendig og verdig liv og den viktigste inntektskilden for de fleste bør være lønnsarbeid. Den enkeltes muligheter for arbeid bør derfor kartlegges og vurderes ut fra de individuelle forutsetningene. Utdanning kan være aktuelt før søknad om arbeid.

Flere studier viser at lav sosioøkonomisk status, dvs. lav utdanning, lav inntekt og lav yrkesstatus, har sammenheng med dårlig psykisk helse (363;364). 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 (365;366).

Det er sentralt å utrede mulighetene for bedret økonomi og rettigheter til bostøtte, trygdeytelser, sosialtjenester og andre kommunale ytelser. Problemer med å disponere egne penger er ikke uvanlig for personer med lav inntekt og langvarige lidelser, og kommunen har plikt til å gi råd og veiledning om økonomi, jf. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (367) § 17.

For noen er dette ikke tilstrekkelig, og da bør kommunen tilby forvaltning av inntekt. Det innebærer at pasienten/brukeren overlater deler av den økonomiske disposisjonsretten sin til kommunen, som sørger for at utgiftene blir betalt. Bruk av hjelpeverge til forvaltning av inntekt og arv kan også være et alternativ. I særskilte tilfeller kan det være aktuelt med tvungen forvaltning av enkeltpersoners økonomi. Tvungen forvaltning er hjemlet i folketrygdloven (368) § 22-6.

8.15.3 Lavterskeltilbud

En del pasienter/brukere er kritiske til å motta hjelp fra tjenesteapparatet, og de kan ha lite nytte av tradisjonelle tilbud (369). Kontakt skjer oftest i kriser, mens de ellers trekker seg fra kontakt og samarbeid. Lavterskeltilbud og ambulant virksomhet kan være et egnet tiltak overfor denne gruppen.

Formålet med lavterskeltilbud er å bidra til at den enkelte får dekket grunnleggende behov. Økt tilgjengelighet gir mulighet for tiltak på et tidligere tidspunkt, og utredning og behandling kan bidra til å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles.

Lavterskeltilbud kjennetegnes ved at de har en åpningstid tilpasset målgruppen, at en kan få hjelp uten henvisning eller krav til betalingsevne, og at de har personell med kompetanse tilpasset tiltakets formål. Kommunale lavterskeltilbud kan omfatte ulike former for helse- og sosialfaglig hjelp, overnatting, psykologtjeneste, kommunale kriseintervensjoner og/eller ulike treffsteder.

8.15.4 Sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter

Ensomhet er ofte framtrødende hos personer med alvorlig psykisk lidelse (370), og sosiale nettverk kan bidra til å styrke funksjonsevnen (371). Nære relasjoner og godt nettverk kan både bidra til å forebygge psykiske problemer og være til god hjelp og støtte når problemer har oppstått (372). Mange har liten tilknytning til allmenne sosiale arenaer og opplever i større grad enn andre å være utenfor sosiale fellesskap.

8.15.4.1 Nettverksarbeid

3	Pasienter/brukere bør få støtte til å opprettholde og eventuelt styrke det personlige nettverket sitt dersom de ønsker det.	B
---	---	---

Kartlegging av nettverk er en viktig del av et helhetlig oppfølgingsarbeid og bruk av nettverkskart kan være en egnet måte å gjøre dette på.

I pasientens/brukerens nettverk kan det finnes personer som kan gi støtte og åpne for nye muligheter. For personer med lite sosialt nettverk kan det være aktuelt å gjenoppta kontakt med familiemedlemmer eller tidligere venner. For andre er det mest aktuelt å skape nye vennskap. Mulighetene for å bli kjent med nye mennesker kan ligge i eget bo- eller nærmiljø eller på sosiale treffsteder.

Nettverksintervensjoner kan være spesielt viktig ved kriser og innleggelseser. Alvorlig psykisk lidelse kan gi opplevelse av tap, nederlag og utestenging fra egne livssammenhenger (373). Størrelsen på nettverket kan ha betydning for aktivitet og bedret funksjonsevne for personer med psykoselidelser (374). Tilgang på god sosial støtte gir raskere tilfriskning (375).

8.15.4.2 Sosial støtte og følgetjenester

4	Pasienter/brukere bør få hjelp til å kunne delta i kultur- og fritidsaktiviteter.	B
---	---	---

Å legge til rette for sosiale fellesskap og meningsfulle aktiviteter er en sentral oppgave innen psykisk helsearbeid. Aktivitetene må ta utgangspunkt i den enkeltes interesser og i størst mulig grad foregå på allmenne arenaer. Å oppsøke disse arenaene, som for eksempel kino, kafé, bibliotek eller treningssenter, kan være vanskelig å gjøre alene. For noen kan det å ha med seg en person være tilstrekkelig til at de opparbeider seg trygghet til å oppsøke slike steder på egen hånd, mens andre har behov for en ledsager over lengre tid.

Personen som følger, kan være en ansatt i kommunen eller rekruttert gjennom ordningen med støttekontakter. Frivillige organisasjoner tilbyr også følgetjenester til mennesker med psykiske lidelser. I noen tilfeller vil det være gunstig at brukeren og følgepersonen 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 at ledsageren kjenner til brukerens reaksjonsmønstre i møte med fremmede steder og personer. Å bli kjent med noen utenfor hjelpesystemet kan oppleves som befriende og være det som motiverer til ny aktivitet.

Undersøkelser viser gode resultater når tjenesteapparatet tilrettelegger for at brukeren får mulighet til å utvikle nye relasjoner (376). Et viktig poeng er at relasjonen oppleves som gjensidig og vennskapelig. Denne typen samvær kan for mange føles mer autentisk, fordi det handler om medmenneskelighet framfor behandling og terapi (377). Brukeren bør selv få avgjøre hvem ledsageren skal være. Dersom det rekrutteres støttekontakt utenfra, anbefales det at støttekontakten får opplæring og veiledning.

8.15.4.3 Egne møtesteder

I noen tilfeller kan det være nødvendig å etablere egne sosiale møtesteder som gir mulighet for å oppleve fellesskap og trygghet. Miljøet på slike steder bør være støttende, preget av orden og struktur samt lite aggresjon, og brukeren bør engasjeres og involveres i aktivitetene. Eksempler på slike steder er:

- fellesrom i samlokaliserte boliger
- dag- og aktivitetssentre
- brukerstyrte sentre
- lavterskeltilbud i nærmiljøet

Slike møtesteder kan være et egnet sted å opparbeide seg sosiale ferdigheter på, noe som kan gjøre det lettere å oppsøke de allmenne tilbudene. Innenfor recovery-forskningen er slike steder framhevet som viktige av mange brukere (378;379).

8.15.4.4 Andre aktivitetstilbud

4	Kommunen bør tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter for pasienter/ brukere med alvorlige psykoselidelser.	D
---	---	---

Det er et kommunalt ansvar å tilrettelegge for aktiviteter for brukere som ikke kan være i arbeid eller nyttiggjøre seg allmenne aktivitetstilbud. Kommunale etater, frivillige organisasjoner, frivillighetssentraler, eldresentre, idrettslag og flere kan utvikle ulike tilbud. Aktivitetene bør dekke ulike interesser, slik at de oppleves som meningsfulle og bidrar til mestring. Det finnes undersøkelser som viser sammenheng mellom kulturell deltagelse og helse (370;380).

8.16 Hvis behandling ikke virker

4	Spesialisthelsetjenesten bør ha særlig fokus på pasienter med førstegangpsykose som fortsatt har psykosesyntomer etter tre måneders behandling.	B
---	---	---

Pasienter med førstegangpsykose som fortsatt er psykotiske etter tre måneder, bør tilbys en spesielt tilrettelagt behandling. Det finnes foreløpig ikke etablerte faste programmer for disse pasientene («non-responders») i Norge, men med støtte i internasjonal litteratur (238) anbefales følgende:

- å gjennomføre en ny diagnostisk vurdering
- å vurdere om legemiddelbehandling er gjennomført i henhold til anbefalingene
- å måle serumkonsentrasjon
- å vurdere om psykososial behandling som psykoedukativt familiesamarbeid og individuell psykoterapi er tilbudt og gjennomført som anbefalt
- undersøke om det finnes andre årsaker til at pasienten fortsatt er psykotisk, for eksempel rusmiddelbruk (inkludert alkohol), bruk av andre forordnede legemidler eller somatisk sykdom
- tilby clozapin, jf. avsnitt 8.13.3.8

8.17 Oppfølging og evaluering av behandling

8.17.1 Behandlingsplan

Effekten av behandlingstiltak bør vurderes regelmessig i samarbeid med pasienten og eventuelt pårørende. Dersom pasientens historie inkluderer selvsykdom, selvmordsforsøk eller voldsproblematikk, må en gjennomføre jevnlig risikovurderinger. En tverrfaglig behandlingsplan som inkluderer alle igangsatte tiltak, er et godt hjelpemiddel for evaluering.

8.17.2 Pasientens egen vurdering

Ved evaluering av behandlingsplanen er pasientens egen vurdering av tiltakenes effekt vesentlig for planlegging og samarbeid om videre behandling og oppfølging.

8.17.3 Legemidler og somatisk helse

All legemiddelbruk innebærer risiko for uønskede virkninger. Det er viktig å overvåke dette fra starten av behandlingen, slik at disse kan forebygges eller reduseres. Legemiddelgruppene har noe forskjellige bivirkningsprofiler, først og fremst ved at første-generasjons preparater (FGA) gir økt risiko for nevromuskulære bivirkninger, og andregenerasjons preparater (AGA) gir økt risiko for å utvikle kardiovaskulære risikofaktorer.

Blodprøver og kliniske undersøkelser som gjøres ved oppstart, skal gjentas hyppig den første tiden, og minst én gang i året for stabile pasienter.

8.17.4 Evaluering av familiesamarbeid

Alle pasienter og pårørende bør få anledning til å gi fortløpende tilbakemelding på tilbudet de får. Ved avsluttet behandling bør de få evaluere behandlingen og måten de har blitt møtt på. TIPS Sør-Øst har videreutviklet et skjema som måler bruker-tilfredshet ved deltagelse i flerfamiliegruppe, se vedlegg 4.

9 Bolig og boforhold

3	Kommunen bør tilby varige boliger framfor midlertidige bolig-løsninger. Pasientenes/brukernes egne ønsker og mål bør tillegges stor vekt ved tildeling.	B
---	---	---

Tilgang til bolig er en betingelse for å kunne ha et verdig og selvstendig liv (369;381), og et tilfredsstillende sted å bo anses som et grunnleggende menneskelig behov og en forutsetning for helse, utdanning, arbeid og samfunnsdeltagelse. Et sentralt prinsipp er at alle skal ha mulighet for et varig og funksjonelt botilbud, uavhengig av oppførsel og mulighetene til å mestre et selvstendig liv (381). Ifølge NOU 2011:15 Rom for alle (382), er egnet bolig og tilstrekkelige tjenester avgjørende for dette, ikke den enkeltes evne til å fungere i boligen.

Personer med alvorlige psykoselidelser kan ha problemer med å skaffe seg bolig og kan ha behov for hjelp i boligen. Kommunen plikter å medvirke til å skaffe bolig til personer som ikke selv kan ivareta interessene sine på boligmarkedet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 3-7.

Så langt det er mulig, bør det legges til rette for at den enkelte kan kjøpe seg egen bolig. Å eie egen bolig kan øke den enkeltes opplevelse av likeverd og integrasjon i nærmiljøet. Husbanken (383), har ulike låne- og tilskuddsordninger som skal bidra til å skaffe egnende boliger til vanskeligstilte og/eller sikre at de kan bli boende i egnet bolig.

9.1 Kartlegging av brukernes mål og behov

Kommunens boligarbeid bør ta utgangspunkt i brukernes behov og mål, samtidig som det er viktig å lytte til pårørende og andre som kjenner brukerne godt. For personer som har behov for ny bolig, enten de er bostedsløse eller har en utilfredsstillende bo-situasjon, bør det gjøres en kartlegging. For personer som har mistet boligen, er det viktig å vurdere hva som må til for å unngå at det skjer igjen.

Det er en fordel om permanente boliger kan tilbys målgruppen (384). Dette henger sammen med at botrening i liten grad lar seg overføre fra ett sted til et annet, og etablering av trygghet avhenger av stabilitet over tid.

9.2 Tilrettelagte boliger

4	Kommunen bør tilby tilrettelagte boliger til pasienter/brukere som trenger særskilt oppfølging og støtte for å mestre et liv i egen bolig. Det bør tilbys boliger med fellesarealer og bemanning på heldøgnsbasis dersom behovene tilsier det.	B
---	--	---

En tilrettelagt bolig kan være utformet som en selvstendig bolig i den ordinære bolig-massen, inngå i samlokaliserte boliger eller i et bofellesskap. Noen boliger bygges opp

for å sikre et trygt og rolig bomiljø som kan skjerme beboerne fra forhold som kan virke negativt inn på den psykiske helsen deres. Boliger av denne typen kan ha bemanning på døgnbasis hvis behovet tilsier det. I noen samlokaliserte boliger etableres det også fellesarealer for å bidra til sosial kontakt.

Det høyeste omsorgsnivået finnes på kommunale bosentre og sykehjem. Disse boformene er tilrettelagt for personer med betydelig nedsatt funksjonsevne, både fysisk og psykisk. Hjelpen er døgnbasert med tilsyn og hjelp til egenomsorg. Det er sjelden at denne omsorgsformen er nødvendig for mennesker med psykoselidelser, med mindre de har behov for pleie og omsorg av fysiske årsaker.

9.3 Omgivelser, nærmiljø og sammensetting av beboere

2b	Pasienter/brukere med psykoselidelser bør ikke tilbys boliger i bomiljøer preget av sosial uro. Sammensetningen av beboere bør tillegges stor vekt.	A
----	---	---

I tillegg til den individuelle oppfølgingen er det viktig å tilrettelegge for gode og stabile bomiljøer. I forbindelse med planleggingen av tilrettelagte boliger bør både boligens beliggenhet og utforming vurderes (385).

Det er lite gunstig hvis personer med psykoselidelser tilbys bolig i bomiljøer preget av sosial uro, så sammensetningen av beboere bør vurderes nøye.

Studier viser at behandlingsmiljøet på sykehusavdelingen har betydning for personer med psykoselidelser, jf. avsnitt 8.6.1. Det er ikke identifisert lignende undersøkelser i samlokaliserte boliger i kommunen, men erfaringer som er gjort, peker i samme retning med hensyn til hva som er virksomme miljøfaktorer.

10 Skole, utdanning og arbeid

10.1 Skole og opplæring

Unge som rammes av psykoselidelser, kan risikere å komme på etterskudd med utdanning. Det kan være utfordrende å komme tilbake på skolen og få en tilpasset skole-situasjon. Rådgiver eller sosiallærer på skolen, i samarbeid med kontaktlærer og Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), har en viktig rolle her. Planleggingen bør skje i nært samarbeid med den unge selv og den nærmeste familien. Lærere kan også spille en viktig rolle når det gjelder å oppdage tidlige tegn på psykoseutvikling.

Det er nødvendig at skolen er innforstått med at tilpasset skolegang er vesentlig for å lykkes. Dette innebærer å ha en forståelse av hvordan skolekrav bør ta hensyn til kognitive vansker, svingninger i funksjonsnivå og belastningen en psykose medfører. Disse pasientene/brukerne er sårbare for kritikk, fiendtlighet og følelsesmessig over-involvering, noe som kan ha implikasjoner for holdninger i møtet med den enkelte eleven.

Oversikt over tiltak og tilrettelegging i skolen

- Rutiner for samarbeid og informasjon
- Rutiner for samarbeid med Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og skolehelsetjeneste, og for henvisning til 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.

Tilrettelegging som kan være aktuelt

- Tilbud om tilpasset opplæring og eventuelt vurdering av behov for spesialundervisning.
- Hjelp til å få oversikt over og struktur på læringsarbeidet.
- Mulighet til å jobbe med fag hjemme i perioder.
- Tilrettelegging på prøver og eksamen, ved framføringer, muntlige aktiviteter og evalueringer.
- Redusert studiebelastning.
- Fritak for særlig krevende oppgaver som hjemmearbeid og gruppearbeid.
- Fleksible ordninger for tilstedeværelse avhengig av dagsform.
- Tilpassede pauser.
- Kortere studieuke.

Sosial inkludering

- Skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremme et godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve trygghet og sosialt tilhørighet, jf. opplæringsloven (386) § 9a-3.
- Klassemiljøkartlegging og plan for oppfølging.
- Vurdere informasjon til medelever.
- Trivselsfremmende aktiviteter for klasser/grupper.

Skolens og læreres 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.
- Unngå konfrontasjoner.

Individuell opplæringsplan (IOP)

Opplæringsloven (386) § 5-5 pålegger skolen å utarbeide en individuell opplæringsplan for elever som får spesialundervisning. Planen skal utarbeides i et samarbeid mellom skolen, foresatte og eleven selv. Pedagogisk-psykologisk tjeneste, sosiallærer, rådgiver, helsesøster og andre som følger eleven tett, kan også bidra i å utvikle planen.

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 mulig å ta opptil to ventear, enten umiddelbart etter grunnskolen eller underveis i den videregående opplæringen, uten at en mister noe av ungdomsretten (387).

Ved alle videregående skoler finnes det en oppfølgingstjeneste (OT) som har ansvar for ungdommer som har avbrutt opplæringen før den er ferdig, som ikke er i arbeid eller ikke har tatt imot tildelt elev- eller læreplass. OT skal sikre tverretattlig samarbeid med andre fylkeskommunale, kommunale og statlige instanser.

10.2 Arbeid - verdi og funksjoner

Deltagelse i arbeidslivet er en sentral verdi i samfunnet (388), og arbeid gir inntekt, sosial status og fremmer sosial integrering (389). Arbeid er knyttet til mestringsfølelse, identitet, selvrealisering og meningsdannelse (390-392). Verdens helseorganisasjon anbefaler arbeid som et viktig tiltak for å integrere personer med psykiske lidelser i samfunnet (393). Den norske arbeidsmarkedspolitikken er i stor grad basert på «arbeidslinjen», som innebærer at en skal søke arbeid og aktivitet framfor trygd og passivitet. «Arbeidslinjen» gjelder for alle, også personer med psykoselidelser.

Personer med alvorlige psykiske lidelser gir uttrykk for at en viktig motivasjon ved det å være i arbeid er ønsket om normalitet, likeverd og sosial integrasjon (394;395). Arbeidet virker dessuten positivt inn på den sosiale fungeringen og kan motvirke depresjon og kjedsomhet (394). Personer med schizofrenidiagnose som kommer i ordinært arbeid, viser større bedring med hensyn til symptomer, er mer tilfredse med fritiden og økonomien samt har bedre selvfølelse enn personer som kommer i skjermet virksomhet eller annen aktivitet (396;397).

Studier viser at ordinært arbeid ikke bidrar til vesentlig økt stress eller hyppigere tilbakefall i form av flere symptomer eller innleggelseser (398). Undersøkelser har også vist at deltakelse i arbeidslivet kan redusere behovet for tjenester fra behandlingsapparatet (399). Det er viktig å påpeke at det i de fleste av disse undersøkelsene er snakk om personer i deltidsarbeid og i noen tilfeller med en form for tilrettelegging av arbeidssituasjonen. Forhold ved arbeidsplassen kan også bidra negativt med hensyn til den enkeltes psykiske helse.

10.2.1 Yrkesdeltagelse

2b	Tiltak knyttet til arbeid bør være en sentral del av behandlings- og oppfølgingstilbudet til pasienter/brukere med psykoselidelser.	B
----	---	---

Studier viser at over halvparten av de med alvorlig psykisk lidelse ønsker å delta i arbeidslivet på hel- eller deltid (400). Det rapporteres at 53–70 % av personer med schizofrenidiagnose uttrykker et ønske om ordinært lønnet arbeid (401;402). Arbeidsdeltagelsen for personer med alvorlige psykiske lidelser er imidlertid svært lav. Nyere europeiske studier rapporterer at 10–20 % av personer med schizofrenidiagnose er i arbeid (403–405). En norsk studie av personer med schizofrenidiagnose viste at 94 % var arbeidsledige etter 10 år (406). Ifølge Helle & Gråwe (400) har bare rundt 5 % av personer med en alvorlig psykisk lidelse et arbeidstilbud.

10.2.2 Sammensatte årsaksforhold

Årsakene til at mange med psykoselidelser står utenfor det ordinære arbeidsmarkedet, er mange og sammensatte. Det har lenge vært en utbredt holdning om at en må være frisk før en kan jobbe. Attføring til arbeid ble sett på som siste del i en rehabiliteringsprosess (407). Dagens utvikling, med økende krav til tempo, effektivitet og kompetanse, fører til at personer med alvorlige psykiske lidelser får dårligere mulighet til å klare seg på det åpne arbeidsmarkedet (408). I tillegg til dette kommer ytre forhold knyttet til stigmatisering, diskriminering og forhold ved arbeidsplassen. Hos personen selv kan manglende utdanning og arbeidserfaring samt langvarige trygdeytelser være mulige barrierer for arbeidslivet (409). Alvorlige psykiske lidelser kan 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 (410). Personer med psykoselidelser kan ha behov for en fleksibel arbeidssituasjon som tar hensyn til de psykiske helseproblemene deres. Problemer i form av tankeforstyrrelser, det å høre stemmer eller føle seg forfulgt gir konsentrasjonsproblemer som gjør det vanskelig å utføre ulike arbeidsoppgaver. Mange trenger derfor hjelp til å skaffe eller beholde en jobb.

10.2.3 Særlige forhold for yrkesdeltakelse for ungdom

Det vil ofte være nødvendig med tett oppfølging av unge som skal ut i arbeidslivet for første gang eller har vært utenfor arbeidslivet en periode. Det er viktig å få til et godt samarbeid mellom behandler, veileder fra NAV og eventuelle andre personer som følger opp den unge i tiltak og arbeid (arbeidsgiver, ansatt i tiltaksbedrift osv.) Ungdom i denne gruppen trenger en koordinator som følger dem opp, skaper tillit og motiverer dem.

10.3 Tilnæringsmetoder

To forskjellige tilnæringer brukes for å hjelpe personer med psykoselidelser med å komme i arbeid: arbeidstrening og støtte på arbeidsplassen.

10.3.1 Arbeidstrening og attføring til arbeid

Det finnes en rekke forskjellige offentlige og private organisasjoner og bedrifter som driver arbeidstrening og attføring. Arbeidstrening før en går ut i ordinært arbeid kan i noen tilfeller være et godt første tiltak. Denne tilnærmingen gir trening i spesielle ferdigheter som kreves for å være i jobb. For personer som har vært utenfor arbeidslivet lenge, kan det bestå i å få en ny struktur på hverdagen og tilegne seg ferdigheter både sosialt og yrkesrettet. En viktig del av arbeidstrentingen går ut på å kartlegge og vurdere den enkeltes ferdigheter og kompetanse og trene på konkrete ferdigheter relatert til den typen arbeid den enkelte søker. Undersøkelser viser at arbeidsforberedende tiltak i mange tilfeller har begrenset effekt, ettersom verdien av arbeidstrening i én situasjon i liten grad er overførbart til en annen (411-413).

10.3.2 Skaffe arbeid og beholde dette

Tiltak med sikte på å skaffe ordinært arbeid bør være hovedstrategien overfor personer med psykoselidelser så vel som for andre, jf. arbeidslinjen. I stedet for omfattende opptrening på forhånd, skjer støtten og opplæringen på selve arbeidsplassen. Personens ønskede arbeid og motivasjon er viktig for valget av arbeidsplass. Metoden omtales ofte som Supported Employment (SE) (414). Internasjonale studier viser at denne tilnærmingen gir bedre resultater med hensyn til grad av sysselsetting for personer med alvorlige psykiske lidelser (398;411;412;415).

Oppfølgingen skjer så lenge behovet er til stede. Like mye som pasienten/brukeren må følges opp i rollen som arbeidstaker, er det ofte behov for å gi arbeidsgiver nødvendig informasjon og støtte. Profesjonell hjelp og støtte utenfra kan bidra til at personer i vanskelige livssituasjoner beholder arbeid og/eller fullfører utdanning. Det finnes i dag en rekke forskjellige tiltak som foregår etter denne tilnærmingen. Det mest kunnskapsbaserte tiltaket er Individuell jobbstøtte (398;411). På engelsk kalles tiltaket Individual Placement and Support (IPS).

10.3.3 Individuell jobbstøtte (IPS)

1a	Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen anbefales.	A
----	---	---

Individuell jobbstøtte (IPS) er et standardisert oppfølgingsprogram som bygger på den grunnleggende tenkningen i Supported Employment (SE). Programmet er utviklet av Deborah Becker og Bob Drake ved Dartmouth Psychiatric Research Center i USA. Dette miljøet har i mange år jobbet med å utvikle kunnskapsbaserte metoder for å integrere personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser i ordinært arbeid. Metoden har etter hvert fått solid støtte innen forskningen (400), og IPS blir nå implementert mange steder i verden. Bakgrunnen for IPS-modellen er troen på at alle med en alvorlig psykisk lidelse kan ha en vanlig jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, forutsatt at en finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. Det stilles imidlertid ikke krav om at de skal arbeide over et visst antall timer per uke eller at arbeidet medfører reduksjon i ulike stønadsordninger. Det er utviklet en egen manual for IPS-modellen, bestående av flere moduler, som beskriver hovedpunktene og måten den gjennomføres på (416). Metodens forskningsgrunnlag er basert på at modulene blir fulgt i praksis.

Prinsipper for IPS

IPS-programmene er basert på en samling sentrale prinsipper som må følges for å få ønsket effekt. Det er lagt opp til å måle/evaluere om prinsippene følges, ved hjelp av en IPS-kvalitetsskala.

