



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

MEDIKAMENTFRI BEHANDLING

- **Hvilke planer er registrert i medikamentfri behandling for psykosepasienter?**
- **Og hva inneholder behandlingsplanene?**

En kvantitativ kartleggingsstudie fra en DPS i helse Vest.

Mari-Ann Holthe Bidtnes

NTNU i Trondheim

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Trondheim

Kull 2017-2019.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Forord

Temaet for denne masteroppgaven er medikamentfri behandling til mennesker som har hatt eller har psykoselidelse. Interessen for temaet har vokst frem gjennom egne erfaringer som sykepleier i somatikken, egen livskunnskap og nå gjennom teori og praksis i psykisk helsearbeid ved Østmarka akutt-avdeling. Jeg har i min yrkeskarriere hele tiden vært opptatt av «hele» mennesket. Hvordan den fysiske helsen påvirker den psykiske helsen og omvendt. Daglig ser jeg eksempler på dette, og min erfaring er at vi som helsepersonell i psykiatrien lett glemmer somatikken, og at vi i somatikken lett glemmer psyken. Hvordan har du det «egentlig» bak alle fysiske skader og sår, og de psykiske skader og sår?

En pille kan ikke «kurere» hverken benbrudd eller psykiske sår, en pille kan bare lindre smerter og symptomer i beste fall for en kort stund. Det er på tide å gå fra kun symptomlindring til reell behandling. Det viser seg i teorien om psykofarmaka kan sammenlignes med insulin for diabetikere, en metafor som ofte er blitt brukt av psykiatere ved psykiske lidelser, kan være en myte, noe jeg vil komme tilbake til under litteraturgjennomgang og teoretisk rammeverk i kapittel 1 (Whitaker, 2014).

Den 24.mai hadde jeg et svært interessant møte ved Kronstad DPS i Bergen med psykolog og prosjektleder for medikamentfrie behandlingsforløp Leif Arvid Øvernes, erfaringskonsulent Anne Blindheim, etnolog og stipendiat for kvalitativt forskningsprosjekt Christine Ødegaard, lege og stipendiat for kvantitativt forskningsprosjekt Maria Strømme og spesialergoterapeut og prosjektleder for IMR prosjektet Margrethe Lillegaard.

Kronstad DPS har allerede flere studier på gang som det kan være interessant å være en del av. De er åpne for et samarbeid, og vil være med å designe på en måte som hjelper begge parter. Målet mitt med undersøkelsen blir å jobbe på best mulig måte slik at mine erfaringer kan bli en inspirasjonskilde til at også helseforetaket i Midt Norge vil være med på å gi psykosepasienter i Trøndelag samme mulighet til medikamentfri behandling som de har i Bergen. Jeg vil i kapittel 1 og 2 beskrive de nasjonale retningslinjer som denne DPS'n, og totalt 6 DPS i helse Vest jobber etter. De legger seg tett opp mot Helsedirektoratet sine anbefalinger, og er i tråd med recovery tenkningen når det gjelder behandling for psykosepasienter.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Den 17.januar 2019 var jeg deltaker på workshop «Trenger vi kunnskap om nedtrapping av psykofarmaka? Hvis ja, hvilken kunnskap, for hvem?» ved høgskolen i Innlandet. Ved UNN (universitetssykehuset Nord-Norge-Tromsø) kan de også tilby medikamentfrie forløp for psykosepasienter. Psykiater og overlege Magnus Hald er godt involvert i dette prosjektet. Her er noen erfaringer med nedtrapping av psykofarmaka fra deres «medikamentfri» behandlingsenhet. Magnus Hald sier at pasientenes behov skal være førende for utforming av tilbudene. **Brukerkompetanse og fagkompetanse skal være likeverdig**, men man kan allikevel være uenige, å ha ulike perspektiver. Det siste er ikke enkelt for en organisasjon å ta innover seg. Mange ser ikke på dette som likeverdig. Han mener det er viktig å tenke på kunnskap som komplementær enn hierarkisk. Pasienter og ansatte i det medikamentfrie tilbudet må ha tro på at dette skal være mulig, hvis ikke kan man ikke jobbe med dette tilbudet. I forskningen bør man være mere medikamentorientert enn sykdomsorientert mener han. Han sier det mangler planer på dette (Arneberg, 2019).

Jeg vil rette en stor takk til prosjektleder Leif Arvid Øvernes i pilotprosjektet medikamentfrie behandlingsforløp for psykosepasienter i Bergen. Uten hans interesse, bistand og engasjement så har ikke denne studien funnet sted. Å bli tatt imot med åpne armer i Bergen har vært helt fantastisk, og helt avgjørende for et godt grunnlag. Jeg vil også få rekke en stor takk til stipendiat Christine Henriksen Ødegaard som selv holder på med en doktorgrad innen medikamentfrie behandlingsforløp for gode innspill, og mang en god diskusjon. Uten ditt forarbeid så har heller ikke denne studien funnet sted. Jeg har lært mye av din kunnskap. Og en stor takk til erfaringskonsulent Anne Blindheim som har ansvaret for brukerundersøkelsen i pilotprosjektet med egenerfaring, og unik kunnskap, til det beste for pilotprosjektet i sin helhet (Blindheim, 2018). Din innsikt og forståelse har gitt meg mye ny god kunnskap.

Jeg vil også få takke Elisabeth C.Klæbo Reitan psykologspesialist ved UNN som er koordinator for forskningsnettverket medikamentfri behandling. Takk for invitasjon til workshop både i Tromsø og ved høgskolen Innlandet, to meget interessante og innholdsrike dager med mye ny kunnskap og interessante forelesere.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Jeg vil også få rette en stor takk til min veileder Marit By Rise for konstruktive tilbakemeldinger, og verdifull kunnskap gjennom hele studiet.

Og sist, men ikke minst en stor takk til familien som har støttet meg hele veien. Uten deres støtte og oppmuntring så har ikke dette vært gjennomførbart.