De 8 prinsippene (oversatt til norsk av NAV/Helsedirektoratet):

1. Alle som ønsker det, kan få tilbud om IPS-tjenesten, ingen inngangskriterier.
2. Integrering av arbeid og psykisk helsebehandling.
3. Målet er en vanlig jobb.
4. Individuelt tilpasset økonomisk rådgivning i overgangen fra trygd/stønad til arbeid.
5. Jobbsøking starter med én gang og senest etter en måned.
6. Oppfølging er ubegrenset i tid og individuelt tilpasset både arbeidstaker og arbeidsgiver.
7. Jobbsøking skal skje ut fra deltagerens interesser og ferdigheter.
8. Systematisk jobbutvikling: Jobbspesialisten bygger nettverk av arbeidsgivere ut fra brukernes yrkesønsker og utvikler systematisk relasjoner med lokale arbeidsgivere.

En integrasjon av behandling og arbeidstrening er sentralt ved denne metoden. Behandler og jobbkonsulent/NAV-veileder jobber tett sammen med oppfølging av brukeren for at han/hun skal fungere i arbeid, og de er organisert i tverrfaglige team som møtes jevnlig. Mer informasjon finnes i manualen for IPS-modellen (416).

IPS-modellen klargjør hva arbeid med bistand innebærer, og er ikke en unik modell for arbeid med støttetiltak (412). 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 (412;413;417). Cochranes gjennomgang rapporterer at personer som deltar i arbeid med støttetiltak, har nesten tre ganger større sannsynlighet for å være i ordinært arbeid enn de som deltar i arbeidsforberedende trening (411;412).

IPS er utviklet i USA, der de har et annet arbeidsmarked og velferdssystem enn i Norge, men studier fra Sverige viser også at sjansene for å skaffe seg eller opprettholde ordinært arbeid er større med IPS-modellen enn med andre metoder (418).

10.3.4 Jobbmestrende oppfølging

Jobbmestrende oppfølging er et arbeidsrehabiliteringstiltak for personer som har alvorlige psykiske lidelser. Tiltaket er et samarbeid mellom helsevesenet og NAV og har flere fellestrekk med grunnprinsippene bak IPS-modellen. Målet er at flere personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse skal bruke arbeidsevnen og komme i arbeid. Det tilrettelegges for arbeidspraksis hos en ordinær arbeidsgiver eller i en tiltaksbedrift.

Oppfølgingen har to fokusområder:

- Tilrettelegging av arbeidsplassen og nødvendig støtte til å utføre arbeidet.
- Øke deltagerens forutsetninger for å mestre arbeidslivet gjennom å benytte metodikk fra kognitiv trening og kognitiv atferdsterapi i arbeidsrehabiliteringen.

Oppfølgingsamtalene er knyttet til utfordringer i arbeidssituasjonen og ikke alt annet som kan være tema i personens liv. Videre skal det legges vekt på brukerens jobbønsker, tidligere arbeidserfaring og kompetanse med hensyn til å skaffe arbeid. Jobbmestrende oppfølging er et forsknings- og utviklingsprosjekt som fortsatt er under utforming, men resultatene så langt viser at brukerne er tilfredse og opplever økt mestring og større stabilitet i arbeidssituasjonen (419).

10.3.5 Kvalifiseringsprogrammet

Kvalifiseringsprogrammet er et tilbud til personer som ønsker å komme i arbeid eller aktivitet eller de som har levd av 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 gjennom ulike hjelpe-tiltak tidligere uten at dette har ført til arbeid eller avklaring. De får fast lønn (kvalifiseringsstønad) mens de er i tiltaket og 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 mulighet til å avklare andre rettigheter til inntekt dersom en ikke mestrer ordinært arbeid. Det er den kommunale sosialtjenesten som organiserer Kvalifiseringsprogrammet, men utformingen skjer i nært samarbeid med NAV stat. Kvalifiseringsprogrammet er regulert gjennom Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (367).

10.3.6 Varig tilrettelagte arbeidstilbud

Det finnes varig tilrettelagte arbeidstilbud for personer som av ulike årsaker ikke kan gjennomføre utdanning eller jobbe i det ordinære arbeidsmarkedet. Tilbudet er beregnet på personer som mottar uførepensjon og har behov for å jobbe i en skjermet virksomhet.

Dette er arbeidsplasser med stor grad av individuell tilrettelegging av oppmøte og arbeidsoppgaver. Hensikten er å gi et tilbud om arbeidsdeltagelse og en mulighet til å vurdere om det kan være aktuelt med overgang 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 der en kan oppleve meningsfull aktivitet og bli en del av et arbeidsfellesskap. Det kan også være et første skritt dersom en ønsker å prøve seg i arbeid.

10.3.7 Kartlegging av arbeidsevne - et verktøy

Alle arbeidssøkere har rett til å få vurdert behovet for hjelp og tjenester fra NAV, jf. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven) (420). En kartlegging av kompetanse og funksjonsnivå er vesentlig både når det gjelder utdanning og andre yrkesrettede tiltak. NAV har utarbeidet et kartleggingsskjema for å vurdere arbeidsevne. Skjemaet er en egenvurdering som kan gjøres på egen hånd eller med hjelp fra veileder i NAV. Skjemaet skal alltid suppleres og utdypes med en samtale hos veilederen i NAV.

- Egenvurdering - ressurser og muligheter (Arbeids- og velferdsdirektoratet)
- KIS - kartlegging i sosialtjenesten (Arbeids- og velferdsdepartementet)

11 Samhandling og ansvarsdeling

11.1 Generelt om samhandling

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 (1) er psykiske helse-tjenester bygget ut og blitt betydelig styrket både i kommunene og i spesialist-helsetjenesten. Likevel er forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud fortsatt viktige forbedringsområder, samtidig som det finnes udekkede behov for voksne med omfattende og sammensatte behov for tjenester, jf. Samhandlingsreformen (208).

Både stat og kommune driver målrettet informasjonsarbeid overfor befolkningen med sikte på å øke kunnskapen om psykiske lidelser samt å redusere uønskede negative holdninger til personer med psykiske lidelser, antistigmaarbeid (421). Dette kan være alt fra nasjonale informasjonskampanjer til informasjon gitt på foreldremøter på skolen. Andre tiltak handler om å øke kunnskapen om tidlige tegn på psykose blant fagpersoner som møter hjelpetrequende i arbeidshverdagen (422), eksempelvis helsestasjon, lege-kontor, barnevern og NAV.

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene skal ha en sterkere ansvarsrolle og ivareta flere oppgaver. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015 (423) beskriver en framtidig kommunerolle med en ambisjon om at kommunene skal sørge for helhet, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging, slik at et helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette innebærer ikke en svekkelse av spesialisthelsetjenesten, men en omstilling slik at det i større grad tilrettelegges for å understøtte kommunene i arbeidet deres og samtidig sørges for å tilby tjenester av høy kvalitet som krever spesialisert kompetanse. Den kommunale helse- og omsorgs-tjenesten og spesialisthelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere.

En forutsetning for å gi et helhetlig tilbud til pasienter/brukere er god samhandling mellom nivåene ved at kommunen og spesialisthelsetjenesten koordinerer tilbudene jf. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (424), og at det sikres gode rutiner for utskrivning fra døgnoophold i psykisk helsevern til kommunen.

11.1.1 Lovpålagte samarbeidsavtaler

Realiseringen av samhandlingsreformen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. Samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er ett av virkemidlene. Plikten til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak er fastsatt i helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 6-1 og i spesialisthelsetjenesteloven (9) § 2-1. Det vises for øvrig til Helse- og omsorgsdepartementets veileder for inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak (425).

Formålet med samarbeidsavtalene er å fremme samhandlingen mellom partene ved å konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom kommune og helseforetak,

og å etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Avtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Samarbeidsavtalene forventes å ha betydning for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten framover og bidra til å sikre trygge helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

11.2 Kommunene

Kommunale helsetjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (10). Lovens formål er å sikre kvalitet og likeverdig tjenestetilbud, samhandling, tilgjengelighet til tilbud, tilpasning for den enkelte, verdighet og best mulig ressursutnyttelse i tjenesten. Dette innebærer forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne samt å fremme sosial trygghet, sikre mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 1-1.

11.2.1 Skolehelsetjenestens og helsesøsters rolle

Skolehelsetjenesten er et lovpålagt lavterskeltilbud til alle barn, unge og deres foresatte. Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven (10) at kommuner skal gi skoler, inkludert videregående skoler, tilbud om en skolehelsetjeneste. Tjenesten har en sentral rolle i kommunens folkehelsearbeid med formål om å fremme psykisk og fysisk helse, gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader.

Helsesøster er som oftest den som har regelmessig kontakt med skolen, og vil kunne tilrettelegge for flere lavterskelmøter med unge, noe som kan gi gode muligheter for å oppdage tidlige symptomer på psykose eller forstadier til psykose. Skolehelsetjenesten bør oppfordre lærere til å bidra til at elever som har stort fravær og/eller viser en uforklarlig endring i atferd, kommer til helsetjenesten. Helsesøster vil ha et særlig ansvar for å henvise videre til fastlege. Endring i atferd kan vise seg i elevens sosiale funksjon, reduksjon i forventede skoleprestasjoner eller tap av motoriske ferdigheter.

Arbeidsoppgaver som helsesøster kan ha i møte med unge der det er mistanke om mulig begynnende psykosesyntomer:

- lavterskeltilbud for samtaler, råd og veiledning til faste tider
- undervisning og informasjonsarbeid generelt og i konkrete saker
- samarbeid med skolen om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk læringsmiljø, deltagelse i programmer som for eksempel «Psykisk helse» i skolen
- motivering for og etablering av kontakt med fastlege for utredning/behandling og videre henvisning til BUP ved mistanke om debuterende psykoselidelse
- samarbeid med andre instanser både i kommune og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) ved poliklinikkene (BUP)
- deltagelse i et oppfølgingsopplegg med jevnlig samtaler
- hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet
- samarbeid og oppfølging av familier og pårørende

11.2.2 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 leger og helsesøster har flere kommuner tilsatt psykolog og/eller psykiatrisk sykepleier i tjenesten. Dette er et lavterskeltilbud som ikke krever henvisning, men der 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 universiteter og høyskoler. Studenthelsetjenesten i Norge er ulikt bemannet på ulike steder, men leger og sykepleier er vanlig, og de kan henvise videre for psykologisk hjelp. Begge disse tilbudene er gratis og har som regel åpent også om ettermiddagen.

11.2.3 Fastlegen

Fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å oppdage, behandle og følge opp pasienter med psykose og fare for psykoseutvikling (426) og er sentral som «døråpner» til andre tjenester og ytelser. Ofte kjenner legen den unges familie og er nærmest til å oppdage sykdom og gi helsetjenester. Kontakten mellom ungdom og fastlege bør ideelt sett være etablert før debut av en psykoselidelse, og ha et forebyggende perspektiv både for fysisk og psykisk helse.

Somatiske plager kan være en del av sykdomsbildet eller eksistere parallelt med psykoselidelsen. Det er viktig at disse pasientenes somatiske helse følges tett opp allerede fra sykdomsdebut, og det vil ofte være hensiktsmessig at fastlegen har dette som oppgave. Når pasienten er innskrevet i spesialisthelsetjenesten, gjøres avtaler om oppfølging derfra. For pasienter med behov for langvarige og sammensatte tjenester, er samarbeid om Individuell plan og deltagelse i ansvarsgrupper sentralt.

Fastlegeordningen har som mål å bidra til god tilgjengelighet og kontinuitet i lege-/pasientforholdet, og fastlegen er en lett tilgjengelig tjeneste i den forstand at det er personen selv som vurderer om en har behov for time. For personer med psykoselidelser kan likevel terskelen være for høy. Personer med alvorlige psykoselidelser kan ha utfordringer knyttet til å bestille time, komme til avtalt tid og/eller ha penger til egenandel.

Tverrfaglig samarbeid er en viktig del av fastlegens arbeid, og det er vesentlig at fastlegen er med på å vurdere behov for tiltak som sikrer at pasienten/brukeren får et helhetlig tilbud. Helsedirektoratet utga i 2009 rapporten *Allmennlegetjenesten og psykisk helse* (427), 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 pårørende-erfaringer i allmennlegers videre- og etterutdanning, oppfølging av barn og unge og samarbeid med psykologer i kommunene.

God samhandling med andre instanser rundt den enkelte pasienten 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 en tydeliggjøring av ansvarsfordelingen, gjerne gjennom å etablere ansvarsgruppe
- at hovedansvaret for vedlikehold og revisjon av Individuell plan for det samlede tilbudet til pasienten ligger hos kommunen

11.2.4 Psykologtjeneste

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» (428). 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* (429). 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, og de har en viktig rolle når det gjelder å oppdage psykoselidelser tidlig. Kommunepsykologenes arbeid vil kunne bidra til økt vekt på forebygging og helsefremmende arbeid og gi god tilgjengelighet til utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. I tillegg er samarbeid med og veiledning til øvrige tjenesteytere i kommunen viktige oppgaver.

11.2.5 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid i kommunene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Psykisk helsearbeid utføres i ulike sektorer i kommunen og omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering (430).

11.3 Spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen i regionen har tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenestene løser oppgaver som krever kompetanse og ressurser utover det som dekkes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regionale helseforetak har eieransvar for underliggende helseforetak som organiserer tjenestetilbudet på spesialistnivå i sitt sykehusområde, inkludert det psykiske helsevernet.

Helseforetakenes tilbud er organisert i ulike nivåer innen psykisk helsevern. Det psykiske helsevernet for barn og unge (PHBU) har hovedvekt på polikliniske funksjoner (BUP),

og for voksne ligger hovedvekten av tilbudet i de distriktpspsykiatriske sentre (DPS). BUP og DPS ivaretar kontinuiteten i behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Sykehusavdelinger ivaretar funksjoner som krever mer spisskompetanse og større personellmessige ressurser, for eksempel til å ivareta pasienter med komplekse tilstander, selvmordsrisiko og/eller risiko for voldsbruk. Psykisk helsevern gir utredning og behandling på spesialistnivå og samhandler med kommunene og NAV samt andre avdelinger i spesialisthelsetjenesten, for eksempel tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) eller somatiske enheter.

11.4 NAV

Det overordnede ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkedspolitikken er tillagt staten ved NAV. Det gjelder både å formidle arbeid og sikre inntekt ved arbeidsledighet. Alle arbeidssøkere har rett til å få vurdert behovet for hjelp og tjenester fra NAV.

NAV kan tilby en rekke arbeidsrettede tiltak og økonomiske støtteordninger til ulike målgrupper, inkludert personer med psykiske lidelser. I tillegg til det ordinære tiltaksapparatet har NAV også hatt en rekke tiltak gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (431). En samlet oversikt over tilbudene innen NAV finnes på [NAVs hjemmesider](#) (432).

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.

11.5 Ansvars- og oppgavedeling

Rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (433) viser til en modell som kan understøtte tenkningen rundt en deling mellom nivåene basert på pasienters og brukeres mål om mestring, selvstendighet og deltagelse i samfunnet.

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Begrepene forklares i avsnitt 11.5.1 og 11.5.2.

11.5.1 Kommunen

Begrepene *kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling* omtaler sentrale ansvarsområder innen det kommunale psykiske helsearbeidet. Kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljøet viser til at dette arbeidet først og fremst foregår i den sammenhengen den enkelte lever i, og med utgangspunkt i de ressursene og begrensningene som finnes rundt ham eller henne. Behovet for langvarig og koordinert oppfølging viser til at mange brukere har behov for sammensatte og omfattende tjenester, ofte over lang tid. Behovet for tverrsektoriell samhandling knytter seg til at en del brukere behøver tjenester fra flere aktører i både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Ansatte i kommunen har et ansvar når det gjelder å oppdage tegn på psykoseutvikling og henvise til spesialisthelsetjenesten for videre utredning. Kommunen har også et behandlings- og oppfølgingsansvar med hensyn til en rekke livsområder. Psykoselidelser er komplekse, og følgene kan påvirke hele livssituasjonen. God behandling krever derfor både tverrfaglig kompetanse og spesialisert kompetanse knyttet til psykiske lidelser. Kommunen har et særskilt ansvar for å koordinere tjenestene først og fremst fordi det er der brukeren bor og lever livet sitt. Kontinuitet i oppfølgingen, relasjonell kompetanse og kompetanse knyttet til samhandling er av stor betydning i denne sammenhengen.

11.5.2 Spesialisthelsetjenesten

Begrepene *spesialisert kompetanse, kompleksitet og intensitet* er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering (434). For psykisk helsevern innebærer det spisskompetanse innen utredning, diagnostikk og behandling, og behandlingssenheter som ivaretar behovet til pasienter med komplekse og uavklarte tilstander. Komplekse tilstander inkluderer utredning av førstegangpsykose for å sikre at eventuell somatisk årsak utelukkes, og at samtidige (komorbide) tilstander identifiseres. Et annet eksempel er uavklarte tilstander med psykosesyntomer og samtidig rusmiddelavhengighet. Behov for intensiv innsats betyr at pasientene er i en fase av psykoselidelsen som krever høy kompetanse og høy personalinnsats. Et eksempel her er innleggelse i en periode inntil tilstanden er avklart og stabilisert, eventuelt også etter psykisk helsevernloven (8) § 3-3.

Kompleksiteten i pasientenes tilstand og intensiteten i behandlingen og oppfølgingen varierer innenfor ulike enheter i BUP, DPS og sykehusavdelinger.

Ved mistanke om debuterende psykoselidelse, psykosenære tilstander og ved førstegangpsykose bør utredningen og behandlingen den første tiden skje i spesialisthelsetjenesten (54), men i tett samarbeid med fastlege og andre viktige kontakter i den unges tilværelse (for eksempel skole og skolehelsetjeneste). God og effektiv behandling krever høy kompetanse og stabil behandlerkapasitet.

Tidligintervensjonsteam er ytterligere beskrevet i avsnitt 11.6.3. Oppgaven for psykisk helsevern er ikke over når en pasient har kommet seg av en førstegangpsykose. Det er risiko 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.

11.6 Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

Målet med samhandlingen er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden står i sentrum. For brukerne er det viktigste å være trygg på at de får hjelp på rett sted til rett tid, ikke om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som tilbyr behandlingen (208).

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.

Kommune, psykisk helsevern for barn og unge ved BUP, psykisk helsevern for voksne ved DPS og sykehusavdelinger er sentrale tjenesteleverandører og samarbeidspartnere for å ivareta målet om en behandling som tilrettelegger for mestring og økt livskvalitet for den enkelte.

Gjensidig kunnskapsoverføring, dialog og informasjonsutveksling er viktige elementer for å sikre gode tjenester og behandlingsforløp. Spesialisthelsetjenesten har også en lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven (9).

11.6.1 Samhandling mellom kommune og BUP

Samhandling mellom kommune og poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) er av avgjørende betydning for å oppnå målsettingen om helhetlige tjenester. Samarbeidet kan skje i ulike former. I mange områder er det gode erfaringer med ulike samarbeidsfora, kontaktmøter og felles programmer for kompetanseheving.

Det forventes at kommunale instanser identifiserer barn og unge som er i en tidlig fase av en psykose. Helsesøster, fastlege og eventuelt psykolog i kommunen har sentrale roller. BUP bør være lett tilgjengelig for samarbeidspartnere i kommunen, og ansatte ved BUP kan gi tilbud om utedager i kommuner der det tilrettelegges for felles konsultasjoner, veiledning, møter og diskusjoner med kommunalt ansatte.

11.6.2 Samhandling mellom kommune og DPS

Samarbeidet mellom kommune og DPS har som hensikt å skape kontinuitet og felles mål i tilbudet til brukerne (435). Felles kjennskap til hverandres arbeidsområder og tjenester er viktig med sikte på samhandlingen som skal finne sted.

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 også viktige oppgaver i kommunen.

Mange pasienter/brukere med psykoselidelser vil ha behov for langvarige polikliniske og/eller ambulante tjenester ved DPS, selv om kommunen har hovedansvaret for oppfølging og koordinering av tjenestene.

Samarbeidet mellom kommune og DPS kan skje i flere ulike former. I mange områder er det gode erfaringer med samarbeidsfora, kontaktmøter og samhandlingsteam der både kommune og DPS deltar. Poliklinikker ved DPS kan gi tilbud om utedager i kommuner der det tilrettelegges for felles konsultasjoner, veiledning, møter og diskusjoner med kommunalt ansatte.

Stadig flere behandlingsteam ved DPS arbeider utadrettet og nettverksorientert. Nettverksmøter hjemme hos brukeren kan være et godt utgangspunkt for å finne konstruktive behandlingsopplegg og gode samhandlinger med de kommunale tilbudene.

11.6.3 Ambulant virksomhet

Ambulante virksomheter har vært under videreutvikling i Norge i løpet av de siste årene, og ifølge Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) (423) 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 National Health Service (436), mens det i Norge er naturlig at teamene etableres i BUP og DPS eller i et samarbeid mellom BUP og/eller DPS og kommunene i opptaksområdet.

Ved å møte pasienten/brukeren sammen med familie og lokale hjelpere på hjemstedet er det i mange tilfeller mulig å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner og finne fram til gode løsninger.

Ambulant behandling og oppfølging er relevant innen:

- tidlig intervensjon
- hjemmebasert akuttbehandling
- systematisk langtidsbehandling og oppfølging

Ambulante tjenester tilbys ofte av ulike typer team. Disse teamene har ulike roller og målsettinger, og oppgavene bør holdes fra hverandre.

Tidligintervensjonsteam

Tidligintervensjonsteam (437;438) 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 direkte henvendelser fra ungdommen selv, familien, skolen og/eller førstelinjetjenesten. Avhengig av lokale forhold og nedslagsområde kan teamene også tilby behandling og oppfølging av disse pasientene. I større byer bør behandlingen foregå på poliklinikker med spesialkompetanse eller, ved behov for innleggelse, ved spesialiserte døgnenheter.

Akutteam

Utviklingen av akutteam har kommet som et ledd i vektleggingen av desentraliserte og differensierte spesialisthelsetjenester. Pasienter i akutte faser av en psykoselidelse har tradisjonelt vært ivaretatt ved akuttavdelinger på sykehus, og for mange er dette de beste og mest forsvarlige rammene for behandlingen. Akutteamene har pasienter med behov for innleggelse som målgruppe, og teamet skal være et alternativt behandlingstilbud som foregår i pasientens hjem.

De fleste studier viser ingen sikker forskjell mellom behandling ved ambulans akutteam og ved innleggelse når det gjelder psykisk helsetilstand, evne til å fungere eller livskvalitet. Forskning tilsier at mange pasienter foretrekker behandling hjemme framfor innleggelse på akuttavdeling. Det er ikke holdepunkter for at hjemmebehandling øker risikoen for vold eller selvmord for de pasientene der det er mulig å gjennomføre hjemmebehandling. I Norge er det stor variasjon i hvordan akutteamene arbeider, og det er liten kunnskap om effekten for pasientene og helsetjenesteforbruket (439).

For pasienter med schizofrenidiagnose og andre alvorlige psykiske lidelser som er i en akutt krise, kan akutteam vise til en signifikant effekt når det gjelder å redusere innleggelser og kortere opphold på sykehus, sammenlignet med tradisjonell sykehusbasert omsorg (238).

Et akutteam kan være et tilbud til personer med psykoselidelser som har behov for behandling av akutte episoder, i tilfeller der behandlingen kan skje lokalt i pasientens nærmiljø. Akutteam må ikke forveksles med kommunale kriseteam, som tilbyr psykososial oppfølging ved ulykker og katastrofer.

Modeller for tverrfaglige og aktivt oppsøkende behandlingsteam for personer med sammensatte behov

I en systematisk kunnskapsoversikt fra Cochrane Collaboration (440) brukes betegnelsen *Intensiv Case Management* (ICM) for å sammenstille forskning og resultater fra ulike typer oppsøkende behandlingsteam. Assertive Community Treatment (ACT) inngår i denne oversikten. Det kan være vanskelig å skille mellom ulike former for ICM og ACT, men i ACT understrekes den tverrfaglige teamtilnærmingen og viktigheten av å arbeide systematisk og langsiktig i et mestrings- og bedringsperspektiv. ACT-teamene arbeider også med færre brukere per ansatt (1:10). Et sentralt prinsipp i ACT er at teamet skal tilby behandling og helhetlige tjenester, og at alle i teamet skal kjenne og arbeide med teamets brukere. Dette til forskjell fra tradisjonell *case management* (CM) eller koordinering av psykososialt arbeid, som er formidling og koordinering av eksisterende tjenester. CM som arbeidsmetode innen psykisk helsefeltet har antatt mange former fra land til land. Av den grunn er det ikke et entydig begrep. Forskning viser at ICM har effekt i form av et noe lavere forbruk av døgnopphold, at færre mister kontakt med helsetjenestene, en bedring i boligforhold og et høyere antall brukere i arbeid. Det er sannsynligvis redusert risiko for selvmord og død (440).

I Nederland har en de senere årene satset på etablering av ACT-team, samtidig som en har valgt å gjøre tilpasninger av modellen. Den modifiserte modellen kalles for *Function - ACT* eller *Flexible - ACT* (FACT).

FACT-teamene dekker to funksjoner ved at de både har ansvar for å gi et tett teambasert tilbud etter prinsippene i ACT, for de av brukerne som til enhver tid har behov for det (ca. 20 %). Teamene har også en koordinerende funksjon ved at koordinatorene gir individuell oppfølging til de av brukerne som til enhver tid ikke har behov for tett og fleksibel oppfølging fra det tverrfaglige teamet (ca. 80 %). Målgruppen for FACT-team er alle personer med en alvorlig psykisk lidelse. Et typisk FACT-team dekker et befolkningsområde på 40–50 000 og arbeider med ca. 200 brukere. I 2011 fantes det 35 ACT-team og ca. 150 FACT-team i Nederland (441).

Erfaringer og studier fra Nederland viser at i løpet av en toårsperiode vil en betydelig andel av brukerne i FACT-teamene (ca. 80 %) ha hatt behov for et mer intensivt ACT-tilbud i kortere eller lengre perioder. Dette tyder på at brukernes behov for oppfølging og støtte kan variere betydelig, og at de oppsøkende tjenestene bør være fleksible og tilpasset den enkeltes behov.