Mari-Ann Holthe Bidtnes

Stjørdal, 02.09.19



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
Abstract	8
1.0 Introduksjon	9
1.1 Avklaring av begreper	9
1.1.1 Psykiske lidelser	9
1.1.2 Psykose	10
1.2 Bakgrunn for valg av tema	12
1.3 Recovery som begrep	12
1.4 Utviklingen til medikamentfri behandling for psykosepasienter	16
1.4.1 Psykofarmaka	16
1.4.2 Hva sier forskningen om psykofarmaka på kort og lang sikt? ...	17
1.4.3 Hva er medikamentfri behandling i Helse Vest	21
1.4.4 Hvilke behandlingstiltak beskrives som viktige?	24
1.5 Hva som ellers er viktig?	28
1.6 Hva er det vi ikke vet?	32
1.7 Problemstilling	32
2.0 Metode	32
2.1 Pilotprosjektet i Bergen	32
2.2 Innholdet i tilbudet	33
2.3 Valg av metode og forskningsdesign	34
2.4 Utvalg	34
2.5 Datainnsamling	35
2.6 Dataanalyse	35
2.6.1 Kodebok behandlingstiltak	36
2.6.2 Kodebok medikamentell behandling	37
2.6.3 Kodebok brukermedvirkning	37
2.7 Systematisering og dataanalyse av behandlingsplanene	38
2.8 Etske problemstillinger	39



3.0 Resultater	40
3.1 Beskrivelse av datamaterialet	40
3.2 Hvor mange av deltakerne har dokumenterte behandlingsplaner, individuell planer, nedtrappingsplaner og kriseplaner?	41
3.3 Hvilke behandlingstilbud er beskrevet i behandlingsplanene?	41
3.4 Hvor mange deltakere har flere tilbud beskrevet i behandlingsplanene?	42
3.5 Hvor mye bruk av antipsykotisk medisin er beskrevet?	43
3.6 I hvilken grad har pasientene medvirket i behandlingsplanene?	44
4.0 Diskusjon	45
4.1 Diskusjon av metode	45
4.2 Diskusjon av resultater	47
4.2.1 Drøfting av funn. Antall planer	47
4.2.2 Drøfting av funn. Ulike behandlingstilbud	51
4.2.3 Drøfting av funn. Antall tilbud	57
4.2.4 Drøfting av funn. Bruk av antipsykotika	58
4.2.5 Drøfting av funn. Antall av brukermedvirkning	60
5.0 Oppsummering og konklusjon	61
Referanser	64
Vedlegg nr.1	69



Sammendrag

Bakgrunn: Medikamentfri behandling har vært etterspurt i mange år fordi mange opplever at medisiner gjør vondt verre. I denne masteroppgaven vil jeg legge særlig vekt på planene i den medikamentfrie behandlingen for psykosepasienter.

Hensikt og problemstilling: Da vi vet at planer er nødvendig for gjennomføringen av et prosjekt blir det viktig å finne ut hvilke planer som finnes i pilotprosjektet medikamentfri behandling for psykosepasienter ved en DPS i Helse Vest, og hva de inneholder. Blir behandlingen gjennomført etter intensjonene?

Metode: Dette er en kvantitativ kartleggingsstudie som har undersøkt journalene til 36 pasienter med psykoselidelse som deltok på medikamentfri behandlingsforløp.

Resultater: 31 av 36 deltakere hadde behandlingsplaner, og 22 av 36 deltakere hadde kriseplaner. Nedtrappingsplaner og individuell plan var en del av behandlingsplanen. Majoriteten av deltakerne benyttet seg av 4 behandlingstiltak hver, men det varierte fra 1-9 behandlingstiltak hver. Alle unntatt en benyttet seg av behandlingstiltak «Samtale». I dette inngår flere ulike typer samtaleterapi og støttesamtaler. Behandlingstiltak «Aktivering» ble benyttet av under halvparten av deltakerne. Denne undersøkelsen scorer lavt på brukervedvirkning noe som ikke samsvarer med intensjonen. Antall deltakere som ikke brukte antipsykotika er 15 stk., og det var 6 stk. som brukte antipsykotika fast, og 6 stk. som var på nedtrapping. 9 stk. hadde ikke dette dokumentert i planene.

Diskusjon: For at resultatet av behandlingen skal bli så godt som mulig kreves gode planer, dvs. planer med et varierte behandlingstiltak tilpasset hver enkelt deltaker. For å få til dette er samvalg noe som trekkes frem som viktig i pilotprosjektet. Samvalg er en del av brukervedvirkning. Antall behandlingstiltak i planene er også viktig, et variert tilbud vil komme deltakerne til gode. Selv om intensjon for best mulig behandling skjer ved samvalg, så scorer behandlingsplanene lavt på dette området. Dette tyder på at behandlingsplanene ikke primært er deltaker sin, men mer helsepersonell sin. Undersøkelsen viser at du ikke behøver å være medisin fri for å delta på medikamentfri behandling, men målsettingen med medisinfrie behandlingstiltak er å kunne klare seg med så lite medisiner som mulig.

Nøkkelord: psychosis, schizofrenia, Cognitive therapy, Antipsychotic drug, treatment choice, meta-analysis, mortality, medikamentfri behandling, familiesamarbeid, musikkterapi og psykisk helse, IPS og psykisk helse, fysisk aktivitet og psykisk helse.



Abstract

Background: Drug-free treatment has been in demand for many years because many people feel that medication is making the pain worse. In this master's thesis, I will pay particular attention to the plans in the drug-free treatment for psychosis patients.

Purpose and problem: Since we know that plans are necessary for the implementation of a project, it will be important to find out which plans are included in the pilot project drug-free treatment for psychosis patients at a DPS in Health West, and what they contains. Will the treatment be performed according to the intentions?

Method: This is a quantitative mapping study that has examined the records of 36 patients with psychosis disorder who participated in drug-free treatment program.

Results: 31 of 36 participants had treatment plans, and 22 of 36 participants had emergency plans. Step-down plans and individual plans were part of the treatment plan. The majority of participants used 4 treatment measures each, but this varied from 1-9 treatment measures each. All but one of them used the "Conversation" treatment. This includes several different types of call therapy and support calls. Treatment measures "Activation" were used by less than half of the participants. This survey scores low on user participation, which does not match the intention. The number of participants who did not use antipsychotics was 15, and there were 6 who used antipsychotics firmly, and 6 pcs. which was on the downscaling of antipsychotics. 9 pcs. did not have this documented in the plans.

Discussion: In order for the outcome of the treatment to be as good as possible, good plans are required, ie plans with a varied treatment approach adapted to each participant. To achieve this, co-selection is something that is highlighted as important in the pilot project. Co-selection is part of user participation. The number of treatment measures in the plans is also important, a varied offer will benefit the participants. Although the intention for the best possible treatment is by co-selection, the treatment plans score low in this area. This indicates that the treatment plans are not primarily their participant, but more their health care provider. The study shows that you do not need to be medicine-free to participate in drug-free treatment, but the goal of drug-free treatment measures is to be able to manage with as little medication as possible.

Keywords: psychosis, schizophrenia, Cognitive therapy, Antipsychotic drug, treatment choice, meta-analysis, mortality, drug-free treatment, family collaboration, music therapy and mental health, IPS and mental health, physical activity and mental health.



1.0 Introduksjon

1.1 Avklaring av begreper

I problemstillingen brukes begrepene medikamentfri behandling og psykoselidelser. Medikamentfri behandling inneholder flere ulike behandlingsformer som kan være en del av behandlingen. For å tydeliggjøre hva som ligger i begrepet psykoselidelse utdypes begrepet psykiske lidelser og psykose grundigere.

1.1.1 Psykiske lidelser

Forskning viser at pasienter med psykiske lidelser har en gjennomsnittlig levealder mellom 10-30 år kortere sammenlignet med de som ikke har psykiske lidelser (Nome & Holsten, 2012). Det meste skyldes somatisk sykdom som kommer over tid av ulike årsaker (Nome & Holsten, 2012).

Hva er psykiske lidelser? Ifølge Folkehelseinstituttet må bestemte diagnostiske kriterier være oppfylt for at det kan kalles for psykiske lidelser. Helst skal det gjøres en grundig utredning gjennom et klinisk strukturert intervju for så sikkert som mulig avgjøre om de forskjellige diagnosekriteriene er oppfylt, noe som kan være vanskelig å få til i en akutt situasjon. Psykiske lidelser er som regel mer belastende enn psykiske plager. De påvirker ofte tanker, følelser, atferd og væremåte mer enn ved psykiske plager. Kan ofte medføre redusert livskvalitet og gå utover fungering i hverdagen (Folkehelseinstituttet, 2015).

Folkehelseinstituttet (2018) har i sin folkehelse rapport tatt for seg forekomsten av psykiske lidelser hos voksne, utvikling over tid, risikofaktorer og konsekvenser. Den viser at mellom en av seks og en av fire vil ha en psykisk lidelse i løpet av et år. Den viser også at psykiske lidelser og ruslidelser opptrer ofte samtidig. Det finnes lite kunnskap om enkeltårsakene, men både genetiske og miljømessige faktorer kan øke risikoen for å utvikle psykiske lidelser. Om lag 15 prosent vil få en angstlidelse i løpet av et år og om lag én av ti vil få en depressiv lidelse i løpet av et år. Og mellom 1–3.5 prosent vil få en psykoselidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2018).



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Mål på livstidsforekomst har vist seg å være forholdsvis usikre fordi folk har begrenset hukommelse for psykiske symptomer, noe som fører til underrapportering av lidelser tilbake i tid.

I Osloundersøkelsen fra 1994 til 1997 ble det beregnet at 11,9 prosent av befolkningen ville få to psykiske lidelser i løpet av livet, mens 14,9 prosent ville få tre eller flere (Folkehelseinstituttet, 2018).

I løpet av en tolv måneders periode vil nesten halvparten av de som har en psykisk lidelse, også ha en eller flere andre psykiske lidelser. Dette viser tall fra en tysk studie (Jacobi, 2015)

Det er vanskelig å måle forekomsten av psykiske lidelser fordi mange med psykiske lidelser ikke oppsøker hjelpeapparatet. En indikasjon på forekomsten av psykiske lidelser nasjonalt får vi ved å se på sykefraværet fra 2000 til 2011. Fravær pga. lettere psykiske lidelser økte 145 % og fravær pga. psykiske lidelser totalt økte 20 %. Dette er store tall, og enda mer skremmende er det å lese at bruken av antidepressiva øker mest blant unge (Folkehelseinstituttet, 2015). 300000 stk. nordmenn bruker antidepressiva i dag viser statistikk fra reseptregisteret. De unge i alderen 15-24 år øker mest med 25% de siste 13 årene (Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet (www.reseptregisteret.no), 2018).

Bøe og Thomassen (2017) sier hvilken kunnskap vi har om psykiske lidelser vil avgjøre hvilket perspektiv vi forstår psykiske lidelser ut ifra (Bøe & Thomassen, 2017). Begrepet psykiatri benevner den spesialiteten innenfor den medisinske modellen/perspektivet som gjelder psykiske lidelser. Innenfor begrepet finnes alt fra enkle fobier til lettere depresjons -og angstlidelser, til større og tyngre tilstander som en psykose kan være. Hvilket perspektiv vi har på psykiske lidelser vil være med på å forme hvordan det psykiske helsearbeidet blir gjennomført (Bøe & Thomassen, 2017).