ACT-team – Assertive Community Treatment

1a	Det anbefales at personer med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen.	A
----	---	---

Modellen for Assertive Community Treatment (ACT) ble utviklet i USA på 1970-tallet, og studier viser at ACT er godt dokumentert som en nyttig og kostnadseffektiv metode for å organisere oppsøkende tjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser som lever utenfor institusjon (442-444), og som ikke i tilstrekkelig grad klarer å nyttiggjøre seg det ordinære tjenestetilbudet. I Norge er benevnelsen ACT-team beholdt og definert som aktivt oppsøkende behandlingsteam.

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 Moss-regionen (445). 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.

I tillegg til legemiddelbehandling og oppfølging beskrives følgende elementer som nødvendige forutsetninger for god behandling og rehabilitering:

- en trygg bolig
- praktisk hjelp og støtte (bolig og økonomi)
- integrert behandling av rus og psykisk lidelse
- arbeid med støtte (supported employment (SE) / IPS)
- psykoedukasjon for å styrke brukerens egne mestringsstrategier
- samarbeid med brukerens familie og nettverk om det å forstå brukerens sykdom
- kunnskapsbasert psykoterapi
- god tilgjengelighet, krisehåndtering og fleksibilitet i tjenesten

Oppfølging fra oppsøkende behandlingsteam må starte opp selv om personen på henvisningstidspunktet mangler bolig.

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 psykose og rusmiddelproblemet ved kombinasjon av alvorlig psykisk lidelse og alvorlig rusmiddelproblem. ACT er en effektiv form for psykososial behandling for de dårligste pasientene med schizofrenidiagnose, som ellers ville ha vært innlagt over lang tid (446). Hvorvidt

slike team også reduserer innleggelse i spesialisert psykisk helsevern, er uklart, men noen studier peker i den retningen (447).

De fleste studier som har sett på effekten av ACT-team, har blitt gjort i USA, og det kan være vanskelig å generalisere resultatene til norske forhold. En gjennomgang av de ulike studiene 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 (238). En rapport som evaluerte prøveprosjektet med ACT-team i Moss-regionen, viser også til lignende resultater som internasjonal forskning (445). I forbindelse med videre implementering av ACT-modellen i Norge er det utgitt en håndbok (448), og det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av ACT-teamene som ble etablert i 2009 og 2010. Resultater fra disse forventes å bli publisert i 2014.

11.7 Kriseplan

4	Skriftlig kriseplan bør utarbeides for å sikre at tiltak raskt blir iverksatt hvis en krise oppstår.	B
---	--	---

Utarbeidelse av individuelle kriseplaner er aktuelle tiltak for målgruppen. Disse planene inneholder informasjon om tidlige tegn på en krise hos brukeren, og konkrete opplysninger om hvem som kan kontaktes i hjelpeapparatet når tegn eller symptomer er under utvikling. Bruk av kriseplaner kan sikre at hjelpeapparatet handler tidlig, og studier tyder på at bruk av kriseplan kan redusere antall tvangsinnleggelse (449).

Utarbeidelse av kriseplan er også et verktøy for brukermedvirkning og krever et nært samarbeid med pasient/bruker og eventuelt med pårørende. Planen kan inneholde nyttig informasjon om hvordan brukeren ønsker å bli møtt, og om 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 en kriseplan finnes i vedlegg 5.

11.8 Individuell plan og koordinator

Formålet med individuell plan (IP) er å bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal kartlegge pasientens/brukerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder. Pasienten/brukeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal tilrettelegges for dette. Målene og ønskene hans eller hennes skal være utgangspunkt for prosessen.

Pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 2-5 gir rett til individuell plan for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Retten er også regulert i helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven (9) § 2-5 og psykisk helsevernloven (8) § 4-1, sosialtjenesteloven i NAV (367) § 28, NAV-loven (420) § 15 og barnevernloven (450) § 3-2 a. Når pasienten/brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan.

Retten til individuell plan og koordinator er ytterligere regulert i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 5 (434). For mer informasjon om individuell plan og koordinator, se helsedirektoratet.no (451) og kommentarene til § 4-1 i Helsedirektoratets rundskriv *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevern-forskriften* (18).

Dersom en pasient/bruker ikke ønsker en individuell plan, skal den ikke utarbeides, uavhengig av om pasienten/brukeren har samtykkekompetanse eller ikke. Plikten til å yte forsvarlig helsehjelp og samarbeide med andre så langt som mulig innenfor reglene om taushetsplikt, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 2-1b, gjelder uansett.

Pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har også rett til å få oppnevnt koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven (9) § 2-5a og helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 7-2. Koordinator skal ikke oppnevnes uten pasientens samtykke.

11.8.1 Ansvarsgruppe

En ansvarsgruppe er sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en pasient/bruker med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Gruppen kan være et godt utgangspunkt for å utarbeide og følge opp individuell plan. Mange brukere synes det er vanskelig å delta på møter der det er mange til stede, og 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 ansvarsgruppe og være med på å utforme den individuelle planen, slik at dette ikke blir planer som lages eksklusivt av de voksne. Dersom de av ulike grunner ikke kan eller vil delta på møter, må en sørge for at synspunktene deres blir ivaretatt på møtene / i planskrivingen, og at de unge oppdateres i etterkant. Det er viktig for ungdommenes naturlige selvstendigjøring at de, i den grad det er mulig, er med på å utforme sin egen behandling.

Ansvarsgruppearbeid må skje i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven (16) § 21, pasient- og brukerrettighetsloven (7) § 3-6 og forvaltningsloven (452) § 13. Nærmere informasjon om helsepersonells taushetsplikt finnes i Helsedirektoratets rundskriv *Helsepersonells taushetsplikt: vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten* (452;453).



DEL 2

Faglig informasjon

Hva er en psykose?
Forekomst, forløp og prognose
Særskilte pasientgrupper

12 Hva er en psykose?

12.1 Diagnoser

Gjennom en grundig og nøyaktig diagnostisering forsøker en å definere ulike sykdommer eller lidelser og skille disse fra hverandre. Dette kan bidra til en mer tilpasset behandling samt legge grunnlaget for økt kunnskap om disse lidelsene gjennom forskning og metodeutvikling. Diagnosene er også et språk, en terminologi, som letter kommunikasjonen innad i fagmiljøer og mellom ulike aktører innen tjenesteapparatet. Det er viktig å være klar over at diagnoser i psykisk helsevern er konstruerte konsensusbaserte enheter, begge de to offisielle diagnosesystemene, ICD-10 (83) og DSM-IV (84), er for tiden under revisjon, og nye utgaver kan forventes i løpet av de nærmeste årene.

Diagnostisering er også beheftet med ulemper, og innen psykisk helsevern må en derfor være særlig oppmerksom på mulige uheldige sider ved diagnoser. Den viktigste ulempen er faren for at en reduserer mennesket til diagnosen, slik at en glemmer å se det hele mennesket bak diagnosen. Diagnoser kan virke overforenkende med hensyn til å se hele den kompleksiteten som skjuler seg bak. Diagnoser kan også virke stigmatiserende og bidra til selvstigma. Selvstigma vil si at pasienten tenker på seg selv som sykdommen han/hun har, istedenfor å se seg selv som et fullt og helt menneske med muligheter for utvikling (421).

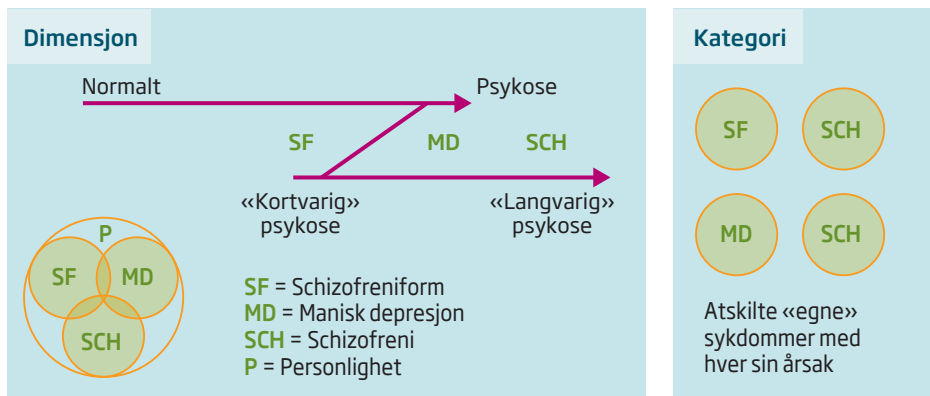
Diagnostisering ved psykoselidelser kan også være særlig utfordrende på grunn av potensielt kompliserte differensialdiagnostiske vurderinger og mange samtidige lidelser (454). Tilstrekkelig mengde- og breddeerfaring med pasientgruppen er viktig for å fange opp denne kompleksiteten. Norge er gjennom medlemskap i WHO forpliktet til å følge det internasjonale diagnosesystemet ICD 10 (83).

12.2 Psykiske lidelser utvikler seg i faser

De alvorlige psykosene betraktes som dynamiske prosesser som utvikler seg i faser (455). Nesten alle psykosetilstander har et forstadium med «alminnelige» symptomer og/eller tegn på at personen har følelsesmessige problemer. Dette kan for eksempel vise seg som depresjon, angst eller sosial isolering.

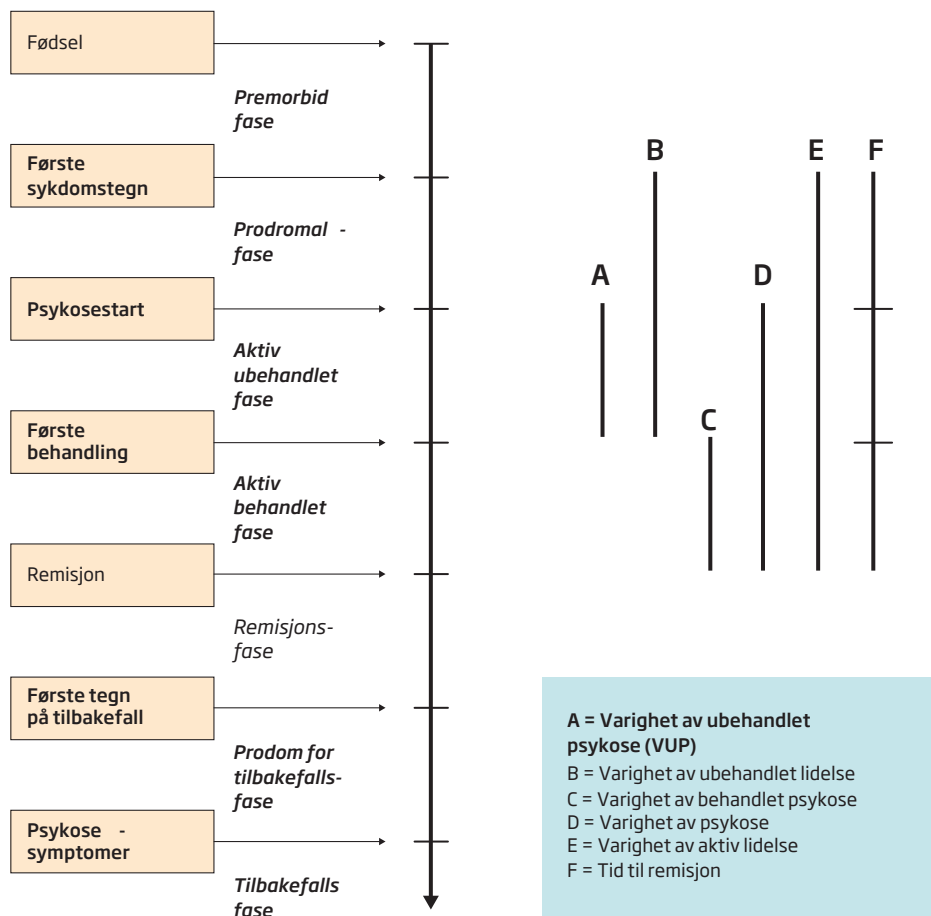
I moderne forskning og klinisk praksis vil det være avgjørende at en definerer hvilken sykdomsfase en står overfor i psykoselidelsen. Det å betrakte psykiske lidelser som lidelser med en betydelig overlapping mellom de ulike diagnosegruppene kalles tradisjonelt for et dimensjonalt perspektiv (456). En benevnelse på denne dimensjonelle forståelsesmodellen er begrepet *Einheitspsychosen* (enhetspsykose) (457). Det står i motsetning til det såkalte kategoriske perspektivet, der en betrakter de ulike diagnostiske kategoriene som atskilte tilstander med separate, og mer biologiske, årsaksforhold. Se figuren nedenfor for en visualisering av disse to perspektivene.

Psykiske lidelser - Dimensjon eller kategori



I figuren nedenfor er de ulike fasene i sykdomsutviklingen forsøkt illustrert. Premorbid fase betyr her fasen før selve sykdommen bryter ut, prodromal betyr «varselsfase», og innebærer at en kan se de første tegnene på sykdom, men da oftest som uspesifikke tegn (f.eks. angstsymptomer og symptomer på depresjon). Psykosefasen vil bli omtalt i detalj senere, det viktigste tegnet i denne fasen er en nedsatt virkelighetstestende evne (realitetssans).

Tidlig forløp av psykose. Ulike faser.



Som det går fram av figuren snakker vi om en «aktiv ubehandlet fase» og om «varighet av ubehandlet lidelse». Dette er faser som bør være så korte som mulig. Remisjon betyr at en «kommer ut av sykdommen», dette er beskrevet i kapittel 13.

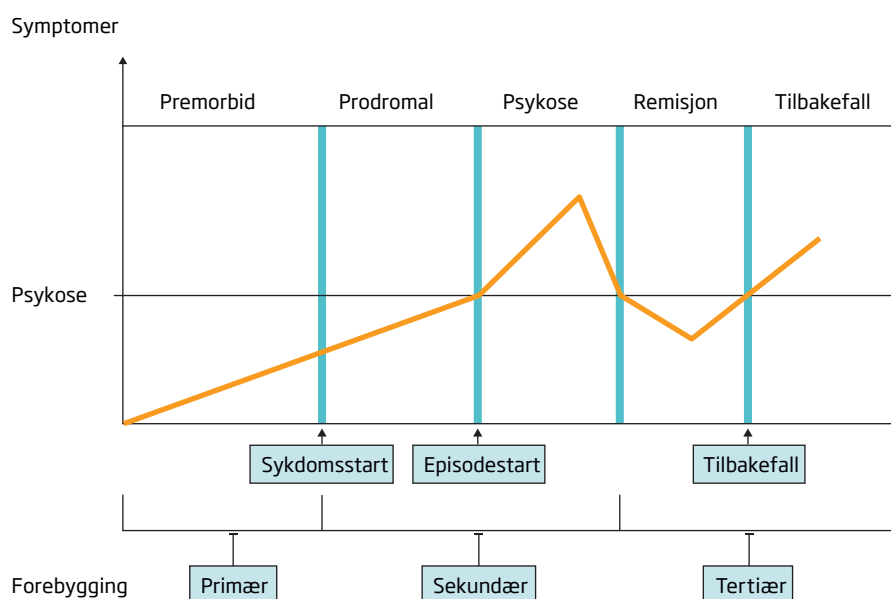
Fra et dynamisk perspektiv betraktes psykose som et sammenbrudd av psykologiske mestringsstrategier eller psykologiske forsvarsmekanismer som følge av en følelsesmessig overbelastning.

Stress-sårbarhetsmodellen integrerer ulike psykologiske modeller med mulige biologiske forklaringsmodeller for sårbarhet for å utvikle psykose. 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 og andre biologiske 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.

Den fasespesifikke tenkningen og forståelsen (246;458) ligger til grunn for innholdet i denne retningslinjen og er tatt hensyn til i de ulike anbefalingene som gis. Forståelsesrammen innebærer også at en må legge stor vekt på å forebygge videre sykdomsutvikling hos pasienten. Dette gjelder både ved primærsykdom og tilbakefall.

Faser i utvikling av en psykose og forebyggingsnivåer



12.2.1 «Varselfasen» (prodromalfasen)

Den første fasen i psykoseutvikling kalles vanligvis varselfasen eller prodromalfasen. Den utvikles oftest langsomt, over måneder og år, men i sjeldnere tilfeller raskt, over dager eller uker. De mest tilgjengelige symptomene er alminnelige og uspesifikke tegn på at vedkommende ikke har det bra psykisk, som angst, indre uro, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, sosial isolasjon, søvnevansker. Prodromalfasen inneholder imidlertid også mer «skjulte» og særpregede fenomener, for eksempel endret selvopplevelse, svekket eierskap til opplevelser og markante endringer i atferd og interessefelt (459). Varselfasen, som i faglitteraturen også kalles UHR (Ultra High Risk) eller ARMS (At Risk Mental State) (244;460-463), har ingen sikre varseltegn. Derfor kan man først i ettertid si om de faktisk var tegn på psykoseutvikling.

De mer særpregede opplevelsesendringene i varselfasen får økende vitenskapelig oppmerksomhet (464). Forstyrret selvopplevelse (selvforstyrrelse) er en gruppe karakteristiske opplevelser som er rikt beskrevet i klassisk faglitteratur, men som fra 1990-tallet har fått ny klinisk aktualitet på grunn av økt fokus på tidlig oppdagelse. Selvforstyrrelse (SF) innebærer i denne sammenhengen at den subjektive statusen i selve opplevelseskvaliteten, og forankringen av opplevelser i individet, er svekket. Dette viser seg i form av et spekter av uvirkelige og fremmede opplevelser av egen identitet, andre mennesker og de fysiske omgivelsene. Typiske utsagn er av typen «jeg har mistet meg selv», «det føles som om tankene ikke er mine», «jeg er usikker på om jeg er levende» eller «verden og menneskene virker ikke ekte». Ingen av disse opplevelsene har imidlertid karakter av overbevisning, slik som ved etablert psykose, men de skaper likevel betydelig lidelse og funksjonssvikt.

SF ser ut til å ha en selektiv og betydelig forekomst i schizofrenispekteret (465-467) og i varselfasen før disse (459). Fenomenene antas derfor å kunne bidra til å skille mellom ulike psykoselidelser i både tidlige og langtkomne faser. Dette er nylig vist i et stort norsk materiale (465). SF ser også ut til å ha klar sammenheng med suicidalitet ved schizofreni (468). Nye funn indikerer at SF også kan predikere overgang til psykose i UHR-gruppen (469). Manualen EASE, Examination of Anomalous Self-Experience (470) er utviklet for å undersøke disse forstyrrelsene systematisk, og har vist gode psykometriske egenskaper (471;472).

De usikre varseltegnene gir både etiske og utrednings- og behandlingsmessige utfordringer (473;474). Ingen av de varselsymptomene som er beskrevet her, kan sies å være sikre tegn på en kommende psykose. Personer i varselfasen må gis hjelp og behandling for de plagene og symptomene de faktisk har, både angst, depresjon og endret selvopplevelse (210;211). Den psykosenenære personen kan i motsatt fall over tid skape private og urealistiske forklaringer på de endrede opplevelsene.

Gode og støttende samtaler og relasjoner kan bidra til å bremse eller bryte den negative prosessen. Klinisk erfaring tyder på at aktiv og systematisk utredning av endret selvopplevelse, både i varselfasen og i selve psykosen, oppleves som relevant og nyttig av pasienter og familiene deres.

12.3 Særskilte forhold ved diagnostisering av unge

Grenseoppganger mellom ulike former for psykose hos unge kan være vanskelige å sette. Hallusinasjoner forekommer både ved affektive psykoser, schizoaffective psykoser og dissociative lidelser (475), mens negative symptomer er vanligere ved schizofreni (476). Videre er det særlig viktig med en bred somatisk utredning for å utelukke organiske årsaker til symptomene, se avsnitt 5.1 Komorbiditet ved tidlig debut. Affektive symptomer er likevel ikke uvanlig ved schizofreni, og tankeforstyrrelser heller ikke uvanlig ved affektive lidelser (112). Differensialdiagnostisering er særlig komplisert i ungdomstiden. Det er i dag vanlig å tro at tidlig psykosedebut hos unge er forbundet med større grad av udifferensierte symptomer, og findiagnostisering av psykosen er derfor vanskelig (477). Diagnoser som er satt tidlig i livsforløpet hos pasienten, må derfor revurderes jevnlig (240).

12.3.1 Utviklingsnivå/evnenivå

Symptomer hos barn og ungdom må til enhver tid ses i sammenheng med evnenivået, den sosioemosjonelle og den mentale utviklingen (54). Dette gjelder spesielt for yngre ungdommer. Stemmehearing, 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 og mennesker). Vrangforestillinger er for disse gruppene ofte mindre komplekse (de skal ta meg, drepe meg, de er slemme mot meg) enn hos eldre ungdommer og voksne (478) og mindre systematiske (54). Evnevurdering bør derfor inngå som en naturlig del av enhver psykoseutredning.

12.3.2 Symptomer skifter og varierer

Psykose er en fluktuerende lidelse, og sannsynligvis i enda større grad hos unge personer. Ungdomstiden er preget av en mental og sosial fleksibilitet og en bevegelse på mange ulike arenaer. Symptomer kan også øke og minske i grad, avhengig av opplevd stressnivå og andre faktorer. Funksjonsnivået gjenspeiler ikke alltid psykosnivået, og det at symptomer ikke er kontinuerlig til stede, betyr ikke at en kan utelukke en psykoselidelse (477).

12.3.3 Unge forteller sjeldnere spontant om psykosesyntomer

De alvorlige psykosene hos unge utvikler seg ofte snikende, og symptomene er gjerne både diffuse og sammensatte med en stor grad av samtidige lidelser (komorbiditet). Det er ofte slik at den unge ikke forteller om symptomene. Eksempelvis kan symptomer ha vært til stede så lenge at ungdommen ikke registrerer dem som avvikende lenger. Den unge kan mangle ord for å beskrive opplevelsene og derfor ikke klare å formidle det til andre, eller det kan også være en erkjennelse av at symptomene er for smertefulle å fortelle om, fordi de er forbundet med frykt og skam. 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, forteller 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 psykosesyntomer (477), se kapittel 7 Utredning.

12.4 Symptomer

Psykoser er fellesbetegnelsen på en sammensatt gruppe psykiske lidelser med det felles kjennetegnet at personen med den psykiske lidelsen har nedsatt eller manglende realitetstestende evne (vansker med å skille mellom ytre og indre faktorer). Psykose-lidelsene kjennetegnes vanligvis av tre hovedtyper symptomer:

- 1) Realitetsbristen kan ta form av forstyrrelser i sansing (hallusinasjoner, virkelige 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) Reduksjon eller et bortfall av normale funksjoner kalles ofte negative symptomer. De negative symptomene kan være vanskelig å skille fra depresjonsutvikling (post-psykotisk depresjon), eller fra bivirkninger av spesielt de «gamle» typene anti-psykotiske legemidler.
- 3) Mange kan også oppleve andre typer symptomer som angst, depresjon (affektforstyrrelser) eller kognitive (tankemessige) vansker. Det kognitive funksjonsnivået er vanligvis redusert sammenlignet med før sykdommen debuterte, og dette påvirker læring, minne, sansing og motoriske ferdigheter.

Psykoseutviklingen innebærer ofte at de mer basale funksjonene, som gjør at vi opplever oss som individer, selvoppfatningen, blir annerledes enn vanlig.

12.4.1 Positive symptomer

12.4.1.1 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 en hører stemmer, dvs. at tankelignende prosesser oppfattes som om de kommer utenfra, mens det i virkeligheten er ens 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. 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 idrettsstevne), eller to eller flere stemmer som snakker sammen og kommenterer det personen holder på med.

Hørselshallusinasjoner har en tendens til å bli kroniske, og siden stemmen(e) ofte kommer med negative utsagn, vil vedvarende hørselshallusinoser 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. 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 «indre» stemmehøringen kan blokkere for ytre lydstimuli (479). Det er også mulig å ha uvirkelige sanseopplevelser (hallusinasjoner) fra andre sanser, som syn, lukt, smak og berøring, men dette er sjeldnere. Innenfor en psyko-

dynamisk forståelsesramme vil slike uvirkelige sanseopplevelser oppfattes som uttrykk for en dypere, noen ganger tolkbar, mening, som et drømmeinnhold.

12.4.1.2 Vrangforestillinger

Vrangforestillinger er kulturelt (eller for omverdenen) tilsynelatende feilaktige og uforståelige forestillinger som er basert på personens indre oppfatninger mer enn ytre realiteter. Disse forestillingene 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. Dette gjelder selvhenføeringsideer, 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 faktisk kan høres av andre), tankeinnsetting (at personens tanker er satt inn i hodet av andre) eller tanketyveri (at tanker 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 psykoselidelser, 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.

12.4.1.3 Desorganisering

Desorganisering blir ofte regnet som en del av de positive symptomene. Desorganisert tale har form av avbrudd i normal taleflyt. Bak dette fenomenet ligger oftest assosiasjonsforstyrrelser. I mild form kan slike forstyrrelser gi seg uttrykk i at personen assosierer på siden av innholdet i samtalen, mens sammenhengen forsvinner etter kort tid eller virker å være helt borte ved uttalte forstyrrelser. Den som rammes av dette, 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.

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

12.4.2 Negative symptomer

Mange pasienter opplever symptomer som skyldes en reduksjon av normale mentale funksjoner, og som derfor kalles negative symptomer. De negative symptomene kan være vanskelig å skille fra depresjon eller bivirkninger (spesielt bivirkninger av første-generasjons antipsykotika). Tilstedeværelsen av negative symptomer bedømmes oftest ut fra personens atferd, for eksempel ved sosial tilbaketrekning. Negative symptomer har stor klinisk betydning, fordi de vanligvis medfører sterkere reduksjon av funksjonsnivå enn positive symptomer.

Negative symptomer reagerer ofte dårligere på ulike typer behandling og har en stor risiko for å bli langvarige. De er derfor en viktig del av de alvorligste psykoselidelsene. På tross av dette er symptomgruppen mindre undersøkt enn andre symptomområder. Det er etter hvert blitt vanlig å dele dette symptomområdet inn i to grupper.