1.1.2 Psykose

Hva er en psykose? Skårderud (2016) beskriver psykose som en realitetsbrist, endring av tanker, følelser og adferd som er åpenbar for de som kjenner pasienten (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2016). Den fører til kognitiv svikt (Skårderud et al., 2016). Det å få en psykose er noe som kan ramme alle mennesker. Nå strides de lærde om utløsende årsaker, som regel kan



det skyldes flere utløsende faktorer som negativt stress over tid, for lite søvn over tid, somatisk sykdom, dehydrering, infeksjoner, rusmidler, immunologi mm. Den dominerende årsaksmodellen som er beskrevet, er stress – sårbarhets-modellen. Den forutsetter at årsakene til sykdomsutbrudd som schizofreni er mangfoldige (Lossius, 2015). På en annen side har vi den medisinske forståelsen. Schizofreni er den diagnosen mange får etter en psykose. Kriteriene for diagnosen er at hvis minst to av følgende symptomer har vært tilstede i minst en måned (noe som en ser kan være vel kort tid hos de med rusutløste psykoser) som vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisert tale, grov desorganisert adferd, flat affekt, fattig språk og apati (Skårderud et al., 2016).

I fagmiljøene har den dominerende forklaringsmodellen lenge forstått psykose som en arvelig defekt, eller hjernesykdom som fører til vrangforestillinger og hallusinasjoner. Det forklares med at man arver en biologisk sårbarhet som medfører funksjonssvikt i de limbiske strukturer i hjernen (Fløvig, 2017). MR og genprøver har enda ikke i dag funnet genene som disponerer for psykiske lidelser skriver blant annet Roar Fosse, forsker og psykologspesialist i Vestre Viken helseforetak (Thyness, 2013). I Bergen foregår det flere prosjekter hvor de forsøker å løse denne gåten. De har funnet ut at nyere forskning tyder på at betennelsesfaktorer og økt aktivitet i immunforsvaret kan ha betydning ved psykoselidelse (Kroken, 2018).

Psykose kan oppstå ved flere psykiske lidelser, og ved ytre påkjenninger som for eksempel ved rusbruk. Personer med psykose kan høre stemmer, eller ha sanseopplevelser som andre ikke opplever. Noen kjenner seg forfulgt, noen har tankekaos, vrangforestillinger eller uforklarlige forestillinger. De har mye angst og frykt. Psykose blir ofte sett på som en forvirringstilstand hvor personen på mange måter mister kontakten med virkeligheten slik vi andre opplever den (Røssberg & Andreassen, 2013). I boken til Thyness, Rydheim og Kristiansen (2013) kaller de det «Drøm i våken tilstand». Dette er en god bok som beskriver psykosefenomenet fra innsiden (Thyness, Rydheim, & Kristiansen, 2013). En bok alle som jobber med psykisk helsearbeid og psykoser burde lese. Det er trist å lese i hvor stor grad pasientene opplever at måten de er blitt møtt på av de som skal behandle dem, har gjort ting verre (Thyness, et al., 2013). I en kronikk i Aftenposten den 27.februar 2018 skriver Jan Ivar Røssberg og Ole A. Andreassen, begge professorer og overleger ved UiO: «Det er ingen av de psykiske lidelsene det er knyttet så



mange myter til som schizofreni. Det er riktig at schizofreni ofte er forbundet med et langvarig sykdomsforløp, plagsomme symptomer og nedsatt funksjon. Men schizofreni dreier seg ikke om å ha flere personligheter, være farlig for andre mennesker eller måtte tilbringe resten av livet på sykehus» og «det er ikke sant at en person som har fått diagnosen schizofren aldri kan bli frisk. Det er heller ikke slik at man nødvendigvis må bruke medisiner resten av livet. Schizofreni er som for de fleste andre lidelser og sykdommer, og ingen er beskyttet mot å bli rammet» (Røssberg & Andreassen, 2013). Stabilitet og forutsigbarhet er viktig for denne gruppen. Med riktig behandling får de fleste det mye bedre, og mange blir helt bra (Røssberg & Andreassen, 2013).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Medikamentfri behandling har vært etterspurt i mange år fordi mange opplever at medisiner gjør vondt verre. I denne masteroppgaven vil jeg legge særlig vekt på planene i den medikamentfrie behandlingen for psykosepasienter. I dag vet vi for lite om praksis innfrir intensjonene i medikamentfri behandlingstilbud for psykosepasienter. Intensjoner er en ting, men realiteten kan være noe helt annet.

1.3 Recovery som begrep

For å forstå hvorfor medikamentfri behandling og gode planer er viktige i behandlingen av psykosepasienter blir det nødvendig å se på hvordan recovery tankegangen er blitt til. Recovery som begrep har gradvis utviklet seg innen psykisk helse -og rusfeltet i Norge de siste 20 årene (Karlsson & Borg, 2017). Internasjonalt har Recovery en betydelig lengre historie. Starten var i USA på 1960-tallet hvor man var opptatt av innbyggernes rettigheter og plikter som samfunnsborgere -og ikke som pasienter eller brukere. Senere har Recovery forflyttet seg via Australia, New Zealand og Storbritannia til Norden og Norge. (Karlsson & Borg, 2017).

Ekeland (2011) viser til at psykisk helsefeltet historisk sett ikke har tatt på alvor personens subjektive erfaringsbaserte kunnskap. Det har vært fagpersoners objektive forståelse av personen og dennes helsevansker som har preget tilbudet om hjelp (Ekeland, 2011). Pasientene var der fordi de ble kronifisert. Ny kunnskap fører til ny praksis. Det blir viktig å definere vegen og målet. Fra monolog til dialog. Dvs. tidligere gikk pasientene fra lokalsamfunnet via sosial



ekklusjon til institusjon. Recovery tankegangen i dag er fra institusjon via sosial integrasjon til lokal samfunn (Ekeland, 2011). En pasient er et individ og medborger med individuelle beov og rettigheter som andre (normlisering) (Ekländ, 2011). Da flere og flere ønsker medikamentfri behandling er det på tide å finne behandlingstiltak som tar pasientens ønsker på alvor.

I boka «Recovery» til Karlsson & Borg (2017) stilles spørsmålet «Hva er det så å være menneske?» (Karlsson & Borg, 2017, s.70). I arbeidet med psykisk helse og rus settes det menneskelige i og på spill. Spørsmålet over rommer både «syke» og «friske» sider ved det å være mennesket. Er det ikke mulig for alle mennesker å oppleve psykisk uhelse og rusvansker?

Menneskesynet blir viktig. I Recovery bør dette menneskesynet være et holistisk menneskesyn (Karlsson & Borg, 2017). Det innebærer at psykisk uhelse og rus er menneskelige erfaringer og uttrykk som kan ramme oss alle. Det mellommenneskelige er fenomener som viser seg i relasjoner til andre mennesker og livssituasjoner. Mennesket ansees som grunnleggende sosialt, og ønsker å inngå i meningsfulle relasjoner med andre mennesker. Samarbeidet om forandring baseres i den andres opplevelser av vansker og dennes kunnskaper om hva som skal til for å skape forandring i form av hva som kan være bedring og mestring (Karlsson & Borg, 2017).

Noe av det som er viktig i recovery-prinsippet er å skape trygghet og forutsigbarhet i en som kan oppleves for deltakeren kaotisk virkelighet (Karlsson & Borg, 2017). Recovery foregår i folks hverdagsliv, og i dynamisk samspill mellom person og omgivelser. Sosiale og materielle omgivelser har stor betydning. Recovery handler like mye om hva omgivelsene og tjenestetilbud muliggjør, som personers egen innsats. Recovery innebærer prosesser for å gjenoppbygge en positiv identitetsfølelse samt følelsen av å være noe mer og noe annet enn problemene sine (Karlsson & Borg, 2017). Det handler om å ta tilbake noe av det en har mistet og har blitt fratatt, og kunne oppleve å være en fullverdig innbygger (Karlsson & Borg, 2017). Det å tilrettelegge oppfølgingen etter ønsker og behov blir viktig i recovery-prinsippet.

Hva som skal til er individuelt fra person til person som knyttes sammen med fysiske, sosiale og åndelige dimensjoner ved det å være menneske gjennom å tematisere grunnleggende eksistensielle og menneskelige spørsmål. Et helt menneske består av kropp, sjel og ånd. Forstått



slik innebærer det at alle mennesker har erfaringer, kompetanse og kunnskaper om hvordan vi kan leve med, håndtere og akseptere mangfoldet av livsutfordringer, uhelse og sosiale vansker (Karlsson & Borg, 2017).

Det er flere tilnæringsmåter i recovery sammenheng. En modell som har vist gode resultater også i medikamentfri behandling for psykosepasienter er FACT som betyr Flexible Assertive Community Treatment (Helsedirektoratet, 2015). Dette er en tilpasning av ACT-modellen. ACT står for Assertive Community Treatment, og er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet (Helsedirektoratet, 2015). På denne måten kan man følge opp de deltakerne som ikke så lett kommer seg til polikliniske avtaler på egenhånd, og være en støtte i en vanskelig periode.

ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for, blant annet integrert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig (Helsedirektoratet, 2015).

En ansvarsgruppe er sammensatt av personer som bidrar med tjenester eller annen hjelp til en pasient/bruker med behov for langvarige og sammensatte tjenester (Helsedirektoratet, 2013). Som regel består ansvarsgruppen av deltakere fra både spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, nærmeste pårørende og NAV. 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 (Helsedirektoratet, 2013).



Ansvarsgruppearbeid må skje i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, jf. helsepersonelloven § 21 (Helsepersonelloven, 1999), pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999) og forvaltningsloven § 13 (Forvaltningsloven, 1967). Nærmere informasjon om helsepersonells taushetsplikt finnes i Helsedirektoratets rundskriv Helsepersonells taushetsplikt: vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten (Helsedirektoratet, 2013).

Filosofien bak recovery er å legge til rette for at alle kan leve et tilfredsstillende liv. En grunnleggende holdning i recovery, er derfor trua på at også de med psykiske vansker kan ha en god og meningsfull hverdag. Behandler og bruker jobber som likeverdige partnere mot brukerens mål. Brukeren er ekspert på seg selv, og behandler er ekspert på det faglige, og relasjonen er basert på åpenhet og tillit. Målet er at brukeren får tilstrekkelig med kunnskap, ferdigheter, nettverk og støtte til å ta ansvar for sitt eget liv (Karlsson & Borg, 2017).

For at dette skal være mulig holder det ikke med gode intensjoner. Deltakerne trenger klare retningslinjer, og planer på hvordan ting bør gjøres (Nilsen, 2017). For å få til et gjensidig samarbeid mellom deltaker og behandler kreves gode planer for hvordan gjennomføringen av behandlingen skal foregå. Det bør stå spesifikt i planen om deltakeren har oppsøkende virksomhet som FACT, eller om deltakeren kommer selv til avtaler poliklinisk, eller om deltaker har en ansvarsgruppe og følges opp av omsorgstjenesten i kommunen. Ofte er det et samarbeid mellom flere instanser som inngår i en ansvarsgruppe. Det er nok eksempler på hvordan pasienter blir glemt, eller sendt videre uten noen form for oppfølging, annet enn medisiner som eneste form for behandling, noe som kan føre til snarlige reinnleggelser hvor problemene er blitt større og flere siden forrige innleggelse (Nilsen, 2017).

Alle pasienter har krav på en individuell plan som er et verktøy for å tilpasse tjenestene til personen (Helsedirektoratet, 2013). Ofte har man tilbud fra mange forskjellige tjenester, uten at disse samarbeider så godt. Andre ganger er det uklart hva som egentlig er målet med behandlingen (Lauveng, 2017).