Den ene gruppen består av apati, avolisjon og anhedoni, som er symptomer som kjenne- tegnes av 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, som kan beskrives som en mangel på målrettede handlinger. Personen som rammes, framstår med lite vilje eller driv til å igangsette eller gjennomføre handlinger. Anhedoni er betegnelsen på en manglende evne til å glede seg over ting og er vanskelig å skille fra tegn på depresjon. Undersøkelser tyder på at personer med schizofrenidiagnose 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 symptomgruppen er affektavflatning. Dette gir seg uttrykk i manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråk og ansiktsmimikk. Personen kan derfor framstå som følelsesflat og uengasjert. Personer med psykoselidelser kan ha problemer med å gjenkjenne følelser hos andre og problemer med egen følelsesregulering eller med å gi uttrykk for følelsene sine. Det er imidlertid klinisk viktig i behandling av personer med affektavflatning ikke å mistolke manglende engasjement som mangel på følelser.

12.4.3 Kognitive vansker

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

Kognitive vansker kommer vanligvis til uttrykk som problemer med å ta inn og bearbeide informasjon om omverdenen. Et flertall av personer med en schizofrenidiagnose har kognitive vansker. Kognitive vansker kartlegges gjennom en klinisk nevropsykologisk undersøkelse ved hjelp av normerte tester, se avsnitt 7.1.7. En rekke kognitive funksjoner vil kunne undersøkes ved hjelp av disse testene, som språklige evner, visuospatiale/perseptuelle evner (evnen til å oppfatte gjennom synet), oppmerksomhet, arbeids- hukommelse (evnen til mental bearbeiding), problemløsning, innlæring av nytt hukommelsesmaterieil, hukommelse over tid og motorikk.

Kognitive vansker er ikke det samme som nedsatt evnenivå eller intelligens som måles ved hjelp av tradisjonelle IQ-tester. Noen ganger vil evnenivået kunne være intakt, selv om for eksempel oppmerksomheten og innlæringsevnen er redusert.

Kognitive vansker ses ofte ved psykosier (480;481). Dette har særlig vært undersøkt ved schizofreni, der et flertall (ca. 75 %) av personer med en slik diagnose har kognitive vansker (480;481). I tråd med dette har en også oppdaget enkelte subtile nevro- anatomiske endringer sett på gruppenivå hos personer med schizofrenidiagnose (482). Dette betegner små endringer i hjernens oppbygging og funksjon som kan føre til at hjernen ikke fungerer helt optimalt.

Vanskene skyldes ikke legemidler eller psykosesymptomer, men observeres før utviklingen av psykose og etter at symptomene er stabilisert gjennom behandling (483-485). De vanligste områdene der kognisjonen 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) (486).

Typiske vansker som personer med schizofrenidiagnose kan ha, er det å klare å følge med når flere mennesker snakker fort til hverandre, de kan dermed miste tråden i samtaler (nedsatt prosesseringstempo, oppmerksomhet og arbeidshukommelse). Noen merker at de ikke lenger 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 ny teoretisk kunnskap, siden det kreves konsentrasjon og forståelse for å lære dette (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 alvorlig psykoselidelse 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 avsnitt 12.4.2 om negative symptomer).

Ofte kan en se et fall i kognitivt funksjonsnivå samtidig med en psykoseutvikling (487). Det er derfor mange som har klart seg bra på skolen og ikke har hatt noen tegn på kognitive vansker tidligere, som kan ha markant kognitiv svikt som en del av psykoselidelsen. Tradisjonelt har en tenkt at de kognitive vanskene er ganske stabile over tid (481;487;488), men enkelte studier antyder at avgrensede kognitive funksjoner kan bli svekket over tid (489). 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 funksjonsnivå har betydning for planlegging av behandlingsoppfølging, og enkelte studier antyder at kognitive funksjoner har en større sammenheng med hvordan lidelsen utvikler seg, enn psykosesymptomer (490;491). Det er likevel store variasjoner i kognitive vansker ved psykose, også innenfor lidelsen schizofreni (492), og 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 (481;492). Det kan derfor være avklarende at personer med psykoselidelser går gjennom en klinisk nevropsykologisk undersøkelse. En kortere screeningundersøkelse (se avsnitt 7.1.7 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 fungeringen 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 av kognitive vansker, og dette kan dermed føre til 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 schizofrenidiagnose, i tråd med tenkning innenfor familiesamarbeid ved psykoser, se avsnitt 8.4 Familiesamarbeid. For ungdom i et utdanningsløp er det særlig viktig å kartlegge og tilpasse skolehverdagen til eventuelle kognitive vansker, se avsnitt 8.11 Kognitiv trening, 8.11.1 Andre

tiltak ved kognitive vansker og kapittel 10 Skole, utdanning og arbeid. Uoppdagede kognitive vansker vil kunne medføre en belastning gjennom urealistiske krav fra omgivelsene med hensyn til for eksempel skoleprestasjoner. Slike mentale belastninger vil kunne ha en forsterkende effekt på psykoseutvikling. Kartlegging av kognitivt funksjonsnivå kan også være nyttig for å fange opp ressurser og sterke sider.

12.5 Schizofreni - en av mange psykosediadnoser

Den alvorligste og mest undersøkte av psykoselidelsene er schizofreni. Selve ordet *schizofreni* er hentet fra gresk og betyr «fragmentert sinn». Begrepet ble tatt i bruk i 1911 for å beskrive at pasienter som utvikler denne lidelsen, lider av en omfattende oppløsning av de mentale prosessene. Schizofreni innebærer for mange en omfattende og langvarig lidelse.

Schizofrenibegrepet er omdiskutert, og en leter etter bedre begreper (493), 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», en «forstyrrelse» eller en «lidelse». Det kliniske bildet ved schizofreni er mangfoldig, og det er ingen enkeltsymptomer som er spesifikke for schizofreni, og som ikke også kan ses ved andre psykoselidelser. Diagnosekriteriene er basert på det som personen formidler av opplevelser og observert atferd. Siden det ikke er noen tester, prøver eller unike symptomer for schizofreni, er det viktig å være klar over at avgrensningene, for eksempel varighetskriteriene, er satt ut fra ekspertkonsensus.

Diagnosesystemet som brukes i Norge, ICD-10 (83), vektlegger både her-og-nå-symptomatologien og forløpet av symptomene i vurderingskriteriene. Omfattende symptomer må være til stede mesteparten av tiden i minst én måned eller mer (uavhengig av behandling) for å kunne stille diagnosen schizofreni. ICD-10 krever, hvis schizofreni-diagnose skal stilles, at det enten er en tydelig tilstedeværelse av uforklarlige vrangforestillinger, som uttalte selvhenføringsideer, 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 (det vil si følelsesbetonte symptomer, for eksempel uttalte humørsvingninger eller dyp tristhet), må det ha vært klare schizofreniforme symptomer til stede før oppstarten av den affektive episoden.

Det har historisk vært vanlig å dele schizofreni inn i forskjellige undergrupper. Det finnes imidlertid lite empiri som viser at de ulike typene er stabile diagnostiske undergrupper med forskjellige årsaker. Følger vi en person gjennom livet, kan symptomer og undergrupper variere. Fordi undergruppene beskriver lett gjenkjennbare kliniske bilder i her-og-nå-situasjonen, kan kunnskap om disse likevel gjøre det lettere å gjenkjenne lidelsen. De forskjellige undergruppene ved schizofreni ifølge ICD 10 er som følger:

Hebefren schizofreni (ICD-10 F 20.1) starter gjerne hos unge (15–25 år) og er kjenne-tegnet av en tydelig desorganisering både av tenkning og atferd sammen med tydelige negative symptomer i form av affektavflating og apati. Klassiske psykosesymptomer som vrangforestillinger eller hallusinasjoner er ikke det mest karakteristiske symptomet

ved denne formen for schizofreni, selv om de som regel er til stede. På grunn av tidlig symptomstart og innslaget av lite behandlingsresponsive symptomer, er forløpet av denne typen schizofreni ofte alvorligere enn ved de andre undergruppene.

Katatoni (ICD-10 F 20.2) er en særegen form for schizofreni som ses sjeldnere og sjeldnere. Kataton schizofreni er preget av plutselige urofaser med psykomotorisk overaktivitet, preget av til dels meningsløse handlinger (som å dunke hodet i veggen eller synge den samme sangen gjentatte ganger). Periodene med uro avløses av perioder der personen bokstavelig talt kan gå helt i stå og innta uvanlige tilstivnede posisjoner over lengre tid. På tross av det spesielle og alvorlige kliniske bildet kan de katatone periodene gå relativt raskt over, og langtidsprognosen virker å være bedre ved denne typen schizofreni enn ved hebefren type.

Paranoid schizofreni (ICD-10 F 20.0) er kjennetegnet av tydelige vrangforestillinger ved klar bevissthet, ofte med hørselshallusinose. Det forekommer ikke desorganiserte symptomer, katatone symptomer eller tydelig affektavflatning. Vrangforestillingene har ofte form av forfølgelses- eller forgiftningsforestillinger og kan variere fra det mer 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 F 20.5)** er to undertyper som ofte ses i klinisk praksis. Udifferensiert schizofreni omfatter tilstander som fyller diagnosekriteriene for schizofreni, men ikke passer inn i beskrivelsen av de klassiske undergruppene som er nevnt ovenfor. Residual schizofreni kalles undertypen der en person som tidligere har hatt én eller flere aktive episoder, ikke lenger har tydelige psykosesyntomer, men heller ikke er symptomfri.

Det finnes også andre lidelser som er innenfor et schizofrenispektrum, men der diagnosekriteriene er annerledes enn ved schizofreni. Disse er:

Schizoaffektiv lidelse (ICD-10 F 25) er en tilstand kjennetegnet av symptomer som fyller kriteriene for schizofreni, og med en affektiv episode i samme sykdomsepisode. De affektive episodene kan være maniske og/eller depressive. Schizoaffektiv lidelse er ofte av en episodisk art og har vanligvis et noe bedre forløp enn andre former for schizofreni. Avgrensningen både mot schizofreni og psykoselidelse er noen ganger vanskelig, og diagnosen har ofte dårlig etterprøvbarehet (reliabilitet) i vanlig klinisk praksis.

Schizotyp lidelse (ICD-10 F 21) er plassert sammen med schizofreni i diagnosesystemet, fordi det finnes en opphopning av lidelsen i familiene til personer med schizofreni-diagnose. Det kliniske bildet inneholder både psykoselignende symptomer (persepsjonsforstyrrelser, nærpsykotiske episoder som ikke når nivået for full psykotisk symptomatologi) og delvis tilbaketrekningssymptomer (ubehag ved sosial kontakt), underlig og eksentrisk atferd og tankeforstyrrelser. Det er en viss risiko for at personer som på ett tidspunkt fyller kriteriene for en schizotyp lidelse, senere utvikler schizofreni.

12.5.1 Schizofreni hos yngre pasienter

En schizofrenidebut før 12/13-årsalderen kalles gjerne for *very early onset schizophrenia* (VEOS) og er en sjelden lidelse. Debut i ungdomsårene (mellom 12/13 og 18 år) beskrives i litteraturen som *early onset schizophrenia* (EOS). Det er evidens for at schizofreni hos

barn og ungdom er forenlig med de samme lidelsene som hos voksne (69). Den genetiske komponenten er større hos de yngste (98). Grunnet utviklingsnivået, en større grad av samtidige lidelser (komorbiditet) og mindre spesifisitet i symptom bildet, kan imidlertid symptomene hos de yngste til tider framstå som forskjellige fra den voksne formen for schizofreni.

12.6 Andre psykoselidelser

Inndelingen av de alvorligste psykiske lidelsene i henholdsvis schizofreni og bipolar lidelse går tilbake til Kraepelins (Emil Kraepelin 1856–1926) kategoriske inndeling. Like lenge som denne inndelingen har eksistert, har det vært klart at det finnes andre tilstander med psykosesyntomer som ikke helt passer inn i denne todelingen.

Det dreier seg om tilstander av episodisk art, med en relativt god fungering mellom episodene, men uten klar stemningssymptomatologi, eller tilstander preget av en mer vedvarende, men avgrenset psykosesyntomatologi. 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 psykoselidelser som ses i behandlingsapparat, tilhører denne blandede gruppen med «andre psykososer». 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. Ved usikkerhet er grensene satt basert på enighet mellom fagpersoner. Nedenfor kommer en kort beskrivelse av disse psykoselidelsene.

12.6.1 Vrangforestillingslidelser

Vrangforestillingene som forekommer i vrangforestillingslidelser, har et innhold som ikke er troverdig, og som beskriver fenomener som de fleste vil være uenige i at er virkelige. Disse psykosetilstandene kalles også for paranoide psykososer, som er et annet navn på vrangforestillingslidelser. Den oftest forekommende vrangforestillingen er forestillingen om forfølgelse. Begrepet *paranoid* har etter hvert både i allmenn og psykiatrisk språkbruk 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, ha feilaktige tanker om religiøse temaer eller i noen tilfeller en blanding av disse. Personen kan ha én enkelt vrangforestilling, eller flere nært beslektede sådanne, som henger sammen i et paranoid system. Dersom det forekommer hallusinasjoner eller affektforstyrrelser, skal disse være lite omfattende og være 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 en varighet på over tre måneder og akutte paranoide reaksjoner med varighet på 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. Funksjonsnivået er derfor relativt godt, med unntak av områder som er trukket inn i vrangforestillingene. Vrangforestillinger er vanlig hos eldre (se avsnitt 14.1) 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 utelukkes.

12.6.2 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 en følelsesmessig ustabilitet og psykomotorisk uro. Dette kan være så uttalt at pasienten noen ganger kan framstå som forvirret. I den akutte fasen vil pasienten oftest framstå som svært preget av den psykotiske tilstanden, men med god behandling vil symptomene imidlertid gå raskt over. Uten behandling vil dette ta noe lengre tid. Personen gjenvinner også relativt raskt det vanlige funksjonsnivået sitt.

ICD-10 vektlegger følgende kriterier for diagnosen:

- 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», mens schizofreniform betyr «ligner på schizofreni». Dette er en tilstand som vanligvis starter svært brått, med et svingende bilde som kan skifte fra dag til dag eller fra time til time. Pasienten har klare, men skiftende vrangforestillinger og hallusinasjoner, kan ha et 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 tre måneder.

Akutt polymorf schizofreniform psykose

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

Akutt schizofrenilignende psykose

Dette er en tilstand som oppstår relativt akutt, og som har en forholdsvis stabil forekomst av symptomer som oppfyller 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 én 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 oppfyller kriteriene for verken schizofreni eller polymorf psykose. Dersom tilstanden varer mer enn tre måneder, skal diagnosen endres til en vrangforestillingslidelse.

12.6.3 Psykose ikke nærmere angitt (INA)

Noen ganger er det helt klart at en person har en psykoselidelse, men det er umulig å fastslå sikkert hva slags type psykoselidelse det dreier seg om. Dette kan være personer som har vedvarende hørselshallusinose uten klare vrangforestillinger eller klart

fungeringstap (og som derfor ikke oppfyller 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.

12.6.4 Rusutløste psykoser

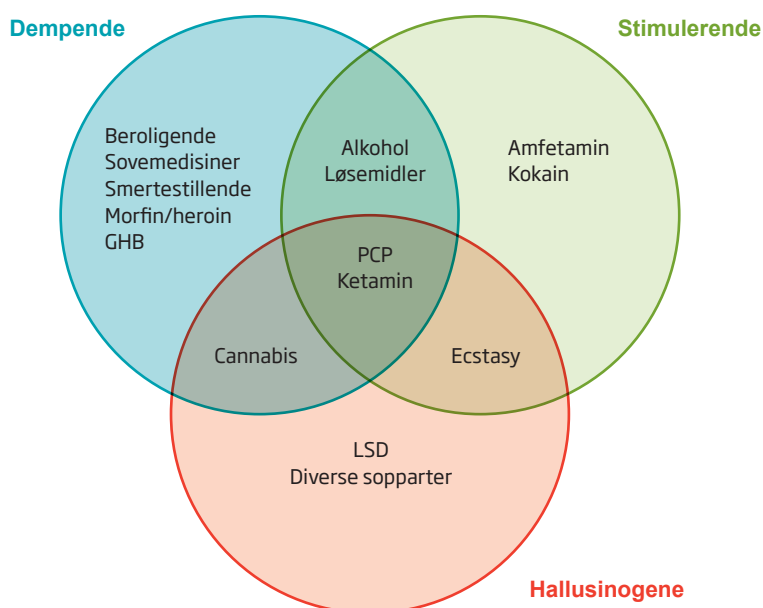
Ved rusutløste psykoser er symptomene framkalt av den relativt umiddelbare effekten av kjemiske substanser.

Psykosesyntomene oppstår vanligvis noen timer eller dager i etterkant av inntak av det respektive stoffet. Alternativt kan symptomene skyldes fravær av et stoff som gir en avhengighet, og dermed være et resultat av abstinens. Intoksikasjonseffekten skyldes akutte farmakologiske effekter av inntatt stoff og inkluderer blant annet akutt beruselse (som ved alkohol) og «bad trips» (som ved enkelte narkotiske stoffer), men ikke «flash-backs» (spontane gjenopplevelser av tidligere ruserfaring) (83). Hallusinasjoner som kun skyldes ruseffekten av hallusinogener, regnes ikke som en rusindusert psykose. 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 (83). 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 inntreffe. Hvordan symptombildet utarter seg, vil vanligvis være avhengig av type og mengde av stoffet som er inntatt.

Rusmidlenes ulike virkninger er illustrert i figuren under (135). Se også vedlegg 6.

Rusmiddelvirksomheter - Klassifikasjon



Særlig cannabis, amfetamin, kokain, LSD og ecstasy kan gi psykose ved intoksikasjon. Alkohol kan gi psykose som en del av en abstinens (delir). Cannabisutløste psykoser utvikler seg ofte til primærpsykoser og kan være vanskeligere å differensiere fra disse (494). Det har derfor vært argumentert for at cannabisinduserte psykoser skal behandles som en primærpsykose og schizofreni (494). Les mer om sammenhengen mellom cannabis og psykose i avsnitt 5.6. Metamfetaminbruk ses i økende grad i Norge (495) og brukere av metamfetamin regnes som en høyrisikogruppe for å utvikle psykose (496).

I klinisk praksis kan det være vanskelig å skille mellom rusutløste psykoser og primærpsykoser med en samtidig rusmiddelbruk, ettersom rusmiddelbruk og psykosesymptomer ofte opptrer samtidig, jf. avsnitt 5.6 (83). Videre kan det være vanskelig å differensiere de kliniske symptombildene, fordi likheten mellom dem er store (347;497). Der det har vært observert forskjeller i symptombildet, har det vært i form av flere visuelle (syn) og taktile (berøring) hallusinasjoner (uvirkelige sanseopplevelser) og en større grad av avhengighetsdiagnoser ved rusutløst psykose, sammenlignet med primærpsykose (347;497). Feildiagnostisering kan få uheldige konsekvenser for behandling og oppfølging. Diagnoser satt i tidlige faser både innen rusmiddel- og psykoseproblematikk, 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 (498;499). Det finnes også eksempler på at primærpsykosediagnoser har blitt vurdert til å være rusutløst psykose ved ettersyn ett år senere (498). Dette antyder at det er glidende overganger mellom rusutløste psykoser og primærpsykoser.

Risikoen for at rusutløste psykoser utvikler seg til primærpsykoser øker med en dårlig premorbid fungering, større belastning av psykiske lidelser i familien og ved mindre sykdomsinnsikt hos pasienten (499;500). I tillegg kan det synes som om det er en sensitiviseringsprosess til stede, der det etter hvert skal en mindre rusmiddelmengde og kortere bruksintervaller til for å utløse en psykose (497;501).

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 rusmiddelbruk, og pasienten bør være i delvis bedring etter en måned. Det finnes noen unntak for personer med vedvarende rusmiddelbruk, der psykosesymptomene kan vare lenger enn en måned (502). ICD-10 (83) krever delvis bedring etter en måned, og full bedring etter 6 måneder. DSM-IV (84) krever kun bedring etter en måned. I *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse – ROP-lidelser* (135) er det anbefalt at «dersom diagnostisk utredning er gjort under ruspåvirkning eller abstinensreaksjoner eller kort tid etter, bør eventuell psykiatrisk diagnose revurderes etter 1-6 måneders rusfrihet».

Spørsmålet om psykosegjennombruddet skyldes en underliggende primærpsykose, bør overveies tidlig, med en særlig årvåkenhet når psykosen vedvarer utover en måned. Det vil da være hensiktsmessig å foreta en symptomkartlegging over tid. Hvis psykosesymptomene vedvarer etter 6 måneder, skal en primærpsykosediagnose vurderes. Hvis det forekommer gjentatte episoder med rusutløst psykose, bør også en primærpsykose vurderes som en aktuell diagnose.

Vurderingen av dette kan være vanskelig på grunn av manglende perioder med avholdenhet fra det aktuelle rusmiddelet, inkonsistent rapportering og en dårlig gjenkalling fra pasientens side (503). Ved bedring kan det også være vanskelig å fastslå om bedringen skyldes avholdenhet eller behandling (503). For noen vil en innleggelse kunne være nyttig for å oppnå rusfrihet over tid, slik at diagnostiseringen kan bli mest mulig korrekt.

Ved utredning blir det dermed særlig viktig å se på den tidsmessige sammenhengen mellom rusmiddelbruk og psykosesymptomer samt innhente nøye beskrivelser av symptombylde, debut av psykosesymptomer og livstidshistorie når det gjelder rusmiddelbruken. På grunn av faren for underrapportering bør informasjon fra selvrapportering, observasjoner fra helsepersonell, komparentopplysninger og urinprøver kombineres. Fortsatt oppfølging over tid er også viktig for å validere diagnosen med tanke på riktig oppfølging av pasienten (497;502).

12.7 Psykoseforståelse i et brukerperspektiv

Pasienter/brukere som har hatt en psykose, beskriver opplevelsen på ulike måter. Det framkommer ulike syn på hva som har forårsaket det psykotiske gjennombruddet, og hva det representerer i livet til den enkelte.

De fleste opplever psykosen som skremmende og kaotisk, mens noen kan oppleve det mindre overveldende. Enkelte beskriver den psykotiske tilstanden som en mestringsstrategi ved påkjenninger som overskrider den følelsesmessige toleransegrensen og «overbelaster hjernen», mens mange er fortrolig med at psykose er et symptom på en sykdom.

Personer med psykoselidelser har ulike behov, og ønsket om behandlingstilnærming kan være forskjellig. Noen ønsker ikke legemidler, men ønsker at det tilrettelegges for legemiddelfri behandling og tilbud om annen virksom hjelp. De som ikke ønsker legemidler, har ofte erfart at virkningen av legemidlene ikke oppveier for ubehaget av bivirkningene. Flere har erfart at trygge rammer, omsorg og struktur hjelper godt på å redusere den kaotiske opplevelsen.

Pasienter/brukere definerer forståelse av egen lidelse, normalisering og hjelp til å lære nye mestringsstrategier som viktige elementer i behandlingen. Professor Geraldine Strathdee (Oxleas NHS Trust, London, Storbritannia) har presentert pasientenes/brukernes ønsker i følgende rekkefølge (Oslo, 2006):

1. permanent bolig til overkommelig pris
2. nok penger å leve av
3. betalt arbeid
4. meningsfull hverdag
5. venner og sosialt nettverk
6. god fysisk helse
7. bedring av symptomer
8. mulighet til å være en vanlig borger

13 Forekomst, forløp og prognose

13.1 Forekomst av psykoselidelser

En stor, sammenlignende befolkningsundersøkelse fra WHO i 1986 tydet på at antall nye tilfeller per tidsperiode (insidensen) av schizofrenidiagnose varierte lite fra land til land og fra distrikt til distrikt. Nyere undersøkelser viser imidlertid at forekomsten varierer til dels betydelig innad i enkeltnasjoner, mellom distrikter og mellom befolkningsgrupper. Insidensen er høyere hos menn enn hos kvinner, den er også høyere hos personer som bor i større byer enn på landsbygda, høyere hos immigranter enn hos ikke-immigranter, og andregenerasjons innvandrere har en større insidens enn førstegenerasjons innvandrere. De fleste utvikler symptomer fra slutten av tenårene og fram mot 30-årsalderen. Personer med sen sykdomsdebut har ofte bedre fungering og mindre kognitive vansker før sykdom (premorbid) enn personer med debut i yngre alder.

En har vanligvis regnet med at livstidsrisikoen for å utvikle schizofreni ligger på rundt 1 % i de fleste befolkningene verden over. Nyere undersøkelser tyder på at forekomsten varierer avhengig av hvor smalt eller bredt schizofreni er definert i studiene. Antall nye tilfeller av schizofreni i løpet av et år (insidens) varierer fra 5,5 til 40 per 100 000 innbyggere i ulike studier. Den gjennomsnittlige forekomsten (medianen) av nye tilfeller ser ut til å ligge på rundt 15 per 100 000 innbyggere per år, men variasjonen i forskjellige studier er stor og varierer med omgivelser/miljø (504).

Schizofreni er én av relativt få psykiske lidelser der det tidligere ble antatt at forekomsten var lik hos kvinner og menn. Nyere bearbejninger av epidemiologiske studier tyder på at insidensen er høyere hos menn enn hos kvinner, og det er dokumentert at menn utvikler symptomer tidligere enn kvinner. Vurdert på gruppenivå har menn også et mer alvorlig forløp med mer sosial fungeringssvikt enn kvinner (505).

Vrangforestillingslidelser starter gjerne senere i livet enn schizofreni, vanligvis hos en middelaldrende person med tidligere tilsynelatende god fungering. Livstidsforekomsten er sjeldnere enn ved schizofreni, med en forekomst på rundt 1 promille (506).

Insidensen av akutte og forbigående psykoser oppgis til å ligge mellom 4 og 10 per 100 000 innbyggere per år. Tilstanden synes å forekomme litt hyppigere hos kvinner enn hos menn og ser ut til å starte i noe høyere alder enn schizofreni. Gjennomsnittsalderen ved første behandling er ca. 40, noe høyere hos kvinner enn hos menn.