En individuell plan er et verktøy som skal sikre at pasienten får helhetlige tjenestetilbud som er tilpasset akkurat sine behov. Individuell plan skal også sikre at pasienter får medvirkning og innflytelse på sitt eget helse -og omsorgstilbud, og at man jobber mot pasienten sine egne mål (Lauveng, 2017).

1.4 Utviklingen til medikamentfri behandling for psykosepasienter

Det kommer flere og flere studier internasjonalt og nasjonalt som mener at dette med medisiner ikke er det eneste riktige når det gjelder behandling av menneskets psykiske helse, også ved psykoselidelser, men heller tvert imot så viser forskningen at medisiner kan gjøre vondt verre i enkelte tilfeller (Whitaker, 2014, Bjørnstad, Davidson, Lavik, & Moltu, 2019, Bentall & Morrison, 2002, Morrison, et al., 2014, Morrison, et al., 2018, Andreou & Moritz, 2016, Seikkula, 2012, McGorry, 2018, Lauveng, et al., 2016, Dunn, et al., 2008, Reme, et al., 2016, Harrow & Jobe, 2007, Harrow & Jobe, 2013, Harrow, et al., 2017, Lincoln, Jung, Wiesjahn, Wendt, Bock, & Schlier, 2016, Bowtell, et al., 2018, Vermeulen, et al., 2016). Disse studiene er viktige for å kunne forstå brukerorganisasjonene og pasientenes ønske om medikamentfri behandling. Dette vil jeg komme tilbake til nedenfor.

1.4.1 Psykofarmaka

I 1999 oppsummerte lederen for de amerikanske helsemyndighetene David Satcher historien om vitenskapens fremskritt i en 458 siders redegjørelse under tittelen «Mental Health» (Whitaker, 2017). Han forklarte at psykiatriens moderne epoke kunne sies å ha startet i 1954. Før den tid, manglet psykiatrien behandlinger som kunne «forhindre pasienter fra å bli kronisk syke». Men så ble det antipsykotiske legemiddelet klorpromazin introdusert som det første legemiddelet som var spesifikt rettet mot psykiske lidelser lansert under navnet Thorazine i USA, og under navnet Largactil i Norge, o.a. som starten på det som ble hyllet som psykofarmakologiske revolusjon (Whitaker, 2014).

Kort tid etter fulgte legemidler mot depresjon og angst; antidepressiva og anksiolytika og som resultat av dette har vi i dag et «mangfold av behandlinger med veldokumenterte effekt mot en rekke veldefinerte psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser som kan oppstå gjennom et livsløp» skrev Satcher (Whitaker, 2014 s.24). Introduksjonen av Prozac (fluoksetin,



markedsført som Fontex og Fluoxetin i Norge o.a.) og andre «annengenerasjons» psykiatriske medikamenter ble «fremskyndet av fremskritt i både nevrovitenskapene og molekylærbiologien» og representerte nok et sprang fremover i behandlingen av psykiske lidelser (Whitaker, 2014).

1.4.2 Hva sier forskningen om psykofarmaka på kort og lang sikt?

Professor ved Psykologisk institutt UiO Jon T. Monsen og privatpraktiserende psykolog Jon Lund Hansen har intervjuet Robert Whitaker i Tidsskrift for Norsk psykologforening.

Whitaker er en anerkjent amerikansk forskningsjournalist og forfatter av boken "Anatomy of an Epidemic. Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America"

Boken kom ut med norsk oversettelse på Abstrakt forlag i 2014 og heter «En psykiatrisk epidemi». Whitaker har gått igjennom et svært stort antall publiserte og fagfellevurderte forskningsartikler som blant annet tar opp hvordan psykofarmaka bruk virker på kort og lang sikt. Whitakers bok oppsummerer hva denne forskningen viser. Denne boken ble raskt kjent for å være en «kontroversiell» bok. Kjerneanliggende i boka er å undersøke langtidsvirkningene til psykiatriske medikamenter. Det er også gjort grundige undersøkelser i tilblivelsen av boka. (Monsen, 2015)

«Denne boka er en øyeåpner. Den er rystende, samtidig som den gir innsikt i en sektor som angår oss alle. I boka beskrives en vitenskapshistorie som utfordrer psykiatrien til å revurdere sitt nåværende medikamentbaserte behandlingsparadigme» uttaler professor dr.med.Peter C.Gøtzsche ved Rigshospitalet i København (Whitaker, 2014). Han sier at det viktigste med Whitakers bok er kanskje hans overbevisende påpekning av at hvis de nyere psykiatriske legemidlene er så gode som farmasøytiske industri og psykiatere vil ha oss til å tro, så er det svært merkelig at antallet personer som mottar offentlige ytelser grunnet psykiske lidelser, og som ikke er arbeidsføre, har eksplodert i samme tidsrom som disse nye legemidlene har vært på markedet.

Forskere fra Harvard Medical School erklærte i 1994 at resultatene for schizofrenipasienter i USA hadde forverret seg i løpet av de siste to tiårene, og nå ikke var bedre enn de hadde vært for hundre år siden (Whitaker, 2014). Det andre er at Verdens helseorganisasjon (WHO) to ganger har konkluderte med at schizofrenieresultatene var mye bedre i fattige land som India



og Nigeria, enn de var i USA og andre rike land. Flere eksperter trodde dette skyldes vår sosialpolitikk og våre kulturelle verdier. De sa at familiene til de som hadde schizofreni i fattige land, var flinkere til å støtte. Selv om dette er troverdig så var det ikke en tilfredsstillende forklaring for vitenskap journalisten Robert Whitaker (Whitaker, 2014).