13.2 Forekomst av psykose hos unge

Forekomsten av schizofreni i populasjonen 12-18 år er usikker, grunnet få studier, den relativt lave forekomsten og det faktumet at diagnosekriteriene har blitt endret over tid. Mange steder anslås forekomsten av schizofreni i ungdomspopulasjonen til 0,2-0,5 % (507;508), med økende forekomst med alderen (509).

NICEs retningslinjer for ungdom med psykose og schizofreni opererer med en prevalens av psykoser på 0,4 %. Dette tallet er basert på offentlige statistiske data fra Storbritannia (54). En annen studie (510) fant at nær 20 % av pasienter med ulike former for psykose-lidelser (schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, bipolar lidelse type 1 og andre psykoser) hadde debut før 18 år. Av de totalt 144 pasientene i utvalget i denne studien som fikk en schizofrenidiagnose etter DSM-IV kriteriene, var 46 av dem (1/3) under 18 år.

Erfaringsvis er tidligere debutalder, det vil si under 13 år (very early onset, VEOS) forbundet med dårligere prognose. Studier viser at i denne gruppen vil 50–90 % fortsatt ha en schizofrenidiagnose i voksen alder, mens det er rapportert om tilfriskning (remisjon) i 12–27 % av tilfellene (70).

13.3 Forløp og prognose

Forløpet ved psykoselidelsene varierer, og ulike studier bruker forskjellige kriterier for tilfriskning, noe som gjør at resultatene ikke er entydige. Studier som er gjennomført, er basert på gruppedata. Dette medfører at det individuelle forløpet og prognosen for den enkelte ikke kan anslås.

Ved schizofreni viser studier at omlag 25 % har én sykdomsepisode, mens 25 % får et kronisk, livslangt forløp (511). De resterende 50 % har et forløp mellom disse to ytterpunktene.

13.3.1 Tilfriskningsprosessen

Ulike faser av tilfriskningsprosessen beskrives trinnvis fra respons til full helbredelse.

Respons: Her måler en hvorvidt pasienten i det hele tatt responderer på behandlingen, det vil si graden av bedring. Kriterier for forandring i symptomer er foreløpig satt til å være minimum forandring på PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (168) (PANSS \searrow \geq 20 % vs. baseline).

Remisjon/tilfriskning: Remisjon innebærer at symptomnivået har bedret seg opp til et nivå der en ikke har psykosesyntomer, slik disse måles i PANSS. Pasientens symptomer må ikke overstige 3 i de 8 ulike subskalaene i PANSS. I tillegg må fraværet av symptomer ha en viss varighet, minimum 6 måneder.

- Ingen atferds- eller funksjonsforstyrrelser begrunnet i symptomer.
- Symptomer og andre sykdomstegns alvorlighetsgrad er ikke tilstrekkelig til å sette en psykosediagnose.
- Utelukker ikke behov for behandling.

Recovery/bedringsprosess

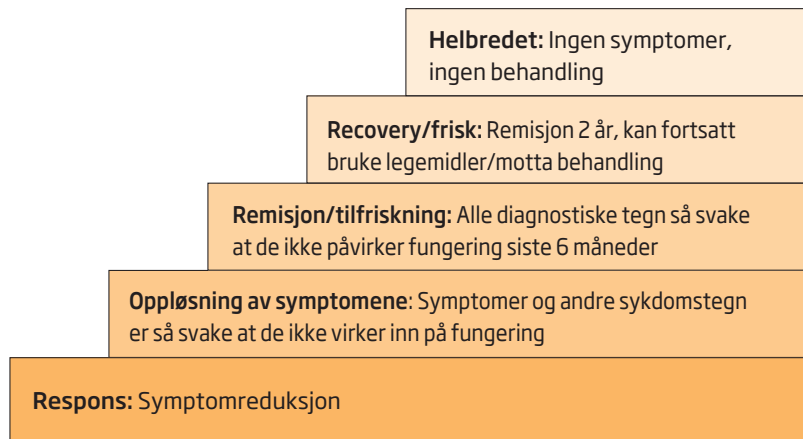
Én betydning knyttes til den individuelle bedringsprosessen og vektlegger også den subjektive opplevelsen av sykdom, uten at det gis noen objektivt etterprøvbart definisjon. Den andre betydningen av recovery som brukes her, er et forsøk på via objektive måleinstrumenter å definere hvorvidt pasienten er blitt bedre. Kriteriene er som ved remisjon, men med krav om lengre varighet. Det er foreløpig ikke internasjonal konsensus om varighetskriteriet.

Helbredet

Helbredet innebærer at man ikke lenger har behov for behandling, og at symptomene på psykose er borte. Heller ikke dette begrepet er definert med hensyn til varighetskriteriet, men en kan tenke seg at følgende momenter er til stede:

- recovery/bedringsprosess (se ovenfor)
- totalt fravær av symptomer
- ikke behov for behandling

Trinn i bedringsprosessen ved psykose



Det er et mål at 70 % av personer med førstegangpsykose er i remisjon etter ett års behandling og 80 % etter to års behandling.

14 Særskilte pasientgrupper

14.1 Eldre

14.1.1 Aldring hos personer med psykoselidelse

Pasienter/brukere med alvorlige psykoselidelser kan være plaget av symptomer gjennom hele livet. Hos denne pasientgruppen er det vanlig at de positive psykose-symptomene blir mindre fremtredende, mens de negative og kognitive symptomene blir mer og mer dominerende (512). Dominansen av negative og kognitive symptomer og nedsatt funksjonsevne fører ofte til økt behov for omsorg og pleie og hyppigere tilsyn fra primærhelsetjenesten (512).

Pasienter med kjent og stabil psykoselidelse må få evaluert legemiddelbehandlingen regelmessig med tanke på bivirkninger og interaksjoner (512;513). 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 livskvaliteten ved å senke dosene med anti-psykotiske legemidler, eventuelt ved å fjerne dem helt.

14.1.2 Forskjeller i forekomst av psykoser hos yngre og eldre

Det er viktige forskjeller i forekomsten av psykoselidelser hos eldre og yngre personer. Forekomsten av organisk betingede psykoser, akutte og forbigående psykoser, legemiddelutløste psykoser og psykoser ved somatisk sykdom (delirium) er betydelig høyere hos eldre. Forekomsten av funksjonelle psykoser er betydelig lavere hos eldre enn hos yngre (512;514). 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 (512;514).

14.1.3 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

Diagnosen parafreni er fjernet fra dagens diagnosesystem, men «parafreni-symptomer» forekommer ofte hos eldre mennesker. Pasientgruppen er hovedsaklig kvinner med vrangforestillinger og livlige hallusinasjoner, ofte i mange sansemodaliteter. Typiske temaer i vrangforestillingene er paranoide tanker knyttet til faktiske eller innbilte personer i omgivelsene (512;514). Paranoid psykoselidelse, en ren vrangforestillingslidelse, forekommer sjeldnere hos eldre (512). Akutte og forbigående psykoser hos eldre har et klinisk bilde preget av hallusinasjoner, vrangforestillinger og endret psykomotorisk atferd. Akutt og forbigående psykose med organisk betingede årsaker, somatisk sykdom eller legemiddelutløst psykose diagnostiseres som delirium (512).

Akutte og forbigående psykoser med psykologisk betingede årsaksforhold (tap, psykisk traume, stress og belastninger) diagnostiseres som «akutt forbigående psykose». Den høye forekomsten av psykososiale tap og traumer hos eldre utløser ofte en akutt forbigående psykose hos tidligere psykisk friske personer. Det samme gjelder faktorer som sosial isolasjon og fravær av sansestimuli (sensorisk deprivasjon) (512).

14.1.4 Organiske psykoser

Psykosesymptomer ved delirium

Delirium er den vanligste formen for akutt psykose hos eldre. Forekomsten i norske studier viser at 15 til 30 % av pasienter over 75 år som blir akuttinnlagt på medisinske avdelinger, lider av delirium. Ca. 25 % av pasienter med demenssykdom lider av delirium i perioder (512).

Det kliniske bildet ved delirium består av raskt innsettende symptomer som varer noen dager eller uker, og viser seg som skiftende bevissthet, redusert oppmerksomhet og konsentrasjonsevne, hukommelsessvikt, språkforstyrrelser, svikt i evnen til å formulere problemer og planlegge og gjennomføre oppgaver (eksekutive funksjoner), forandring i psykomotorisk tempo og psykosesymptomer (spesielt synshallusinasjoner) (512). Faktorer som senker terskelen for delirium, er blant annet høy alder og mange kroniske lidelser som demenssykdommer, Parkinsons sykdom, hjerneslag og alkoholmisbruk (512). Blant de utløsende årsakene er akutt oppstått feber, smertetilstander, infeksjoner, spesielt urinveisinfeksjon og lungebetennelse, og ulike legemidler (512).

Psykosesymptomer ved demenssykdom

Demenssykdom kjennetegnes av en hjerneorganisk betinget progressiv kognitiv svikt, og psykiske symptomer under hele sykdomsforløpet (512). Det er ofte slik at demenssykdom debuterer med psykosesymptomer før symptomer på den kognitive svikten er målbar. Forekomsten av psykosesymptomer ved ulike demenstyper er på ca. 70 %.

Det kliniske bildet til psykosesymptomer ved demens består av visuelle hallusinasjoner samt hørsels-, luktrelaterte og kroppslige (taktile) hallusinasjoner. Vrangforestillinger er som oftest flyktige, vage og ikke godt organiserte. Typiske vrangforestillinger kan være som følger: «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.

Psykosesymptomer ved demens er ofte et forvarsel for angst og fysisk aggresjon. Det er noen former for demens som spesielt peker seg ut med psykosesymptomatologi. Viktigste her er demens med Lewy-legemer (DLL). Denne demenstypen rammer oftest eldre over 70 år. DLL kjennetegnes av en uttalt variasjon i symptomer, en fluktuerende kognitiv svikt, framtrepende psykosesymptomer, ofte kortvarige synshallusinasjoner, hørsels-hallusinasjoner og systematiske vrangforestillinger. Pasientene har bevegelsessymptomer som kan minne om Parkinsons sykdom (512). Disse pasientene er spesielt sensitive overfor antipsykotiske legemidler og skal i utgangspunktet ikke behandles med disse (512).

Pasienter med Parkinsons sykdom kan få utløst psykosesymptomer av legemidlene Levodopa og Carbidop. De har også strukturelle og biokjemiske hjerneforandringer som følge av sykdommen. Tilstanden kan debutere som delirium, men også starte gradvis og vedvare som en langvarig psykose med vrangforestillinger og eventuelt hallusinasjoner (512).

14.1.5 Utredningsverktøy

Utredningsverktøy som benyttes til diagnostisering av yngre pasienter med psykose-lidelse, kan også benyttes for eldre pasienter. I tillegg kan instrumentene NPI (The Neuropsychiatric Inventory) (515;516) og CAM (Confusion Assessment Method) (517) være nyttige å bruke med hensyn til differensialdiagnostikk. NPI er en observasjonsskala som måler 12 psykiske og atferdsmessige hovedsymptomer ved demenssykdommer. CAM er et screeningsinstrument for å identifisere delirium i ulike sammenhenger.

14.1.6 Behandling med legemidler

Det viktigste kriteriet for behandling med legemidler hos eldre pasienter med psykose-symptomer er graden av subjektiv lidelse hos pasienten (514). Psykosesymptomer som ikke skaper en lidelse hos pasienten, bør sannsynligvis ikke behandles med legemidler (514). Graden av subjektiv lidelse kan vurderes ut fra indirekte mål som søvn, matinntak og hvorvidt pasienten handler på bakgrunn av forestillingene. Når det gjelder vurderingen av effekt av legemiddelbehandling, er disse indirekte målene trolig enda viktigere enn tilstedeværelsen av psykotiske fenomener (514).

Det er en rekke forskjeller i bivirkninger hos eldre og yngre pasienter, blant annet sannsynligheten for ekstrapyramidale bivirkninger. Enkelte pasientgrupper, blant annet 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 (512;514).

Vanlig antipsykotisk legemiddelbehandling kan være 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 alders-psykiatrisk ekspertise.

Andre typer bivirkninger av antipsykotisk legemiddelbehandling er metabolske bivirkninger. Disse kan være problematiske, særlig hos pasienter som i utgangspunktet har risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer (røyking, overvekt, høyt blodtrykk m.m.) (512;514;518). Det foreligger en Cochrane-metaanalyse (2003) som omhandler antipsykotisk legemiddelbehandling av pasienter med sent debuterende schizofreni. Forfatterne inkluderte pasienter med parafreni, det vil si med debut etter 60 år. De gjennomgikk 38 studier, men fant ingen som tilfredstilte kriteriene (519). Det foreligger heller ingen internasjonale retningslinjer for 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 en at dette var begrenset til nyere antipsykotiske midler som olanzapin og risperidon, men det ser ut til at denne økningen i dødelighet gjelder alle typer antipsykotiske midler. I tillegg er det sterke argumenter for at den kognitive svikten er raskere progredierende hos demente pasienter som bruker antipsykotiske legemidler (512).

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 skape en subjektiv lidelse hos pasienten (512;514). Valg av preparat må ta hensyn til øvrige sykdommer, ernæringstilstand og

øvrige legemiddelbehandling. Dosene bør holdes på ca. 30–50 % av dosen som anbefales for yngre. Se også avsnitt 8.13 om behandling med legemidler.

14.1.7 Annen behandling av psykoselidelser hos eldre

Elektrokonvulsiv behandling

ECT-behandling (Electroconvulsive Therapy) kan ha god effekt hos eldre pasienter med psykotisk depresjon (520). ECT-behandling kan bare brukes dersom pasienten samtykker til det. Psykisk helsevernloven (8) § 4-4 gir ikke hjemmel for bruk av ECT.

Psykoterapi

Eldre personer med psykoser profiterer ikke alltid like godt på psykoterapi. Ved liten eller manglende respons på psykoterapi kan dette skyldes organiske årsaker og kognitiv svikt, noe som forekommer hyppig i denne pasientgruppen.

Tverrfaglig miljøbehandling

Eldre pasienter med psykoselidelser, unntatt delirium som bør behandles ved somatiske avdelinger, profiterer på tverrfaglig miljøbehandling ved døgnavdelinger. Miljøbehandlingsformer som psykoedukasjon, trening i dagliglivets aktiviteter, sosial rytmeterapi, fysisk aktivitet og sansestimuleringsmetoder er anbefalt for pasienter med psykose.

Behandling og oppfølging i kommunen

Behandling og oppfølging bør gjennomføres av faste personer. Det bør være hyppige tilsyn etter individuelle behov, med tilrettelegging av praktisk bistand og tekniske hjelpemidler hjemme hos pasientene. Bruk av dagsenterplasser og rullerende avlastningsplasser ved sykehjem kan være god behandling for hjemmeboende pasienter.

For eldre pasienter med psykoselidelse som har samtidige (komorbide) somatiske tilstander, er ofte flytting til et høyere omsorgsnivå i form av omsorgsbolig eller en fast plass på et sykehjem en riktig intervensjon.

Familiesamarbeid

Psykosesyntomer hos eldre hjemmeboende pasienter medfører at pårørende opplever økt stress og belastning. Situasjonen kan føre til utvikling av belastningssymptomer, og det anbefales at graden av stress hos pårørende utredes. Se for øvrig avsnitt 8.4 om familiesamarbeid.

14.2 Personer med psykisk utviklingshemming

Likeverdige helsetjenester til personer med utviklingshemming er et uttalt mål, både i Opptappingsplanen for psykisk helse (521) og andre steder, jf. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2010 (522). Likevel er tilbudet til denne pasientgruppen mangelfullt (521;522). Mennesker med lett utviklingshemming og psykiske lidelser skal i utgangspunktet behandles i det ordinære psykiske helsevernet, mens det anbefales at mennesker med en moderat eller alvorlig utviklingshemming blir behandlet i spesialiserte enheter (207;522).

Det krever stor generell kunnskap om utviklingshemming for å utrede, behandle og følge opp psykoselidelser hos personer i denne spesifikke gruppen (523). Det er flere forhold som kompliserer utredningsarbeidet (96). Blant annet kan det være en betydelig symptomoverlappning mellom psykisk utviklingshemming og psykose. Slik diagnostisk overskygging kan i møte med psykisk helsevern føre til at mange mennesker med utviklingshemming får alle vanskene forklart med utviklingshemmingen, noe som innebærer at personer med utviklingshemming og psykose ikke får en korrekt diagnose og behandling.

Mennesker med utviklingshemming kan ofte ha atypiske og særegne symptomer på psykose. For eksempel kan det kliniske bildet være dominert av utstrakt atferdsmessig desorganisering, agitasjon, uro, aggresjon, selvskading og andre stressymptomer. En kan også se atferdsekvivalenter til negative symptomer. Mange mennesker med utviklingshemming kan ha språk- og kommunikasjonsvansker, som medfører at en tradisjonell utredning, der pasienten svarer på spørsmål om symptomene sine, ikke lar seg gjennomføre.

Utredningen blir da i større grad avhengig av atferdsobservasjoner over tid. Inngående kunnskap om den enkeltes funksjonsnivå før psykosedebut er helt avgjørende, og dette 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 personer 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*) (524), og DSM-IV, kalt DM-ID (*Diagnostic Manual - Intellectual Disability*) (524). Det finnes også utredningsverktøy som er spesielt utviklet for psykiatrisk utredning av personer med utviklingshemming. For en gjennomgang, se Eknes et al., 2008 (96). Av grunnene som er angitt ovenfor, er også differensialdiagnostikk mellom ulike typer psykoselidelser hos personer med utviklingshemming en vanskelig oppgave. Det finnes spesialiserte døgnavdelinger og ambulante team flere steder i landet, som arbeider med denne typen problemstillinger. Spesielt er det utfordringer knyttet til det å skille mellom schizofreni, psykose ved stemningslidelse og andre psykoselidelser. Det er også store utfordringer knyttet til det å skille mellom reelle psykoser og andre typer psykiske vansker og atferdsvansker som kan få et psykoselignende uttrykk, på grunn av disse pasientenes i utgangspunktet lave funksjonsnivå.

I behandlingen er det nødvendig å ha inngående kunnskap om og ta hensyn til utviklingsnivået til den enkelte pasienten. 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 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 i fungeringsprofilen, og at det derfor ikke er mulig å generalisere en persons utviklings- og funksjonsnivå ut fra enkeltferdigheter.

Funksjonsfall i forbindelse med debuterende psykoselidelse vil alltid være relativt. Mange personer 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 (523). Det har vist seg å være helt sentralt for bedring på sikt at hjelpen og støtten fra kommunale omsorgstjenester tilpasses den enkelte pasients psykiske tilstand, med større omsorgsinnsats i dårlige perioder. Noen vil også kunne trenge sykehusinnleggelse, for eksempel ved en spesialisert døgnetenhet. Pasienter med moderat utviklingshemming eller mer har som oftest lite utbytte av opphold på vanlige enheter innen psykisk helsevern, der personalet har lite kunnskap om utviklingshemming. Dersom kommunikasjonens innhold og form derimot tilpasses 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 (525;526).

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 avsnitt 8.13.

14.3 Hørselshemmede, døve og døvblinde

I Stortingsmelding nr. 25 (1996–1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (527) 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 nr. 25 (1996–1997) ga Helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utrede tilbudet til døve med psykiske lidelser. Utredningen *Tjenestetilbudene til døve med psykiske lidelser* ble utarbeidet (528). Disse utredningene dannet grunnlaget for å opprette Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse (NSHP), der 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-Norge og Helse Nord.

Det foreligger få studier av døve og døvblinde pasienter med psykiske lidelser, og de fleste studiene er deskriptive. Fokuset for mange av studiene har vært å beskrive hvordan psykiske symptomer manifesterer seg hos døve og døvblinde. Det finnes ingen gode epidemiologiske studier og få studier med behandlingsresultater (529).

Ved gjennomgang av de få studiene som finnes, antydte de tidligste studiene en høyere forekomst av psykoselidelser hos døve. Kritisk gjennomgang av disse studiene har avslørt metodiske feilkilder (530). Senere studier estimerer lik, eller noe lavere, forekomst av psykose hos døve (531). Det er imidlertid grunn til å være oppmerksom på begrensningene i disse studiene på grunn av studienes størrelse, metodiske svakheter og døves vanskelige tilgang til helsetjenester (532;533) samt helsetjenestens manglende kompetanse på tegnspråk, døves oppvekstvilkår og spesifikke kulturelle aspekter.

En utredning av psykosetilstander hos hørselshemmede, døve og døvblinde uten at behandlingsapparatet har særlig kompetanse på målgruppene, vil kunne gi seg utslag i feildiagnostisering; både over- og underdiagnostisering. En fullgod utredning krever

spesiell kompetanse knyttet til det å kunne bruke norsk tegnspråk i utredningen, eventuelt å gjøre effektivt bruk av tegnspråktolk (530), 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) (534;535). Dette medfører for eksempel at det å skille tankeforstyrrelser 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 en nevro-psykologisk utredning og testing av tegnspråklige 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 en ved en visuell språklig framstilling av materialet (på tegnspråk) kan stå i fare for å endre karakteristika ved testen, slik at en ikke fanger opp den funksjonen testen i utgangspunktet skal måle. Et tredje problem er at bruk av eksisterende normgrunnlag kan gi et 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 å konferere med noen med slik kompetanse. Dersom en gjennomfører en utredning uten å ha nødvendig kunnskap, er det en økt sjanse for resultater som både er falske positive og falske negative når det gjelder påvisning av kognitiv svikt.

Utredning av psykosesyntomer hos hørselshemmede, døve og døvblinde bør ideelt sett gjøres av spesielt trente klinikere. I Norge vil antallet utredninger per år være så lavt at alle pasienter fortrinnsvis bør henvises til NSHP eller eventuelt til de regionale tilbudene innen psykisk helsevern.

14.4 Gravide og ammende

Kvinner som har en schizofrenidiagnose, vil som følge av sykdomsbelastningen kunne ha store utfordringer under svangerskap og etter fødsel.

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 lidelse. Mødre med en schizofrenidiagnose har hyppigere svangerskapskomplikasjoner enn andre, og omtrent én fjerdedel av gravide kvinner får tilbakefall etter fødselen. Barn av mødre med schizofrenidiagnose kan være mer omsorgskrevende spedbarn enn vanlig. Dette kan ha sammenheng med vansker med å regulere sult- og metthetsfølelsen, søvnrytmen, oppmerksomheten og motorikken (228).

Gravide kvinner med en alvorlig psykoselidelse vil trenge kontinuerlig oppfølging av faste fagpersoner under svangerskapet. Viktige tiltak er følgende:

- støtte og bekreftelse i mestring av dagligdagse oppgaver

- 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 omsorgsevnen ved å legge vekt på kartlegging av stressfaktorer og støtte til å ta hensyn til sårbarhet for å unngå psykosegjennombrudd
- undervisning/opplæring sammen med ektefelle/partner om blant annet bruk av legemidler i svangerskapet og arbeidsfordeling i hjemmet
- kriseplan og individuell plan (se avsnitt 11.7 og 11.8)

Det er også viktig å avklare følgende:

- Hvem som skal være støttepersoner, og hvordan et samarbeid om å ivareta både mor, barn og ektefelle/partner i denne prosessen kan tilrettelegges.
- Deltagelse i barselgruppe. Noen av mødrene med psykoselidelse vil kunne ha nytte av å møte andre mødre i barselgrupper for å utveksle 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. Det anbefales derfor åpenhet og tilgang på oppfølging utover det vanlige.

En optimal oppfølging vil være avhengig av et smidig samarbeid mellom psykisk helsevern, fødeavdelinger, det kommunale hjelpeapparatet og pårørende (ektefelle/partner). For anbefalinger om legemiddelbehandling, se 8.13.

14.5 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 (536).

14.5.1 Tilrettelegge informasjon og bruk av tolk

Helsepersonell har ansvar for å gi tilrettelagt informasjon og, så langt som mulig, sikre at pasienten forstår innholdet i og betydningen av opplysningene som gis, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (7) §§ 3-2 til 3-5 og helsepersonelloven (16) § 10.

Instanser som trenger tolk for å utføre oppgavene sine, skal bestille og betale for tjenesten, jf. *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente* (537), kapittel 7 om bruk av tolk. Dette innebærer at planlegging og budsjettering må inkludere behov for tolketjenester. Helsedirektoratet har gitt ut en veileder som skal bidra til å gi ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene bedre kompetanse på å bestille kvalifiserte tolker og til å gjennomføre samtaler via tolk (538).

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) ga i 2010 ut *Ny i Norge* (539), som inneholder informasjon (per 1.8.2009) om det norske samfunnet. I utgangspunktet er heftet utarbeidet for arbeidsinnvandrere, men det kan være nyttig for flere grupper. Heftet gir

samlede opplysninger fra offentlige etater om rettigheter og plikter samt praktiske råd og tips som kan hjelpe i hverdagen. Nettsiden www.nyinorge.no oppdateres fortløpende.

14.5.2 Tilrettelegge for utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging

Anbefalingene som retningslinjen beskriver, er basert på kunnskapsbasert praksis og gjelder 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?

Dersom det er nødvendig med spesielle tiltak, for eksempel ekstra tid i konsultasjonen, tolk, å invitere flere (familiemedlemmer, henvisende instans, andre samarbeidspartnere) eller annet, bør dette iverksettes. Se ellers avsnitt 8.13 om spesielle hensyn ved legemiddelbehandling.

14.5.3 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 bestå av faktorer som er psykisk belastende, for eksempel passivitet, usikkerhet, trangboddhet og langvarig uforutsigbarhet (537).

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 (540).

Veilederen *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktinger* (541) gir anbefalinger om spesielle forhold som bør vurderes med hensyn til hjelp og behandling for flyktinger. Noen av disse anbefalingene kan være nyttige også i samarbeid med asylsøkere, familie-gjenforente og innvandrere.

14.6 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. Helsepersonellet må ha en kulturell og språklig kompetanse som avspeiles i den faglige tilnærmingen. Dette anses å være en forutsetning for å kunne yte god helsehjelp (542).