Whitaker (2014) gikk igjennom alle de vitenskapelige artikler som hadde med WHO sin studie om schizofrenieresultater og gjøre. Da fant han følgende oppsiktsvekkende faktum: I fattige land fikk bare 16% av pasientene kontinuerlig behandling med antipsykotika. Whitaker hadde nettopp fullført en artikkelserie om hvor uetisk det var å seponere schizofrene pasienters medikamenter, men nå hadde WHO funnet en forbindelse mellom gode resultater og det å **ikke** stå på **kontinuerlig** medisinbehandling. For å gjøre en lang historie kort var Whitaker en som trodde fullt og helt på konvensjonell viten før han la ut på denne lange intellektuelle ferden. Han var overbevist om at det psykiatriforskerne gjorde var å oppdage de biologiske årsakene til psykiske sykdommer, og at denne kunnskapen førte til en ny generasjon psykiatriske medikamenter som igjen bidro til å bringe hjernekjemien i «balanse». Disse medikamentene hadde samme funksjon som «insulin for diabetikere». Han trodde dette stemte for det hadde han blitt fortalt av psykiatere mens han skrev artikkelserien for aviser. Men så snublet han over Harvard-studien og WHO sine funn, og det ansporet hans intellektuelle søken som vokste til boken «En psykiatrisk epidemi» (Whitaker, 2014).

Whitaker er kritisk til evidensgrunnlaget i studiene som er gjort. Hvis en gjennomgår evidensbasen for antipsykotiske medisiner, består den av to deler. Blindete studier viser at når psykotiske pasienter ble randomisert til medisinering, eller ikke medisinering, så hadde de som fikk medisiner best resultater på kort sikt. Medisinene hadde positiv effekt. Videre fant forskere ut at når pasienter som var stabilisert på medisiner og som fikk denne seponert, fikk de tilbakefall i høyere grad enn de som fortsatt gikk på medisinen. Dette er evidensgrunnlaget for langtidsbruk av antipsykotiske medisiner. Det er her Whitaker mener problemet til evidensgrunnlaget kommer. For det første, når det gjelder seponeringsstudiene, kan vi gi en annen forklaring på tilbakefall enn lidelsen i seg selv. Kanskje tilbakevending av symptomer etter seponering er en effekt av seponeringen, ikke en effekt av lidelsen. Da Whitaker tok for seg langtidsstudier, pekte disse nettopp i den retning. Pasientene hadde først en negativ reaksjon på å bli tatt av medisinerne, men etter hvert ble de bedre. Og over tid hadde gruppen



av pasienter som sluttet med medisiner, bedre resultater enn gruppen som fortsatte på antipsykotiske midler. Whitaker sine funn er i tråd med hva annen forskning også sier om hva som er den beste behandlingen for psykoselidelser.

Tania Lincon et al. (2016) viser i sin studie hvor de har spurt 45 deltakere med diagnose schizophrenia spectrum disorders at antipsykotiske medisiner kan være positive på kort sikt, men skape en forverring og kronisk sykdom på lang sikt (Lincon, et al., 2016). Dette bekrefter det samme som Whitaker sine funn. Whitaker har sett på en rekke studier og gjort grundige undersøkelser for å dokumentere sine påstander.

Også en nyere norsk studie bekrefter Whitaker sine funn. Forskerne Jone Bjørnstad, Larry Davidson, Kristina Osland Lavik og Christian Moltu gjennomførte en meta-analyse av brukernes perspektiver på hvordan de opplever å bruke antipsykotisk medisin over tid (Bjørnstad et al., 2019). De så på 32 publiserte studier på området, og fant et klart skille mellom akutt- og korttidsbruk på opptil 1 år på den ene siden, og bruk over lengre tid på den andre siden. Brukerne i studiene var i stor grad positive til akutt og kortvarig bruk fordi det hjalp i en kaotisk og skremmende situasjon. Etter dette ble de gradvis mer skeptiske, og de fleste hadde negative erfaringer med å bruke antipsykotika over lange tidsperioder. Det handlet spesielt om bivirkninger som de opplevde gikk utover det sosiale livet. Basert på funnene i denne studien konkluderer de med at samtaler mellom brukere og profesjonelle om antipsykotisk medisin må inkludere systematiske evalueringer av brukernes opplevelser knyttet til bruken av antipsykotika. Brukerautonomi, brukerverdier og risikopreferanser, samt brukernes kunnskaper og kunnskapsbehov, bør bli vurdert på linje med alvorlighetsgraden av psykosesymptomene den enkelte har (Bjørnstad et al., 2019).

Planene i denne studien viser at en av hovedgrunnene til at så mange ønsker medikamentfri behandling for sine problemer er alle bivirkninger antipsykotisk medisin har. Både Bowtell, Ratheesh, & O'Donoghue, (2018) og Vermeulen og hans forsker kolleger (2017) skriver om disse bivirkningene i sine studier. De kan over tid bli så store at de går utover den psykiske delen av menneske, som de kognitive egenskapene, hukommelsen, konsentrasjon, følelser, seksuelle dysfunksjoner, apati mm. I tillegg til disse kommer fysiske bivirkninger som muskelpasmer, uro, overvekt (med de farene det medfører), balanse, diabetes, hjertesykdom

Trondheim – 09 - 2019



mfl. (Vermeulen, Rooijen, Doedens, Tricht, & Haan, 2017). Hvordan blir det da mulig å nyttiggjøre seg alle medikamentfrie behandlingsmetoder i et recovery perspektiv når en sliter med både hukommelse, kognitive egenskaper og konsentrasjonsproblemer for å nevne noe som alene kan skyldes medisineringen? (Vermeulen, et al., 2017).