Utfordringer i møtet mellom behandleren og den samiske pasienten omhandler anerkjennelse og forståelse av pasientens kulturelle kontekst. Samisk kultur er en kultur som både har sterke kollektivistiske og individualistiske 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 osv., uten at dette nødvendigvis er psykotiske forestillinger. Noen kan fortelle at de har sett spøkelses, merket «uro» i hus eller sett underjordiske (543). Forestillinger om å motta budskap gjennom drømmer eller dyr kan også forekomme, spesielt hos eldre. Alle disse forestillingene knyttet til åndeverdenen, er forankret i tradisjonelle oppfatninger og folketro og er i utgangspunktet normalfenomener i den kulturelle konteksten.

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 også knyttet til kulturelle forestillinger i den samiske kulturen og betraktes da ikke som avvik. Vrangforestillinger, som ofte vil farges av pasientens kulturelle kontekst, vil likevel 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 å involvere helsetjenesten. Bruk av tradisjonelle behandlingsmetoder som *læsing* er mer utbredt blant samiske pasienter innen psykisk helsevern enn blant norske (544). I mange miljøer er det tabu å snakke om psykiske vansker, ettersom mange er redde for stigmatisering og utstøting. En høy terskel for å søke hjelp kan være positivt ved at den kan føre til større mobilisering av egne og nettverkets ressurser. Det kan også ha alvorlige negative utslag dersom sykdommen er alvorlig og bedring er avhengig av behandling. Tidlig intervensjon ved psykoser vil kunne være en ekstra stor utfordring i den samiske befolkningen på grunn av forholdene nevnt over.

Morsmålet er et viktig fundament i et individs identitet. I 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 et annet språk enn morsmålet i situasjoner som legebekesøk lett bli påvirket av stress og utrygghet (542). Det er dokumentert at samiske pasienter med psykiske lidelser opplever dårligere behandlingsallianse med norske behandlere enn norske pasienter gjør, uten at dette fanges opp av behandlerne. Sammenhengen mellom utbytte av behandling og behandlingsallianse er godt dokumentert (545). Det er derfor essensielt at pasienters kulturelle bakgrunn og språklige preferanse kartlegges. Behandlerne 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 (546;547). I henhold til § 3-5 i sameloven (547) har den som ønsker å bruke samisk for å ivareta interessene sine i det nevnte forvaltningsområdet, rett til å bli betjent på samisk. Tolketjeneste er i noen grad tilgjengelig, men bruk av tolk innen psykisk helsevern kan også virke fremmedgjørende i relasjonen mellom terapeut og pasient. Det kan blant annet føre til at følsomme spørsmål holdes tilbake (542). Det er derfor viktig å kunne tilby samisktalende terapeuter i utredning og behandling. Samiske pasienter fra hele landet kan henvises til SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern) (548). Senteret har samisk-språklige behandlere, som kan tilby utredning og behandling på pasientens morsmål. I tillegg kan det gis veiledning i det lokale hjelpeapparatet. Behandlere som har spørsmål knyttet til samiske pasienter innen psykisk helsevern, kan henvende seg til SANKS.



DEL 3

Metode og implementering

Metode
Plan for implementering

15 Nasjonale faglige retningslinjer

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (10) § 12-5 fastslår at Helsedirektoratet er den eneste aktøren med mandat til å utvikle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. 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. Retningslinjen er ment som et hjelpemiddel i de avveiningene tjenesteytere må gjøre for å oppnå faglig forsvarlighet i tjenesten, og som et virkemiddel for å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer og for å hindre uønsket variasjon.

15.1 Metode for utarbeidelse av retningslinjen

Helsedirektoratet har i arbeidet med retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med 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 47 høringssvar. Disse er vurdert og tatt hensyn til i dokumentet.

Metoden AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) (549) er benyttet for å sikre at arbeidet med retningslinjen har fulgt en strukturert og nøyaktig utviklingsmetode. I tillegg har *Retningslinjer for retningslinjer* (550) og *Helsedirektoratets metodebok for utarbeidelse av faglige retningslinjer* (551) 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 (552) fra SIGN.

15.2 Arbeidsgruppen

Leder av arbeidsgruppen:

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

Medlemmer av arbeidsgruppen:

Anne Fjell, klinisk sosionom og spesialkonsulent i familiearbeid ved Regionalt kompetansesenter for tidligintervensjon ved psykososer, 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.

Björg Nitteberg Sørensen, overlege, spesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer, Legemiddelverket (fra august 2010).

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

Even Sundal, spesialist i indremedisin, Legemiddelverket (til august 2010).

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

Jan Magne Sørensen, brukerrepresentant, Hvite Ørn (fra mars 2012).

John Ole Jørgensen, klinisk sosionom, Sykehuset Telemark. Fellesorganisasjonen (til mars 2011).

Leila Hodali, spesialist i allmenntilleggsmedisin og styremedlem i Norsk Forening for Allmenntilleggsmedisin, Bergen (fra august 2010).

Manjit Kaur Sirpal, Legeforeningen, spesialist i allmenntilleggsmedisin (til august 2010).

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

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

Torbjørn Garberg, brukerrepresentant, Mental Helse til mars 2011.

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

Else-Marie Løberg har også 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, overlege, Oslo Universitetssykehus, Psykisk helse barn og ungdom.

Kjersti Karlsen, psykologspesialist, Regionalt kompetansesenter for tidligintervensjon ved psykoser, TIPS Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus.

Rune Johansen, barne- og ungdomspsykiater, privatpraktiserende.

Det har i tillegg vært brukt konsulenter på andre spesialfelt. Disse har vært:

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/
doktorgradsstipendiat **Beate Øhre**, psykologspesialist **Knut Petter Sæthre Langlo**,
psykolog **Hanne Urnes**

Jurister i Helsedirektoratet har gitt juridisk bistand i arbeidet.

15.2.1 Habilitet

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

15.3 Referansegruppen

Referansegruppen har bestått av et bredt utvalg av interessenter, se vedlegg 7. Det har vært avholdt to møter, og innspill fra gruppen er vurdert og tatt hensyn til i dokumentet.

15.4 Bakgrunn for utarbeidelse av ny retningslinje

Begrunnelsen for å utarbeide ny nasjonal faglig retningslinje var blant annet behov for revidering av *Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni* fra 2000 (553). 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 personer med psykoselidelser skal kunne opprettholde eller forbedre evnen til å mestre et selvstendig liv og delta i skole, arbeid og sosiale nettverk.

15.5 Kunnskapsgrunnlaget

Nasjonale retningslinjer skal styrke kunnskapsbasert praksis i tjenesteapparatet og bidra til at pasienter/brukere og pårørende får tilbud om utredning, behandling og oppfølging basert på best tilgjengelig kunnskap. Kunnskapsbasert praksis er en norsk oversettelse av *evidence-based practice*. En internasjonalt akseptert definisjon av kunnskapsbasert praksis er «å integrere den beste, tilgjengelige forskningskunnskapen med klinisk erfaring og pasientens verdier og preferanser» (554). Nettsiden www.kunnskapsbasert-praksis.no gir mulighet for å få opplæring i kunnskapsbasert praksis via nettkurs og inneholder henvisninger til verktøy og lærebøker.

Definisjonen på kunnskapsbasert praksis illustreres ofte med denne figuren (555):



Kunnskapsgrunnlaget for utforming av retningslinjen er basert på følgende:

- Kunnskapssenteret har gjennomført søk etter systematiske oversikter og sortert referanser etter bestilling.
- Helseidrettoratets bibliotek har gjennomført ulike litteratursøk.
- Arbeidsgruppemedlemmenes kompetanse.
- To møter med en bredt sammensatt referansegruppe.
- Konsulentbistand.
- Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (238).

Utkast til retningslinjen har vært til intern høring i Helseidrettoratet, og 54 instanser ble invitert til ekstern høring. I tillegg ble høringen publisert på www.helseidrettoratet.no, slik at alle som ønsket, kunne sende høringssvar.

15.5.1 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 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, for eksempel 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 pasientgruppene som behandlere møter i den kliniske hverdagen. Like viktig er studier av samhandlingen og samarbeidet mellom behandler og pasient, og eventuelt også pårørende.

15.5.2 Erfaringsbasert kunnskap - klinisk erfaring

Erfaringsbasert kunnskap og praksiskunnskap utvikles via refleksive prosesser der praktikere lærer av erfaring. Erfaring er viktig for å utvikle ferdigheter, vurderingsevne, kommunikasjon og empati (556). I arbeidet med retningslinjen har fagpersoner med ulik klinisk erfaring bidratt, enten som deltakere i arbeidsgruppen, i referansegruppen, som eksterne konsulenter, eller via innsendte høringssvar.

15.5.3 Brukerkunnskap og brukervedvirkning

Pasientenes og pårørendes kunnskap, erfaringer, verdier og preferanser er kompetanse som er inkludert ved utforming av anbefalingene i retningslinjen. Erfaringskompetanse (25) er et ressurscenter for bruker- og pårørendekunnskap som arbeider med dokumentasjon av denne kunnskapen for å bidra til økt kvalitet innen psykisk helsefeltet.

15.6 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 NICES retningslinje fra 2009 (238) 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 NICES 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 som 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.

- schizofreni/psykoselidelser i den samiske befolkningen

Søket resulterte i 47 treff.

De oppsummerende anbefalingene som gis 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 8).

15.6.1 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.	Nivå 1a
Kunnskap som bygger på minst én randomisert kontrollert studie.	Nivå 1b
Kunnskap som bygger på minst én godt utformet kontrollert studie uten randomisering.	Nivå 2a
Kunnskap som bygger på minst én annen godt utformet kvasiekperimentell studie uten randomisering.	Nivå 2b
Kunnskap som bygger på godt utformede, ikke eksperimentelle beskrivende studier, som sammenlignende studier, korrelasjonsstudier og kassustudier.	Nivå 3
Kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra eksperter, komiteer og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter.	Nivå 4

15.6.2 Gradering av anbefalingene

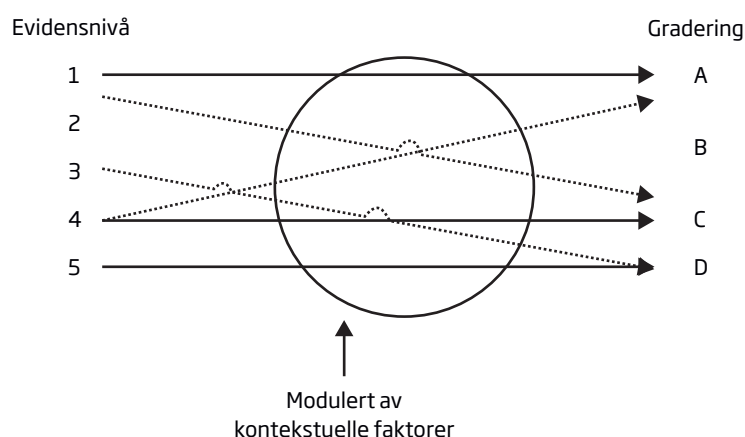
Anbefalingene er gradert i fire nivåer, avhengig av hvordan det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget er vurdert, og hvordan etiske, politiske og økonomiske forhold påvirker anbefalingens styrke.

A	Trenger støtte i kunnskap som bygger på systematiske oversikter og metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier eller minst én randomisert kontrollert studie av overveiende god kvalitet og konsistens. Kunnskapsgrunnlag nivå 1a og 1b og vurderinger av etiske, praktiske og økonomiske forhold.
B	Trenger støtte i godt utformede kliniske studier, men ingen randomiserte kliniske studier når det gjelder den spesifikke anbefalingen. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 (557)*.

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 med hensyn til hvordan anbefalingene vurderes og graderes. Juridiske forhold, etiske vurderinger, helseøkonomi, organisatoriske forhold og/eller kulturelle variasjoner kan spille inn. Det er gjennomført en egen analyse av økonomiske konsekvenser av anbefalingene i retningslinjen.

Retningslinjens anbefalinger kan være gradert opp eller ned. I de tilfellene det er gjort, har arbeidsgruppen dokumentert i egne skjema (vedlegg 8) hvilke forhold som har bidratt til å justere graderingen.

15.7 Økonomisk vurdering av retningslinjens anbefalinger

Helsedirektoratet sendte ut konkurransegrunnlag til fem tilbydere for å delta i en anbudskonkurranse om å gjennomføre en analyse av økonomiske konsekvenser ved å implementere foreslåtte anbefalinger i utkastet til retningslinje. Det ble gjort en avtale med BDO AS om gjennomføring av oppdraget.

Rapporten fra BDO AS (558) konkluderer med følgende:

«Det er forventet at anbefalingene vil gi betydelige samfunnsøkonomiske gevinster. Det er antatt at en endret behandlingsprosess vil gi raskere rekonvalesens og at pasienter med psykoselidelser dermed vil ha kortere fravær fra arbeidslivet, og ha redusert behov for støtte fra samfunnet. Det er en forutsetning i beregningene at denne pasientgruppen ikke stigmatiseres på grunn av sin diagnose og at ved et kortere sykefravær vil de fortsatt kunne delta aktivt i arbeidslivet.»

Rapporten konkluderer med at «Nettoeffekten av retningslinjen, basert på analysens antagelser, er en positiv effekt i størrelsesorden 1,5 milliarder kroner.» forutsatt at 70 % av personene med psykoselidelser blir arbeidstakere. Den vesentligste kostnaden knyttes til tilrettelagte boliger for de personene i målgruppen som har behov for det.

Begrensninger i beregningsgrunnlaget, informasjon om anbefalingenes innhold og ulike kostnadsestimater tydeliggjøres også. De fleste av anbefalingene spesifiserer ikke hvem som skal gjennomføre dem eller hvordan de er tenkt gjennomført, noe som vil være av betydning for kostnadsberegninger. Likeledes praktiseres mange av anbefalingene allerede i dag. Kostnader knyttet til disse er ikke tatt med.

Kostnadsestimatet i rapporten er ikke nødvendigvis et uttrykk for totalkostnadene ved retningslinjen, men mer et uttrykk for den økte kostnaden, eller differansekostnaden, mellom det eksisterende tilbudet til pasienter/brukere med psykoselidelser og det totaltilbudet den nye retningslinjen innebærer.

En rekke anbefalinger er ikke kostnadsberegnet, dette er blant annet begrunnet i at anbefalingen:

- ikke anses kostnadsdrivende fordi den er en ren faglig anbefaling
- anses å omfatte andre pasientgrupper og ikke er spesifikk for pasienter med alvorlige psykoselidelser
- er av en karakter som ikke gir mulighet for å frembringe et grundig kostnadsestimat
- er under utprøving i Norge, for eksempel Individuell jobbstøtte (Individual Placement and Support, IPS)

Basert på norske og utenlandske studier er det antatt at endringene i retningslinjen vil bidra til en positiv samfunnseffekt ved at færre personer med psykoselidelser vil være utenfor arbeidslivet over lengre tid.

Rapporten beskriver hvilke vurderinger som er gjort for hver anbefaling, og hvilke forutsetninger som ligger til grunn for å velge ut de anbefalingene som er kostnadsberegnet.

Følgende anbefalinger er kostnadsberegnet:

- Den somatiske helsetilstanden må vurderes jevnlig og følges opp med minst én årlig kontroll.
- I en tidlig fase av en psykoseutvikling bør nære familiemedlemmer kontaktes snarest mulig, og innen tre dager, med tanke på et samarbeid med behandlingspersonalet. Familiemedlemmer kan bare kontaktes når pasienten samtykker til det eller det foreligger hjemmel i lov.
- Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) flerfamiliegruppe.

- Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykose-symptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15–20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.
- Miljøet i døgneheter bør undersøkes ved hjelp av jevnlig målinger med Ward Atmosphere Scale (WAS) for å se om miljøet er preget av de elementene pasienter med psykoselidelser har best effekt av.
- Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.
- Kommunen bør tilby tilrettelagte boliger til pasienter/brukere som trenger særskilt oppfølging og støtte for å mestre et liv i egen bolig. Det bør tilbys boliger med felles-areal og bemanning på heldøgnsbasis dersom behovene tilsier det.

15.8 Retningslinjens rettslige betydning

Helsepersonelloven (16) § 4, spesialisthelsetjenesteloven (9) § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven (10) § 4-1 pålegger helsepersonell å yte faglig forsvarlig helsehjelp.

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.

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» eller «må» 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 velger å ikke følge dem, bør begrunnelsen beskrives og dokumenteres i pasientens journal.

16 Plan for implementering

Det er godt dokumentert at kunnskap ofte ikke når ut i praksis, og at utarbeidelse av retningslinjer alene ikke er tilstrekkelig. En planlagt prosess for implementering av kunnskapsbasert praksis er nødvendig i arbeidet med å kvalitetsforbedre tjenestene, og det er naturlig å planlegge tiltak både på individ- og systemnivå.

På systemnivå er det viktig å vurdere de potensielle barrierene for implementering (556), og hvilke tiltak det er nødvendig å tilrettelegge for. På individnivå bør det tilrettelegges for at fagpersoner gjøres kjent med anbefalingene, og at en plan for behandling og oppfølging utarbeides i samarbeid med den enkelte pasienten/brukeren og eventuelt pårørende. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten / Helsebiblioteket og Sykehuset Innlandet HF har sammen utarbeidet og gjort tilgjengelig Håndbok i implementering (559). Den gir oversikt over tiltak som har dokumentert effekt innen implementering. Håndboken gir praktisk rettet veiledning i implementeringsarbeid generelt, men anses også som nyttig ved tiltak for å implementere anbefalingene i denne retningslinjen.

Målgruppene for retningslinjen har ulik kompetanse og kunnskap om feltet, noe som medfører at implementeringen bør differensieres og foregå på flere nivåer.

Plan for implementeringstiltak

1. Lansering av retningslinjen

- a. Medietiltak.
- b. Nyhetsartikkel på Helsedirektoratets nettsider, inkludert en kortversjon med anbefalingene som publiseres samme dag.
- c. Bred distribusjon av papirutgaven.
Papirutgaven er omfattende i antall sider, men vil i praksis kunne brukes som et oppslagsverk. Del 2 om faglig bakgrunn er en kortfattet «lærebok» som kan gi et raskt innblikk i hva psykoselidelser er.

2. Elektronisk versjon av retningslinjen

- a. Utgave som tilrettelegges slik at den blir et praktisk verktøy for ulike målgrupper.
- b. Anbefalingene synliggjøres med mulighet for å gå videre til bakenforliggende informasjon.

3. Tiltak for og med pasienter/brukere og pårørende

Blant en rekke forskjellige implementeringstiltak er det mye som tyder på at tiltak via pasienter/brukere/pårørende (pasientmedierte tiltak) er de tiltakene som er mest effektive for å endre helsearbeideres atferd. Dette betyr at når pasienter og pårørende er kjent med hvilke tilbud hjelpeapparatet bør ha, øker det sannsynligheten for at tjenestene lettere endres i tråd med føringer i en retningslinje. Internasjonalt blir Public and Patient Involvement Programs (PPIP) viet stadig mer oppmerksomhet. Å synliggjøre og involvere den spesialistkompetansen pasienter, brukere og pårørende har gjennom egne erfaringer, anses som svært viktig i prosessen med å utarbeide og implementere retningslinjer.

Pasientmedierte tiltak som planlegges:

- a. Utarbeide en versjon for www.helsenorge.no i samarbeid med pasienter/brukere og pårørende.
- b. Utarbeide papirbaserte kortversjon(er) i samarbeid med pasienter/brukere og pårørende.

4. Informasjon

Det tilrettelegges for at retningslinjen blir gjort kjent gjennom ulike tiltak.

- a. Utkast til retningslinje har blitt presentert en rekke ganger i løpet av arbeidsprosessen, og arbeidsgruppemedlemmer vil fortsatt være viktige formidlere av retningslinjen.
- b. Utarbeiding av forslag til nettartikler som kan publiseres på ulike lokale nettsteder med lenker til elektroniske versjoner utarbeidet av Helsedirektoratet.
- c. Presentasjoner på større relevante konferanser og seminarer.

5. Kompetanseheving

Flere av anbefalingene i retningslinjen kan medføre behov for kompetanseheving innenfor ulike faggrupper både i kommuner, NAV og spesialisthelsetjenesten.

Vedlegg

1. Ordliste
2. Eksempler på to ulike forløp ved førstegangssykose
3. Ekvivalenstabell for legemidler - definerte døgndoser
4. Eksempel på skjema for måling av brukertilfredshet ved deltagelse i flerfamilie-gruppe
5. Forslag til mal for kriseplan
6. Virkning av ulike rusmidler
7. Instanser som har deltatt i referansegruppen
8. Skjema for vurdering av kunnskapsgrunnlag og gradering av anbefalinger

Vedlegg 1 Ordliste

Alogi:	reduisert ordvolum
Anamnese:	en strukturert, grundig registrering av pasientens historie og sykehistorie
Anhedoni:	manglende evne til å glede seg over ting
Antistigmaarbeid:	arbeid for å redusere uønskede negative holdninger
Apati:	tap av motivasjon, manglende entusiasme og engasjement
Avolisjon:	mangel på målrettede handlinger
Compliance:	behandlingsetterlevelse
Eksekutive funksjoner:	problemformulering, planlegging og gjennomføring av oppgaver
Ekvivalente:	sammenlignbare
Idiosynkratisk tenkning:	problemer med abstraheringsevne eller symboliseringsevne
Influenssymptomer:	opplevelsen av at kroppen kan påvirkes eller styres av en ytre kraft
Insidens:	antall nye tilfeller av en sykdom i en befolkning i en definert tidsperiode
Komorbiditet:	samtidig tilstedeværelse av én eller flere psykiske lidelser eller somatiske tilstander utover hoveddiagnosen
Negative symptomer:	reduksjon eller bortfall av normale funksjoner
Positive symptomer:	symptomer som representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er der
Premorbid fase:	fasen før selve sykdommen bryter ut
Premorbid fungering:	fungering før sykdom
Prevalens:	antall individer som på et tidspunkt har en sykdom i en definert befolkning
Prodromalfase:	«varselfase» med de første tegnene til sykdom
Psykoedukativ:	kunnskapsformidlende
Recovery:	en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv
Sensorisk deprivasjon:	fravær av sansestimuli
Slow metabolizer:	person som bryter ned enkelte legemidler langsommere enn andre
Stereotyp tenkning:	ufleksibelt eller lite rikt tankeinnhold
Taktil:	som har med berøring å gjøre
Tankeblokk:	opplevelse av at tankene helt stopper opp
Tankeinnsetting:	at personens tanker er satt inn i hodet av andre
Tankekringkasting:	at personens tanker kan høres av andre
Tanketyveri:	at tanker faktisk er fjernet fra hodet
Visuospatialt evnenivå:	verbalt og perseptuelt evnenivå

Vedlegg 2 Eksempler på to ulike forløp ved førstegangpsykose

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 begynte kameratene å legge merke til at han isolerte seg og ble mutt. Tilbake på studiestedet gikk det dårligere med studiene, han virket mistenksom, og den personlige hygien ble ikke ivaretatt som før. Etter tre måneder varslet skolen familien, som straks hentet Per med seg 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 psykose-lidelse. 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 utdanning.

Følgende faktorer kan ha bidratt til at dette forløpet 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 tidlig i gang med god behandling, fordi sykehuset hadde plass, det ble brukt effektive behandlingsformer, og det var en 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 da hun var ca. 13 år, 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 fortvilte, 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 døgnnet, rotet og neglisjerte den personlige hygien. 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 i rusmiljøet. Rusmiddelbruken 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 hos Kari:

- 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 maktet ikke å se at noe var galt. Fastlegesystemet og legevaktlegene fanget henne ikke opp.

- Kari kom ikke i gang med adekvat behandling, fordi det var en manglende evne i psykisk helsevern til å se hva hun strevde med, og stille en diagnose, manglende behandlingsskapasitet, 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 rusmiddelmisbruk, manglet motivasjon og erkjennelse av den psykiske lidelsen og behovet for hjelp og behandling. Hun avslo legemiddelbehandling og hjelpeapparatet kom ikke i posisjon til å tilby et psykososialt behandlingsprogram.

Både Kari og Per vil ha behov for lengre tids behandling og oppfølging. Forskningen tyder på at en etter førstegangpsykose bør tilrettelegge for behandling i 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 (jf. bedringskriteriene som er beskrevet i retningslinjen).

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 rusfrihet, slik at hun kan unngå nye psykoseepisoder.

Vi vet at gjentatte psykoseepisoder i gjennomsnitt varer lengre hver gang en har en psykotisk episode, det vil si at det blir vanskeligere å komme ut av psykosen for hver gjentatte episode. Behandlingen og støttetiltakene er skissert med hensyn til kasusene gjengitt ovenfor. Det viktigste er at disse «skreddersys» til den enkelte pasients behov. I Karis tilfelle vil også spørsmålet om eventuell behandling under tvungent psykisk helsevern 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 den videre oppfølgingen. Ved nye kriser vil team kunne rykke ut og støtte opp under det kommunale tjenesteapparatet.

Viktige aspekter for behandling 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 førstegangpsykose bør følges opp i flere år, også ved godt forløp. Dette reduserer faren for utvikling av nye psykoseepisoder.
- 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 behovet hans/hennes.
- Hver pasient bør ha en behandler som følger pasienten over lang tid, for å sikre kontinuitet, og for å tilrettelegge for at det utvikles en tillitsfull relasjon mellom pasienten og behandleren.
- Pasienter som ikke kommer ut av psykosen innen tre måneder, bør få tilbud om et behandlingsopplegg for pasienter som ikke har oppnådd adekvat bedring gjennom standard behandling.
- Helsetjenesten bør samarbeide med skole/arbeidsgiver om tilrettelegging av situasjonen ved utdanningsinstitusjonen/arbeidsstedet.

- 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 av en koordinator fra en ansvarsgruppe.

Vedlegg 3 Ekvivalenstabell for legemidler - definerte døgndoser

Ekvivalenstabell og Definerte døgndoser (engelsk defined daily doses- DDD) for enkelte vanlige antipsykotiske legemidler.

Legemiddel	Potens ratio	Ekvivalente doser antipsykotisk effekt	DDD (mg)	Adm form
Første Generasjon Antipsykotikum				
<i>Høydose (lavpotente)</i>				
Klorpromazin (Hibanol [®] , 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
<i>Mellomdose</i>				
Dixyrazin (Esucos [®])	6.0	50.0	50.0	O
Proklorperazin (Stemetil [®])	6.7	45.0	100.0	O
Zuclopentixol (Cisordinol [®])	4.0	75.0	30.0	O
Zuclopentixol dekanooat (Cisordinol Depot [®])	7.0	42.0	15.0	P
<i>Lavdose (høypotente)</i>				
Flupentixol (Fluanxol [®])	50.0	6.0	6.0	O
Flupentixol dekanooat (Fluanxol depot [®])	70.0	4.2	4.0	P
Haloperidol (Haldol [®])	33.0	9.0	8.0	O
Haloperidol dekanooat (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 (Zypadhera [®])		15.0	10.0	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

Antatte virkemekanismer for 2. generasjons antipsykotiske legemidler (AGA)

Preparater	Dopamin					Serotonin (5HT)					Kolinerg-muskarinerg			Adrenerg			Hista min	Merknader	
	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	D ₅	1	2	3	6	7	Re-opp-tak	M1	M2	M5	α ₁	α 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
Clozapin	(↓)	(↓)	(↓)	↓	(↓)		↓					↓	(↓)		↓	↓		↓	Lav antidopamin-Effekt. Har også antiserotinerge egenskaper

Vedlegg 4 Eksempel på skjema for måling av brukertilfredshet ved deltakelse i flerfamiliegruppe

HELSE  SØR-ØST

 Oslo universitetssykehus



Navn:.....

TILFREDSHET – PSYKOEDUKATIV FLERFAMILIEGRUPPE

Spørsmål om tilfredshet med psykoedukativ flerfamiliegruppe

Tidspunkt for gruppestart av flerfamiliegruppen mnd/år: _____

I gruppen har jeg vært hovedperson familie eller nær omsorgsperson

Hvis jeg synes det har vært vanskelig å møte opp, har det vært på grunn av:

For stor gruppe For lange møter Andre grunner _____

Hvis du har deltatt på flere av gruppemøtene, ønskes din vurdering av følgende:

(Sett ring rundt det svaret som passer best for deg.)

1. Hvilken betydning har det hatt for meg å delta i en flerfamiliegruppe?

Ingen Betydning	liten betydning	stor betydning	svært stor betydning			
1	2	3	4	5	6	7

2. I hvilken grad har det vært positivt for meg å møte personene i gruppa?

Ikke i det hele tatt	liten grad	stor grad	svært stor grad			
1	2	3	4	5	6	7

3. I hvilken grad har jeg opplevd å bli i stand til å gi uttrykk for egne tanker i gruppa?

Ikke i det hele tatt	liten grad	stor grad	svært stor grad			
1	2	3	4	5	6	7

4. I hvilken grad har jeg snakket om egne vanskeligheter i gruppa?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

5. I hvilken grad tror jeg gruppen har hjulpet meg til å få en bedre hverdag?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

6. I hvilken grad har jeg opplevd at de andres erfaringer og kunnskap har vært til hjelp for meg?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

7. I hvilken grad har jeg erfart at gruppemøtenes struktur har vært viktig?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

8. I hvilken grad har problemløsning i gruppa hjulpet meg til å gjøre det jeg har hatt lyst til å gjøre, eller å løse mine problemer?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

9. I hvilken grad har gruppa bidratt til at jeg nå ser flere måter å løse mine problemer på?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

10. I hvilken grad opplever jeg at gruppa preges av trygghet, gjensidighet og tillit?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

11. I hvilken grad har jeg erfart at gruppa har hjulpet oss i familien til å snakke bedre sammen?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

12. I hvilken grad har undervisningsseminarene gitt meg en bedret forståelse for min situasjon?

Ikke i det hele tatt		liten grad		stor grad		svært stor grad
1	2	3	4	5	6	7

13. Følgende undervisningstemaer kunne jeg tenke meg å høre mer om:

Skriv her:

14. Hva har vært mest hjelpsomt for meg i denne flerfamiliegruppa?

Skriv her:

15. Hva har jeg ikke likt med å delta i flerfamiliegruppa?

Skriv her:

16. Hvilke tema syns jeg det har vært spesielt fint å få diskutert i flerfamiliegruppa?

Skriv her:

Vedlegg 5 Forslag til mal for kriseplan

Vedlegg 5 Forslag til mal for kriseplan

KRISEPLAN – tiltak ved varselsignaler

Mine varselsignaler er:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Hva kan jeg gjøre?	Hva har hjulpet før?

Hvis tiltakene ikke hjelper, kan jeg kontakte:

Rolle	Navn	Telefonnummer

Hvis jeg ikke får kontakt med noen av nevnte personer og jeg opplever situasjonen alvorlig, kan jeg kontakte:

Kl. 08.00-15.30: Sted
Telefon

Etter kl. 15.30: Sted
Telefon

Barn ivaretas av: _____ **Tlf:** _____

underskrift _____
Pasient/Bruker

underskrift _____
Repr. tjenesteapparat

Vedlegg 6 Virkning av ulike rusmidler

Alkohol

Har kompleks virkning på ulike neurotransmittorer. Virker generelt dempende, spesielt på hemninger. Langvarig bruk kan føre til økt angst og depresjon. Både rusforgiftning og abstinensreaksjoner kan føre til akutt psykose. Langvarig bruk kan gi skader i hjernen (Korsakoffs psykose/amnestisk syndrom) som også har sammenheng med mangel på vitamin B1 (tiamin). Fare for overdose, spesielt kombinert med andre dempende substanser

Opioider

Dette er en gruppe substanser hvor noen kommer fra opiumsvalmuen (opiater), mens andre er syntetisk fremstilt. Hovedvirkning via separate opioidreseptorer. Generelt dempende, smertestillende og hostedempende effekt. Uttalt toleranseøkning. Kan i store doser føre til respirasjonsdempning og død, særlig brukt sammen med benzodiazepiner og/eller alkohol.

Cannabis

Kommer fra den indiske hampplanten, enten som tørkede plantedeler (marihuana) eller tørket plantesaft i plater/kaker/klumper (hasj). Det mest sentrale virkestoffet tetrahydrocannabinol (THC) har en kompleks virkning gjennom egne cannabinoidreseptorer. Langtidseffekter er redusert korttidsminne, konsentrasjon og energi, Hallusinogen virkning i større doser. Kan ved langvarig bruk – spesielt i ung alder - gi schizofrenilignende symptomer og forsterke flere psykiske lidelser, særlig depresjon. Kan sannsynligvis utløse schizofreni hos personer som er disponerte for det

Sedativa og hypnotika

Beroligende og sovemedisiner. Vanligst er benzodiazepiner. Generelt dempende, reduserer uro og anspenthet. Kan føre til likegyldighet og redusert kognitiv funksjon. Paradoks reaksjon med oppstemthet og rusopplevelse spesielt ved store doser. Risiko for overdose ved kombinasjon med alkohol eller opioider

Kokain

Kommer fra bladene på den Sør-Amerikanske kokabusken. Sentralstimulerende med rask og kortvarig virkning. Ligner ellers sterkt på virkningen av andre sentralstimulerende stoffer

Sentralstimulerende

Sentralstimulerende (amfetamin, metamfetamin, khat). Øker våkenhet og selvfølelse, reduserer matlyst. Kan hos noen føre til akutt paranoid psykose og depresjon.

Hallusinogener

Vanligst er ecstasy og LSD, men også noen sopparter. Endrer sanseopplevelse, oppfatning av situasjoner og hva som er virkelighet. Kan føre til akutt psykose på kort sikt, angst og depresjon på lengre sikt

Løsemidler

Virkning som kan sammenlignes med alkohol, men større risiko for hjerneskade og skade av andre organer.

Multiple eller andre substanser

Mange bruker flere stoffer, ofte samtidig. Det kan føre til usikre virkninger og øker risiko for uventede psykiske reaksjoner og for noen risiko for overdose, spesielt hvis flere dempende midler kombineres.

Vedlegg 7 Instanser som har deltatt i referansegruppen

43 ulike instanser ble invitert til å oppnevne representanter til referansegruppen. Det er avholdt to heldagsmøter og følgende instanser har vært representert:

- ACT- teamet i Mosseregionen (nasjonalt pilotprosjekt for ACT i Norge)
- Akuttpsykiatrisk nettverk
- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Hvite Ørn
- Fellesorganisasjonen
- Fylkesmannen i Nordland
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Vest RHF
- Institutt for psykoterapi
- Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Sør-Øst
- Mental Helse
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Det medisinske fakultet
- Norsk forening for psykisk helsearbeid
- Norsk legeforening
- Norsk psykoanalytisk institutt
- Norsk psykologforening
- Norsk sykepleierforbund
- Prosjekt Jobbmestrende oppfølging
- Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helse Vest RHF
- Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern (SANKS)
- Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP)
- Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet
- Universitetet i Oslo, Det samfunnsvitenskapelige fakultet
- Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet

Vedlegg 8 Skjema for vurdering av kunnskapsgrunnlag og gradering av anbefalinger

Skjema for vurdering av kunnskapsgrunnlag for anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer

Anbefalingen: Gradering av forskningsgrunnlag ihht SIGN (1-4) Arbeidsgruppens totale vurdering av styrken i det vitenskapelige grunnlaget (svak, moderat, god) Gradering av anbefaling ihht SIGN og European Health Committee (A,B,C,D)
Forskningsbasert kunnskap
1. Omfang av forskningsbasert kunnskap (Kommenter hvorvidt det er mangel på relevant forskning) Referanser:
2. Overførbarhet og generaliserbarhet (Er forskningen relevant for de aktuelle populasjonene det gis anbefalinger for?)
3. Konsistens (Gir forskningsgrunnlaget entydige svar?)
Arbeidsgruppens totale vurdering av styrken i det vitenskapelige grunnlaget (svak - moderat - god):
Gradering av forskningsbasert kunnskap ihht SIGN (Nivå i evidenshierarkiet, 1 - 4):
Klinisk erfaring, brukerkunnskap og kontekst
4. Klinisk betydning (Vurdering av intervensjonens effekt og gevinst sett i forhold til andre intervensjoner, og i lys av kostnader og eventuelle risikoer)
5. Kliniske erfaringer (Er det kliniske erfaringer, f.eks bivirkninger, som tilsier at konklusjoner fra forskningen bør modifiseres?)
6. Brukerpreferanser og brukerkunnskap (Har brukere erfaringer med intervensjonen som tilsier at konklusjonen fra forskning bør modifiseres?)
7. Andre faktorer (Er det spesielle forhold i Norge som bør påvirke anbefalingen? F. eks lowverk eller organisering av tjenestene)
Arbeidsgruppens endelige gradering av anbefaling (A, B, C, D):

Referanser

1. 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>
2. Brukermedvirkning innen psykisk helse: en veileder. Skien: Mental helse; 2004.
3. 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
4. Deegan PE, Drake RE. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57(11):1636-9.
5. Larsen E, Aasheim F, Nordal A. Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1315. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>
6. 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.
7. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
8. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62.
9. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61.
10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24 nr 30.
11. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). LOV 2001-06-15 nr 93.
12. Baucom DH, Mueser KT, Shoham V, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(1):53-88.
13. 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.
14. Dixon LB, Lehman AF, Levine J. Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21(4):567-77.
15. 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.

16. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
17. Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1512. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>
18. Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv IS-9/2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsevernloven-og-psykisk-helsevernforskriften/Publikasjoner/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften.pdf>
19. Barn som pårørende. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Rundskriv IS-5/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>
20. Helsepersonells plikt og rett til å gi barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten opplysninger ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet - andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn - misbruk av rusmidler under graviditet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. Rundskriv IS 17/2006. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-i-saker-som-dreier-seg-om/Publikasjoner/helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger.pdf>
21. Nasjonal plan for selvhjelp. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Norsk selvhjelpsforum; 2004. IS-1212. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp/Publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp.pdf>
22. Selvhjelp Norge: nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp [nettdokument]. Oslo: Selvhjelp Norge [oppdatert 2011; lest 12. Jul 2011]. Tilgjengelig fra: <http://selvhjelp.no/>
23. LINK Oslo, senter for selvhjelp og mestring [nettdokument]. Oslo: LINK Oslo [oppdatert 2011; lest 17. Okt 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www.linkoslo.no/>
24. Norsk selvhjelpsforum [nettdokument]. Oslo: NSF [oppdatert 2011; lest 17. Okt 2011]. Tilgjengelig fra: www.norskselvhjelpsforum.no
25. erfaringskompetanse.no [nettdokument]. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse [oppdatert 2011; lest 12. Jul 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www.erfaringskompetanse.no/>
26. Pårørendekompetanse [nettdokument]. Oslo: Voksne for Barn og Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP) [oppdatert 2011; lest 12. Jul 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www.pkompetanse.no/>
27. KBT Midt-Norge: Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling [nettdokument]. Trondheim: KBT Midt-Norge [oppdatert 2011; lest 12. Jul 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www.kbtmidt.no/>
28. 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. Selvførelse, praksis og forskning. Elverum: Høgskolen i Hedmark; 2009. s. 43-76. Rapport nr. 14.

29. Horvath AO. The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy* 2006;43(3):258-63.
30. Haram A. Dialogens kraft: når tanker blir stemmer. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Borg M. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2009;46(5):452-9.
35. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophr Bull* 2009;35(5):949-58.
36. Wilken JP. Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(5):658-66.
37. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS [nettdokument]. Oslo: NKVTS [oppdatert 21. Feb 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nkvts.no/>
38. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse [nettdokument]. Oslo: Nakmi [oppdatert 2013; lest 28. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nakmi.no/>
39. Harris MG, Henry LP, Harrigan SM, Purcell R, Schwartz OS, Farrelly SE, et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophr Res* 2005;79(1):85-93.
40. 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.
41. Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003;29(2):325-40.
42. 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.
43. 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.
44. Melle I, Johannessen 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.

45. 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.
46. 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.
47. Johannessen JO. An early detection and intervention system for untreated first episode psychosis: Reduction of duration of untreated psychosis (DUP), recruitment through 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>.
48. Hegelstad WT, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry* 2012;169(4):374-80.
49. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):18-24.
50. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? *Psychol Med* 2003;33(1):97-110.
51. 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.
52. Hagen R, Kråkvik B, Gråwe RW. Kognitiv terapi ved psykoser. I: Stiles TC, red. *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. Trondheim: Tapir; 2007. s. 15-34.
53. Fenton WS. Comorbid conditions in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14(1):17-23.
54. Psychosis and schizophrenia in children and young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013. NICE clinical guideline 155. Tilgjengelig fra: <http://guidance.nice.org.uk/CG155/Guidance/pdf/English>
55. 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.
56. 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.
57. Ross RG, Heinlein S, Tregellas H. High rates of comorbidity are found in childhood-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;88(1-3):90-5.
58. Rodowski MF, Cagande CC, Riddle MA. Childhood obsessive-compulsive disorder presenting as schizophrenia spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008;18(4):395-401.
59. 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.
60. 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.

61. 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.
62. 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.
63. Tarbox SI, Pogue-Geile MF. Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: a systematic review. *Psychol Bull* 2008;134(4):561-83.
64. 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.
65. 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.
66. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res* 2003;60(2-3):239-58.
67. Sorter MT. Psychotic Disorders. I: Klykylo WM, Kay JL, red. *Clinical child psychiatry*. 2 utg. Chichester og Hoboken: Wiley; 2005. s. 433-46.
68. 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.
69. 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.
70. Masi G, Mucci M, Pari C. Children with schizophrenia: clinical picture and pharmacological treatment. *CNS Drugs* 2006;20(10):841-66.
71. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, Thomas SD, Wells DL, Spataro J. Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(11):1114-9.
72. Klæth JR, Hagen R. Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2009;46(11):1049-55.
73. Braga RJ, Petrides G, Figueira I. Anxiety disorders in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2004;45(6):460-8.
74. 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.
75. 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.
76. 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.

77. Huppert JD, Smith TE. Anxiety and schizophrenia: the interaction of subtypes of anxiety and psychotic symptoms. *CNS Spectr* 2005;10(9):721-31.
78. Michail M, Birchwood M. Social phobia and depression in psychosis. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(5):537-47.
79. 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.
80. Turnbull G, Bebbington P. Anxiety and the schizophrenic process: clinical and epidemiological evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36(5):235-43.
81. Hagen R, Gråwe RW, Grotmol KS, Holen HS. Depresjon ved psykose: forståelse og kliniske implikasjoner. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2006;43(2):99-104.
82. 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.
83. ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.
84. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. Paris J. *Treatment of borderline personality disorder: a guide to evidence-based practice*. New York: Guilford; 2008.
89. 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.
90. Ghaziuddin M. *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London: Jessica Kingsley; 2005.
91. 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.
92. Ghaziuddin M, Zafar S. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. *Clin Neuropsychiatry* 2008;5(1):9-12.
93. 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.

94. 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.
95. Starling J, Dossetor D. Pervasive developmental disorders and psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11(3):190-6.
96. Eknes J, Løkke JA, Bakken TL, Mæhle I, red. *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
97. 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.
98. Hollis C. Diagnosis and differential diagnosis. I: Remschmidt H, red. *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. s. 82-118.
99. King BH, Lord C. Is schizophrenia on the autism spectrum? *Brain Res* 2011;1380:34-41.
100. 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.
101. Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G, Clark D. Substance misuse in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *Drugs* 2002;62(5):743-55.
102. 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.
103. Green B, Young R, Kavanagh D. Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2005;187:306-13.
104. 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.
105. Negrete JC. Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003;48(1):14-21.
106. 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.
107. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27(4):494-510.
108. Løberg EM, Hugdahl K. Cannabis use and cognition in schizophrenia. *Front Hum Neurosci* 2009;3:53.
109. 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.

110. 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.
111. Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC, Linaker OM. Substance abuse and recovery in a Psychiatric Intensive Care Unit. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28(1):65-70.
112. Reimherr JP, McClellan JM. Diagnostic challenges in children and adolescents with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 2004;65(Suppl 6):5-11.
113. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. Cannabis abuse and the course of recent-onset schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(4):273-9.
114. Caspari D. Cannabis and schizophrenia: results of a follow-up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(1):45-9.
115. 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.
116. 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.
117. Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161(4):716-27.
118. Rathbone J, Variend H, Mehta H. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD004837.
119. Andreasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet* 1987;2(8574):1483-6.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003;33(1):15-21.
124. 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.
125. Ferdinand RF, Sondejker 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.
126. 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.
127. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;50(2):71-83.

128. 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.
129. 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.
130. Kristensen K, Cadenhead KS. Cannabis abuse and risk for psychosis in a prodromal sample. *Psychiatry Res* 2007;151(1-2):151-4.
131. 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.
132. 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.
133. 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.
134. 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.
135. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1948. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser.pdf>
136. 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>
137. 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>
138. 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.
139. Tiihonen J, Lönnqvist 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.
140. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press; 1998.

141. Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med* 2008;54(4):287-93.
142. 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.
143. 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.
144. 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.
145. 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.
146. 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.
147. 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.
148. 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.
149. Larkin W, Morrison AP, red. *Trauma and psychosis: new directions for theory and therapy*. London: Routledge; 2006.
150. Bentsen H. Selvmord ved schizofreni. *Suicidologi* 1999;4(1):6-9.
151. Sortland W, Egeland J. Selvmord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2008;45(1):4-13.
152. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso 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.
153. Evensen J, Røssberg JI, Haahr U, ten Velden Hegelstad W, 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.
154. Bjørkly S. Psychotic symptoms and violence toward others - A literature review of some preliminary findings: Part 1. Delusions. *Aggress Violent Behav* 2002;7(6):617-31.
155. Bjørkly S. Psychotic symptoms and violence toward others - A literature review of some preliminary findings: Part 2. Hallucinations. *Aggress Violent Behav* 2002;7(6):605-15.
156. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009;6(8):e1000120.

157. 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>
158. Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2011;125(2-3):209-20.
159. helsebiblioteket.no [nettdokument]. Oslo: Helsebiblioteket [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/>
160. Cepeda C. Psychotic symptoms in children and adolescents: assessment, differential diagnosis, and treatment. New York: Routledge; 2007.
161. Sheehan DV, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Tampa; Paris: 2002.
162. 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.
163. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II-personality. Biometrics Research Department; 1995.
164. 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.
165. 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.
166. 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.
167. 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.
168. Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. Positive and Negative Syndrome Scale manual. Toronto: Multi-Health Systems; 1992.
169. 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.
170. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary depression scale. *Br J Psychiatry* 1993;163(Suppl. 22):39-44.
171. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1511. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern.pdf>

172. Karterud S, Pederen G, Løvdal H, Friis S. S-GAF: global funksjonsskåring - splittet versjon (global assessment of functioning - split version): bakgrunn og skåringsveiledning. Oslo: Klinikk for Psykiatri, Ullevål sykehus; 1998.
173. 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.
174. McCleery A, Addington J, Addington D. Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Res* 2007;152(2-3):95-102.
175. TIPS Sør-Øst - Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose [nettdokument]. Oslo: Oslo universitetssykehus [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/tips-sor-ost/Sider/enhet.aspx>
176. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guideline for use in primary care. 2 utg. Geneva: World Health Organization; 2001. Tilgjengelig fra: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf.
177. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res* 2005;11(1):22-31.
178. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992;9(3):199-213.
179. Youngstrom EA, Gracious BL, Danielson CK, Findling RL, Calabrese J. Toward an integration of parent and clinician report on the Young Mania Rating Scale. *J Affect Disord* 2003;77(2):179-90.
180. Brown TA, DiNardo P, Barlow DH. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1994.
181. Fresco DM, Coles ME, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hami S, Stein MB, et al. The Liebowitz Social Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychol Med* 2001;31(6):1025-35.
182. SCID-II protokoll - Strukturert Klinisk Intervju for Personlighetsforstyrrelser - DSM-IV [nettdokument]. Oslo: Helsebiblioteket [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/felles/sk%C3%A5ringsverkt%C3%B8y/scid-ii-protokoll-strukturert-klinisk-intervju-for-personlighetsforstyrrelser-dsm-iv>
183. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
184. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. Assessing risk for imminent violence in the elderly: The Brøset violence checklist. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):862-7.
185. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Violence* 2000;15(12):1284-96.
186. Bjørkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):224-9.

187. Clarke DE, Brown A-M, Griffith P. The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17(7):614-20.
188. Vaaler AE, Iversen VC, Morken G, Flovig JC, Palmstierna T, Linaker OM. Short-term prediction of threatening and violent behaviour in an Acute Psychiatric Intensive Care Unit based on patient and environment characteristics. *BMC Psychiatry* 2011;11:44.
189. Hartvig P, Østberg B, Alfarnes S, Moger TA, Skjønberg M, Bjørkly S. Voldsrisiko sjekkliste - 10 (V-RISK-10). Oslo: Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsles- og rettspsykiatri for Helseregion Sør-Øst; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.kompetanse-senteret.no/voldsrisikovurdering/redskaper/v_risk_10.pdf.
190. Rasmussen K, Jakobsen D, Urheim R. HCR-20 Vurdering av voldsrisiko. Trondheim: Psykologisk Institutt, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet; 2002.
191. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Assessing risk of violence to others. I: Webster CD, Jackson MA, red. *Impulsivity: theory, assessment and treatment*. New York: Guilford press; 1997. s. 251-77.
192. Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat* 2007;13(2):101-10.
193. 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.
194. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry* 2002;180:205-9.
195. Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) [nettdokument]. s.l.: RVTS [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.rvts.no/>
196. Helsepersonelloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Rundskriv IS-8/2012.
197. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
198. Taylor D, Paton C, Kerwin R. *Maudsley Prescribing Guidelines*. 9 utg. London: Informa Healthcare; 2007.
199. *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1972. Tilgjengelig fra: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Publikasjoner/Kosth%c3%a5ndboken_3.pdf
200. 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.
201. 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 Psychiatry* 2011;72(2):140-3.
202. 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.

203. Forskrift om førerkort m.m. FOR 2004-01-19 nr 298.
204. Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. 2. utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1348. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Publikasjoner/veileder-forerkort.pdf>
205. Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. 2 utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1437. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/forerkort-regler-og-veiledning-for-utfylling-av-helseattest-for-forerkort/Publikasjoner/forerkort-regler-og-veiledning-for-utfylling-av-helseattest-for-forerkort.pdf>
206. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. 91 L (2010-2011). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>
207. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006. IS-1388. Over tittelen: Psykisk helsevern for voksne. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/distriktpsikiatriske-sentre/Publikasjoner/distriktpsikiatriske-sentre.pdf>
208. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>
209. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37(1):21-2.
210. 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.
211. Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(2):105-18.
212. Bedre kvalitet - økt frivillighet: nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt-frivillighet.pdf>.
213. 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.
214. Lam DH. Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychol Med* 1991;21(2):423-41.
215. 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.
216. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Hum Relat* 1966;19(3):241-63.

217. Barrowclough C, Parle M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997;171:26-30.
218. Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. *Schizophr Res* 2005;79(1):77-83.
219. 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.
220. 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.
221. 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.
222. Gottesman IL, Wolgram DL. *Schizophrenia genesis: the origins of madness*. New York: Freeman; 1991.
223. 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.
224. 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.
225. 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.
226. 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.
227. 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.
228. Melle I, Johansen R. De usynlige barna - når mor eller far har schizofreni. *Tidssk Nor Lægeforen* 2002;122(23):2299-302.
229. Aabø B. Barn av psykisk syke foreldre: problemstillinger og retningslinjer for behandlere i psykiatrien: undervisningssett. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning (Psykopp); 1998.
230. Når mor eller far er psykisk syk. Opplæringsprogram 1998-2001. Oslo: Organisasjonen Voksne for barn; 2011. Tilgjengelig fra: www.vfb.no
231. Myrvoll LR, Kufås E, Lund K. Den håpefulle samtalen. I: Nilsen L, Bjørø KLK, Wego E, Bredal IS, red. *Det sårbare mennesket*. Stavanger: Hertervig; 2010. s. 107-16.
232. SMIL - styrket mestring i livet [nettdokument]. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring [oppdatert 5. Des 2011; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.mestring.no/utviklingsarbeid/verktøekassen/smil>

233. Fisher H, Bordass E, Steele H. Siblings' experience of having a brother or sister with first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2004;70(Suppl 1):88.
234. 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.
235. 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.
236. 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.
237. Hagen R, Turkington D, Berge T, Gråwe RW. CBT for psychosis: a symptom-based approach. London: Routledge; 2010.
238. 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>
239. 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.
240. Karlsen K, Løberg E-M. Psykose hos ungdom: gjenkjenning og behandling. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2012;49(6):555-9.
241. Haugland BSM. En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2011;48(1):5-11.
242. Freud S. On narcissism: an introduction [Zur Einführung 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.
243. 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.
244. Sullivan HS. The onset of schizophrenia. 1927. *Am J Psychiatry* 1994;151(6 Suppl):134-9.
245. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press; 1960.
246. Alanen YO. Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment of schizophrenic patients: towards an integrated view. *Psychiatry* 1997;60(2):142-57.
247. Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P, Køster A, Lindhardt A, Lajer M, et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. *Psychiatry* 2012;75(4):331-41.
248. 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.
249. Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986;74(5):469-73.

250. Røssberg JI, Friis S. A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(5):374-80.
251. 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.
252. 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.
253. Tveit H, Haaland T, Knudsen H, Bøe T. Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond; 1997.
254. Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser [nettdokument]. Oslo: SEPREP [oppdatert 2013; lest 28. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://seprep.no/>
255. Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15(2):187-92.
256. 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.
257. Hansson L, Björkman 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.
258. Johansson H, Eklund M. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scand J Caring Sci* 2003;17(4):339-46.
259. 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.
260. 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.
261. Moos RH. *Evaluating treatment environments: the quality of psychiatric and substance abuse programs*. 2 utg. New Brunswick, N.J.: Transaction Publishers; 1997.
262. Wright J, Thase ME, Beck AT, Ludgate JW, red. *Cognitive therapy with inpatients: developing a cognitive milieu*. New York: Guilford; 1993.
263. Fredheim KN. Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2009;46(2):161-7.
264. Simonsen IE. Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(11):1340-9.
265. Gold C. Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. *Evid Based Mental Health* 2011;10(3):77.
266. Xia J, Grant TJ. Dance therapy for people with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(4):675-6.
267. Stige B, Aarø LE. *Invitation to community music therapy*. New York, NY: Routledge; 2011.

268. Karkou V, Sanderson P. Arts therapies: a research-based map of the field. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006.
269. Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD004025.
270. 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.
271. Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(4):398-402.
272. Faulkner G, Biddle S. Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of the literature. *J Ment Health* 1999;8(5):441-57.
273. Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD004412.
274. Scheewe TW, Backx FJ, Takken T, Jorg F, van Strater AC, Kroes AG, et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2012;
275. Bahr, R. red. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1592. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/Publikasjoner/aktivitetshaandboka.pdf>
276. 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. IS-1670. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-.pdf>
277. Tenhula WN, Bellack AS. Social skills training. I: Mueser KT, Jeste DV, red. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford; 2008. s. 240-8.
278. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36(1):48-70.
279. McQuaid JR. Group therapy. I: Mueser KT, Jeste DV, red. *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford; 2008. s. 279-86.
280. 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.
281. Barrowclough C, Haddock G, Lobban F, Jones S, Siddie R, Roberts C, et al. Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:527-32.
282. 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.

283. 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.
284. Kingsep P, Nathan P, Castle D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;63(1-2):121-9.
285. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374(9690):635-45.
286. Ueland T. Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2008;45(9):1164-8.
287. Wykes T, Huddy V. Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22(2):161-7.
288. McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164(12):1791-802.
289. 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.
290. 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.
291. 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.
292. Velligan DI, Draper M, Stutes D, Maples N, Mintz J, Tai S, et al. Multimodal cognitive therapy: combining treatments that bypass cognitive deficits and deal with reasoning and appraisal biases. *Schizophr Bull* 2009;35(5):884-93.
293. Ueland T, Øie M. Kognitiv svikt ved psykoser : et informasjonshefte for personer med psykotisk lidelse, deres familie og venner. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning; 2006.
294. 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.
295. Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften). FOR 2011-12-16 nr 1258.
296. 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.
297. 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.
298. 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.
299. 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.

300. 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.
301. 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.
302. Foussias G, Remington G. Antipsychotics and schizophrenia: from efficacy and effectiveness to clinical decision-making. *Can J Psychiatry* 2010;55(3):117-25.
303. 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.
304. Høiseth G, Bentsen H. Bruk av antipsykotiske depotinjeksjoner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012;132(3):301-3.
305. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168(6):603-9.
306. Woerner MG, Correll CU, Alvir JM, Greenwald B, Delman H, Kane JM. Incidence of tardive dyskinesia with risperidone or olanzapine in the elderly: results from a 2-year, prospective study in antipsychotic-naive patients. *Neuropsychopharmacology* 2011;36(8):1738-46.
307. Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry* 2008;13(1):27-35.
308. Alvarez PA, Pahissa J. QT alterations in psychopharmacology: proven candidates and suspects. *Curr Drug Saf* 2010;5(1):97-104.
309. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). FOR 2009-12-18 nr 1839.
310. Bivirkninger [nettdokument]. s.l.: Relis [oppdatert 25. Feb 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.relis.no/bivirkninger>
311. 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.
312. interaksjoner.no [database]. Oslo: Statens legemiddelverk [oppdatert 2013; lest 28. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.interaksjoner.no/>
313. Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling [nettdokument]. Oslo: Nifab [oppdatert 2013; lest 28. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nifab.no/>
314. 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.
315. 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.
316. Kissling W. The current unsatisfactory state of relapse prevention in schizophrenic psychoses--suggestions for improvement. *Clin Neuropharmacol* 1991;14(Suppl 2):S33-S44.

317. 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.
318. 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.
319. Leucht S, Heres S, Kissling W, Davis JM. Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;14(2):269-84.
320. 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.
321. Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *Br J Psychiatry* 2005;187:248-55.
322. 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.
323. Gaebel W, Riesbeck M, Wölwer 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.
324. 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.
325. Huf G, Alexander J, Allen MH, Raveendran NS. Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD005146.
326. 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.
327. Conley RR, Buchanan RW. Evaluation of treatment-resistant schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997;23(4):663-74.
328. 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.
329. 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.
330. 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.
331. 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.

332. McCue RE, Waheed R, Urcuyo L. Polypharmacy in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003;64(9):984-9.
333. Zink M, Englisch S, Meyer-Lindenberg A. Polypharmacy in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(2):103-11.
334. Kyung LE, Douglass AB. Sleep in psychiatric disorders: where are we now? *Can J Psychiatry* 2010;55(7):403-12.
335. Gjerden P, Slørddal 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.
336. Lavin MR, Rifkin A. Prophylactic antiparkinson drug use: II. Withdrawal after long-term maintenance therapy. *J Clin Pharmacol* 1991;31(8):769-77.
337. Volz A, Khorsand V, Gillies D, Leucht S. Benzodiazepines for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(1):CD006391.
338. Leucht S, Kissling W, McGrath J. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD003834.
339. Leucht S, Kissling W, McGrath J, White P. Carbamazepine for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(3):CD001258.
340. Schwarz C, Volz A, Li C, Leucht S. Valproate for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3):CD004028.
341. Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002305.
342. Joy CB, Mumby-Croft R, Joy LA. Polyunsaturated fatty acid supplementation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001257.
343. Tharyan P, Adams CE. Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD000076.
344. Correll CU. Addressing adverse effects of antipsychotic treatment in young patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2011;72(1):e01.
345. Meyers BS, Jeste DV. Geriatric psychopharmacology: evolution of a discipline. *J Clin Psychiatry* 2010;71(11):1416-24.
346. 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.
347. Shoptaw SJ, Kao U, Ling W. Treatment for amphetamine psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(1):CD003026.
348. 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.
349. 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.
350. Webb RT, Howard L, Abel KM. Antipsychotic drugs for non-affective psychosis during pregnancy and postpartum. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD004411.

351. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *J Psychiatr Pract* 2009;15(3):183-92.
352. Statens legemiddelverk [nettdokument]. Oslo: Legemiddelverket [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/>
353. Relis: produsentuavhengig legemiddelinformasjon [nettdokument]. s.l.: Relis [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.relis.no/>
354. Berle JO, Solberg DK, Spigset O. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011;131(2):126-9.
355. Chaudhry I, Neelam K, Duddu V, Husain N. Ethnicity and psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2008;22(6):673-80.
356. 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.
357. 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.
358. 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.
359. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(3):455-61.
360. 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>
361. Falloon I, Fadden G, Borell P, Kärräng L, Ivarsson B, Malm U. *Integrerad psykiatri*. Stockholm: Spri; 1997.
362. Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD001087.
363. 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>
364. 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.
365. 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>
366. Muntaner C, Eaton WW, Miech R, O'Campo P. Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiol Rev* 2004;26:53-62.
367. Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen. LOV 2009-12-18 nr 131.

368. Lov om folketrygd (folketrygdloven). LOV 1997-02-28 nr 19.
369. Brimblecombe N, red. Acute mental health care in the community: intensive home treatment. London: Whurr publishers; 2001.
370. 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
371. Howard L, Leese M, Thornicroft G. Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(5):376-85.
372. Dalgard OS. Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykisk helse; 2006. Rapport 2006:2. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dav/8AF0E9B952.pdf>
373. Nilsson B. Savnets tone i ensomhetens melodi: ensomhet hos aleneboende personer med alvorlig psykisk lidelse [doktoravhandling]. Åbo: Åbo akademis förlag; 2004.
374. Seikkula J. Nätverket ökar resurserna vid psykosbehandling. *Tidssk Nor Lægeforen* 2003;123(23):3419-21.
375. Sanderson CA. Health psychology. Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons; 2004.
376. 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.
377. 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.
378. Borg M, Topor A. Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget; 2003.
379. 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.
380. Knudtsen MS, Holmen J, Håpnes O. Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid. *Tidssk Nor Lægeforen* 2005;125(24):3434-6.
381. Kommunal- og regionaldepartementet. Om boligpolitikken. St.meld. nr. 23 (2003-2004). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20032004/023/PDFS/STM200320040023000DDDPDFS.pdf>
382. Rom for alle : en sosial boligpolitikk for framtiden. Oslo: departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011. NOU 2011:15. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/krd/Dokument/NOU-ar/2011/nou-2011-15.html?id=650426>
383. Husbanken.no [nettdokument]. Bodø: Husbanken [oppdatert 2013; lest 26 Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.husbanken.no/>
384. 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.
385. Pedersen A. Mot «recovery» i praksis? Erfaringer fra Bergen. *Tidsskr Psyk Helsearb* 2004;1(40):50-63.

386. Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-1998-07-17-61.
387. Rett til læring. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2009. NOU 2009:18. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2213608/PDFS/NOU200920090018000DDDPDFS.pdf>
388. Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Attføring og arbeid for yrkeshemmede : sykepengar og uførepensjon. St.meld. nr 39 (1991-1992).
389. Davis M, Rinaldi M. Using an Evidence-Based Approach to Enable People with Mental Health Problems to Gain and Retain Employment, Education and Voluntary Work. *Br J Occup Ther* 2004;67(7):319-22.
390. Scheid TL, Anderson C. Living with chronic mental illness: understanding the role of work. *Community Ment Health J* 1995;31(2):163-76.
391. Stuart H. Mental illness and employment discrimination. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19(5):522-6.
392. 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.
393. Harnois G, Gabriel P, red. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization; 2000. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf.
394. Auerbach ES, Richardson P. The long-term work experiences of persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28(3):267-73.
395. Hoffmann H, Kupper Z, Zbinden M, Hirsbrunner HP. Predicting vocational functioning and outcome in schizophrenia outpatients attending a vocational rehabilitation program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38(2):76-82.
396. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69(3):489-501.
397. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE, et al. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(7):419-26.
398. 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.
399. Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005;162(10):1948-56.
400. Helle S, Gråwe RW. Sysselsetting og trygd blant personer med schizofrenidiagnose. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2007;44(11):1358-62.
401. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001;27(2):281-96.
402. 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.

403. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-49.
404. 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.
405. 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.
406. 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.
407. Helle A. Erfaringer med å utvikle nye arbeidsrettede tiltak : arbeidsrettede tiltak for personer med psykiske problemer. *Tidsskr Psyk Helsearb* 2007;4(3):244-53.
408. Halvorsen P. Hun tar temperaturen på arbeidslivet: intervju med Bjørg Aase Sørensen Oslo: Senter for seniorpolitikk [oppdatert 12. Jun 2002; lest 20. Jul 2011]. Tilgjengelig fra: <http://www2.seniorpolitikk.no/artikkel.asp?art=253>
409. Møller G. Yrkeshemmede med psykiske lidelser: tiltaksbruk og effekter. Bø: Telemarksforsking Bø; 2005. Arbeidsrapport nr. 6.
410. 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.
411. 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.
412. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD003080.
413. 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.
414. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(4):345-59.
415. Bell MD, Lysaker PH, Milstein RM. Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22(1):51-67.
416. Arbeids- og velferdsdirektoratet. Individual Placement and support (IPS): manualer for igangsetting av IPS-metodikken. Oslo: NAV og Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Arbeid,+psykisk+helse+og+rus/_attachment/332776?_ts=13c1a60e800&download=true&ei=sTcnUenmE6jE4gT5IIHIBA&usg=AFQjCNFaEApYLcJSL3eD06wmvZ1C5NR40Q&bvm=bv.42768644.d.bGE.
417. 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.
418. Nygren U, Markstrom U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. Individual placement and support - a model to get employed for people with mental illness - the first Swedish report of outcomes. *Scand J Caring Sci* 2011;25(3):591-8.

419. Steihaug S, Harsvik T. Evaluering av «Jobbmestrende oppfølging» i Østfold og Oslo. Sluttrapport. Trondheim; Oslo: SINTEF; 2009. SINTEF-rapport A11297. Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/_attachment/242175?true&_ts=1291bc0efa0
420. Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) [NAV-loven]. LOV 2006-06-16 nr 20.
421. 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.
422. Joa I. The importance of information campaigns in the early detection of psychosis [doktoravhandling]. Bergen: University of Bergen; 2010.
423. 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>
424. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering: synlig og brukerrettet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1530. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering-/Publikasjoner/koordinerende-enhet-for-habilitering-og-rehabilitering-.pdf>
425. Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak: nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>.
426. 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.
427. Allmennlegetjenesten og psykisk helse. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1655. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/allmennlegetjenesten-og-psykisk-helse/Publikasjoner/allmennlegetjenesten-og-psykisk-helse.pdf>
428. 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>
429. Psykologer i kommunene: barrierer og tiltak for økt rekruttering. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1565. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-/Publikasjoner/psykologer-i-kommunene-barrierer-og-tiltak-for-okt-rekruttering-.pdf>
430. Sæbø Ø, red. Prioriteringer i helsesektoren: verdigrunnlag, status og utfordringer. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1967. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren/Publikasjoner/prioriteringer-i-helsesektoren.pdf>
431. Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse 2007 - 2012. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet; Helse- og omsorgsdepartementet; 2007. Tilgjengelig fra: http://www.nav.no/Forsiden/_attachment/805359794?_ts=11521889078&download=true

432. nav.no [nettdokument]. Oslo: NAV [oppdatert 2013; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.nav.no/>
433. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. 2 utg. IS-1947 utg. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet.pdf>.
434. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. FOR-2011-12-16-1256.
435. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. IS-1332. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf>
436. Kingdon D. Transforming mental health services. Br J Psychiatry 2011;199(1):1-2.
437. 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.
438. Mitchell JT. Characteristics of successful early intervention programs. Int J Emerg Mental Health 2004;6(4):175-84.
439. Anbefalinger for ambulante akutteam i psykisk helsevern for voksne i Norge: forslag oversendt Helsedirektoratet 01.03.12. Lørenskog: Akuttnettverket, Avdeling for forskning og utvikling, Divisjon psykisk, Akershus universitetssykehus; 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.akuttnettverket.no/~media/Files/Nyheter/Anbefalinger%20for%20ambulante%20akutteam%2001mars2012.ashx>.
440. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev 2010;(10):CD007906.
441. CCAF: english information [Nettdokument]. Utrecht: Stichting centrum certificering ACT en FACT [oppdatert 2013; lest 8. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.ccaf.nl/ccaf-english>
442. 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.
443. 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.
444. Allness DJ, Knoedler WH. National Program Standards for ACT Teams. Arlington: Nami; 2003. Tilgjengelig fra: http://www.nami.org/Template.cfm?Section=3DACT-TA_Center%26template%3D/ContentManagement/ContentDisplay.cfm%26ContentID%3D50248&sa=U&ei=VV2dTt_cBsTf4QTu-LCtCQ&ved=OCA8QFjAA&usg=AFQjCNHzlOIRdCN88bLjbv8zPK5ZvRRNhA

445. Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper. Evaluering av forsøk med ACT (Assertive Community Treatment) i Mossregionen. 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
446. Rosen A, Mueser KT, Teesson M. Assertive community treatment--issues from scientific and clinical literature with implications for practice. *J Rehabil Res Dev* 2007;44(6):813-25.
447. 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.
448. Akerholt A. ACT-håndbok. Ottestad: KoRus-Øst; 2010. Tilgjengelig fra: http://www.rus-ost.no/docs/00000795/ACT-håndbok%202010_webutgave_NY_isbn.pdf
449. Dahm KT, Leiknes KA, Husum TL, Kirkehei I, Hofmann B, Myrhaug HT, et al. Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Rapport fra Kunnskapssenteret 09-2012. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/16384.cms>
450. Lov om barneverntjenester (barnevernloven). LOV 1992-07-17 nr 100.
451. Individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet [oppdatert 1. Des 2011; lest 26. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/individuell-plan/Sider/default.aspx>
452. Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven). LOV-1967-02-10.
453. Helsepersonells taushetsplikt: vern av pasientens integritet i muntlig kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. Rundskriv IS-6/2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-vern-av-pasientens-integritet-i-helsepersonells-samtaler-med-pasienten/Publikasjoner/helsepersonells-taushetsplikt-.pdf>
454. First MB. Beyond clinical utility: broadening the DSM-V research appendix to include alternative diagnostic constructs. *Am J Psychiatry* 2006;163(10):1679-81.
455. McGuire PK, Dixon TA. S36.02 Psychosis is better described as a continuum, rather than as categories. *Eur Psychiatry* 2000;15(Suppl 2):286.
456. 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.
457. Crow TJ. The continuum of psychosis and its genetic origins. The sixty-fifth Maudsley lecture. *Br J Psychiatry* 1990;156:788-97.
458. Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, red. *Evolving psychosis: different stages, different treatments*. London: Routledge; 2006.
459. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000;26(1):217-32.

460. 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.
461. 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.
462. Docherty JP, Van Kammen DP, Siris SG, Marder SR. Stages of onset of schizophrenic psychosis. *Am J Psychiatry* 1978;135(4):420-6.
463. Yung AR, McGorry PD. Prediction of psychosis: setting the stage. *Br J Psychiatry Suppl* 2007;51:s1-s8.
464. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11(2):67-9.
465. Haug E, Lien L, Raballo A, Bratlien U, Oie M, Andreassen OA, et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(7):632-6.
466. Parnas J, Handest P, Jansson L, Saebye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005;38(5):259-67.
467. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2011;37(2):344-51.
468. Haug E, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, Oie M, et al. The association between anomalous self-experience and suicidality in first-episode schizophrenia seems mediated by depression. *Compr Psychiatry* 2012;53(5):456-60.
469. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophr Bull* 2012;38(6):1277-87.
470. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38(5): 236-58.
471. Møller P, Haug E, Raballo A, Parnas J, Melle I. Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology* 2011;44(6):386-90.
472. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J Nerv Ment Dis* 2012;200(7):577-83.
473. Schaffner K, McGorry P, red. Special issue: Ethics of Early Treatment Intervention in Schizophrenia. *Schizophr Res* 2001;51(1):1-108.
474. Larsen TK, Opjordsmoen S. Early identification and treatment of schizophrenia: conceptual and ethical considerations. *Psychiatry* 1996;59(4):371-80.
475. 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.
476. 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.

477. 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.
478. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(3):399-407.
479. 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.
480. 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.
481. Palmer BW, Dawes SE, Heaton RK. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia? *Neuropsychol Rev* 2009;19(3):365-84.
482. 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.
483. 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.
484. 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 - Früherkennung von Psychosen (FEPSY). *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(2):152-5.
485. Weinberger DR. From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet* 1995;346(8974):552-7.
486. Green MF. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl 9):3-8.
487. 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.
488. Rund BR. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 1998;24(3):425-35.
489. Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry* 1999;46(6):729-39.
490. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153(3):321-30.
491. 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.
492. Joyce EM, Roiser JP. Cognitive heterogeneity in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(3):268-72.
493. Morris SE, Insel TR. Reconceptualizing schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;127(1-3):1-2.

494. 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.
495. Bramness JG. Problem amphetamine 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*
496. McKetin R, McLaren J, Lubman DI, Hides L. The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction* 2006;101(10):1473-8.
497. 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.
498. 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.
499. 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.
500. 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.
501. 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.
502. Mathias S, Lubman DI, Hides L. Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. *J Clin Psychiatry* 2008;69(3):358-67.
503. Shaner A, Roberts LJ, Eckman TA, Racenstein JM, Tucker DE, Tsuang JW, et al. Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatr Serv* 1998;49(5):684-90.
504. van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul P. The schizophrenia envirome. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18(2):141-5.
505. Opjordsmoen S. Long-term clinical outcome of schizophrenia with special reference to gender differences. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83(4):307-13.
506. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry* 1996;57(Suppl 3):32-8.
507. Gillberg C. Epidemiology of early onset schizophrenia. I: Remschmidt H, red. *Schizophrenia in children and adolescents. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. s. 43-59.*
508. Moran M. When Schizophrenia Develops Early, Impairment Often More Severe. *Psych news* 2007;42(17):15.
509. 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.

510. 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.
511. 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.
512. Engedal K. *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. 2. rev. utg. Tønsberg: Forl. Aldring og helse; 2008.
513. Broadway J, Mintzer J. The many faces of psychosis in the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(6):551-8.
514. Bragason Á. Psykotiske lidelser hos eldre. I: Engedal K, Wyller TB, red. *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe; 2003. s. 349-65.
515. Kaufer DI, Cummings 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.
516. Neuropsychiatric 2011 Inventory (NPI-Q). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=2106>
517. Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990;113(12):941-8.
518. 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.
519. 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.
520. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1531. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>
521. 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>
522. *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

523. 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>
524. DC-LD (diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation). London: Gaskell; 2001.
525. 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).
526. 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).
527. 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
528. 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.
529. Ohre B, von Tetzchner S, Falkum E. Deaf adults and mental health. A review of recent research on the prevalence and distribution of psychiatric symptoms and disorders in the prelingually deaf adult population. *Int J Mental Health Deafness* 2011;1(1):1-22.
530. Landsberger SA, Diaz DR. Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13(3):198-202.
531. Black P, Glickman NS. Language and learning challenges in the deaf psychiatric population. I: Glickman N, red. *Cognitive-behavioral therapy for deaf and hearing persons with language and learning challenges*. New York: Routledge; 2009.
532. 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.
533. 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.
534. 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.
535. Haskins BG. Serving Deaf Adult Psychiatric Inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55(4):439-41.
536. Migrasjon og helse: utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1663. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk/Publikasjoner/utviklingstrekkrapport-2009-migrasjon-og-helse-utfordringer-og-utviklingstrekk.pdf>

537. Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1022. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/Publikasjoner/helsetjenestetilbudet-til-asylsokere-flyktninger.pdf>
538. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: Helsedirektoratet; 2011. IS-1924. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene/Publikasjoner/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene.pdf>
539. Ny i Norge: praktiske opplysninger fra offentlige etater. Oslo: Integrerings- og mangfoldsdirektoratet; 2010.
540. 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>
541. Dahl, S., Sveaass, N., Varvin, S. 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>
542. 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>
543. Silviken A, Stordahl V, red. Samisk psykisk helsevern: nye landskap, kjente steder og skjulte utfordringer. Kárájohka: CálliidLágádus; 2010.
544. Sexton R, Sørli T. Use of traditional healing among Sami psychiatric patients in the north of Norway. *Int J Circumpolar Health* 2008;67(1):135-46.
545. Sørli 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.
546. Forskrift til sameloven (lov 12. juni 1987 nr. 56) om forvaltningsområdet for samisk språk. FOR-2005-06-17-657.
547. Lov om Sametinget og andre samiske rettsforhold (sameloven). LOV-2008-06-27-51.
548. SANKS: Samisk nasjonalt kompetansesenter - psykisk helsevern [nettdokument]. Hammerfest: Helse Finnmark [oppdatert 21. Feb 2013; lest 22. Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-finnmark.no/category10180.html>
549. 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>.
550. Retningslinjer for retningslinjer: veileder: prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglig retningslinjer. Rev. utg. Oslo: Statens helsetilsyn; 2002.

551. Metodebok: for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-0267.
552. Annex D: Completed Considered Judgement Form. I: SIGN 50: a guideline developer's handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/compjudgement.html>
553. Løvdahl H. Schizofreni: kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Oslo: Statens helsetilsyn; 2000. Helsetilstynets utredningsserie 9-2000.
554. Vandvik PO, Eiring Ø. Foretaksprosjektet: mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16-2011.
555. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinar LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007.
556. Kunnskapsbasert praksis [nettdokument]. Bergen: Høgskolen i Bergen [oppdatert 2012; lest 22 Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/>
557. 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: <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=221901&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
558. Økonomiske konsekvenser for ny Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: BDO AS; 2012.
559. Håndbok i implementering [nettdokument]. s.l.: Sykehuset Innlandet HF [oppdatert 24 Jan 2011; lest 22 Feb 2013]. Tilgjengelig fra: <http://sites.google.com/site/fagressursportalen/Implementering>



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no