Harrow & Jobe (2007) viste i sin studie «Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study» de heldige langtidsvirkningene med å være medikamentfri. Studien som pågikk i årene 1975-1983 ledet av Martin Harrow sammen med sin kollega Thomas H. Jobe ved universitetet i Illinois. Av 64 pasienter med schizofrenidiagnose var det etter to år ingen vesentlig forskjell mellom pasienter som var på medisiner, og de som ikke var på medisiner, men etter 15 år var 40% vesentlig bedre i den medikamentfrie gruppen (over 50% var i arbeid og 28% var aktivt psykotiske), mens bare 5% i den medisinererte gruppen var vesentlig bedre (64% var aktivt psykotiske) (Harrow & Jobe, Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study., 2007). Da en ser at medisiner som eneste behandling ikke gir den tilfriskningen som er ønskelig er det på tide med et annet kunnskapsgrunnlag i tjenestene hvor ikke medikamentelle behandlingsformer også inngår som en del av den helhetlige behandlingen.

En nyere studie gjort av Harrow og kolleger (2017) hvor de har fulgt pasienter med schizofreni diagnose med og uten medisiner med 6 ganger oppfølging i løpet av 20 år viser at pasienter uten medisiner hadde vesentlig bedre arbeidsfunksjon enn pasientene som brukte antipsykotika. Hos pasientene som brukte antipsykotika scoret de lavt, og de forbedret seg ikke over tid. Negative symptomer som påvirket arbeidsfunksjonen var også større hos de som brukte antipsykotika (Harrow, Jobe, Faull, & Yang, 2017).

Harrow & Jobe (2013) skriver i en artikkel at antipsykotiske medisiner blir sett på som hjørnesteiner for både kortvarig og langvarig behandling av schizofreni. Nå er det imidlertid bevist at for langvarig bruk av antipsykotika (5-10 år og mer) så er effekten av antipsykotika blandet. Det er svært lite systematiske bevis for de langsiktige fordelene med antipsykotika. Tvert imot kan mange studier fortelle at det motsatte er tilfelle (Harrow & Jobe, 2013). Dette



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

er viktig å være klar over i et recovery perspektiv da gjennomføringen av medikamentfri behandling kan bli en utfordring for mange som står på antipsykotika da de negative symptomene er størst hos denne gruppen (Harrow, et al.,2017).

En studie referert i Schizofrenia Research juli 2018 beskriver at en stor andel slutter også på medisinene, enten behandlere vil det, eller ikke. 60-70 % slutter i løpet av første året, enten fordi det ikke virker godt nok, fordi bivirkningene blir for plagsomme, eller av helt andre grunner. En del av disse går over til å prøve nye preparater, men det er også en betydelig andel som bare autoseponerer uten å si i fra (Bowtell et al., 2018).

Det mangler forskning på hvordan nedtrapping av medisiner bør foregå (Arneberg, 2019). Det er på trappene en klinisk rådgiver fra ”kollega til kollega” hvor en prosjektgruppe på 7 psykiatere fra hele landet som ledes av psykiater Jørgen Bramnes. Prosjektgruppa jobber med å utvikle et verktøy for nedtrapping av antipsykotika. Førsteutkastet skal etter planen være klart våren 2019, før det skal ut på høring i Norsk psykiatrisk forening. Rapporten vil komme med et forslag til et scoringsverktøy som vil måle bivirkninger ved bruk av antipsykotika. De er halveis i arbeidet (Arneberg, 2019).

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har kommet med en norsk utgave som heter ”Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka” Denne veilederen er opprinnelig skrevet av Will Hall og heter ”Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs” som ble publisert av The Icarus Project and Freedom Center (Erfaringskompetanse.no, 2014). Det er denne veilederen som også fagpersonell forholder seg til ved nedtrapping av psykofarmaka. Da denne veilederen ikke er ment å være medisinsk eller helsefaglig rådgivning så trengs det mere forskning på området (Erfaringskompetanse.no, 2014).

1.4.3 Hva er medikamentfri behandling i Helse Vest?

Et medikamentfritt behandlingsforløp ved en DPS i helse Vest er et recovery-basert tilbud for mennesker med psykoselidelser der målsettingen er tilfriskning, primært gjennom ikke medikamentelle metoder (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus,2018). Behandlingen



er tilpasset den enkelte bruker, og inneholder en kombinasjon av flere kunnskapsbaserte metoder. Medikamentfrie forløp kan gjennomføres uten antipsykotika, samtidig med nedtrapping, eller etter avtale om å bruke antipsykotika ved behov, for eksempel i akutte faser. Dette vil i hovedsak være voksne personer med psykoselidelse (F20-29) (Direktoratet for e-helse, 2018) som er under frivillig psykisk helsevern. Derfor vil det være svært interessant å se på hvor mange som bruker antipsykotika i medikamentfrie behandlingsforløp ved en DPS i helse Vest, hvor mange som ikke bruker antipsykotika, og hvor mange som er på nedtrapping av antipsykotika. Dette fordi den overordnede aspektet i denne behandlingsformen er å kunne klare seg helst uten antipsykotika, eller med så lite antipsykotika som mulig ved hjelp av andre former for behandling. Dette på grunn av deltakerens eget ønske, og på grunn av alle bivirkninger antipsykotika har ved lengre tids som tidligere beskrevet. Dette utelukker pasienter som mottar antipsykotika som primært behandlingstiltak. Det er også slik at alle som på et eller annet tidspunkt av en eller annen grunn ønsker å avslutte medikamentfri forløp kan gjøre dette (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

Flere og flere pasienter, og brukerorganisasjoner etterspør medikamentfri behandling også ved psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp har siden 2011 jobbet for medisinfrie tilbud (Fellesorganisasjonen, 2018). Det ble stor jubel da Helse – og omsorgsdepartementet i et brev ga de regionale helseforetakene en frist til 1. juni 2016 med å etablere medikamentfri behandling og nedtrapping av medikamentell behandling. Problemet er, og har vært at pasienten opplever at de ikke blir hørt eller tatt på alvor når de forteller om sine behov (Lauveng, 2017).

Lov om pasient -og brukerrettigheter (1999) står det i §3-1 at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999).

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten eller brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999).

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Ønsker pasient eller bruker at andre personer skal være til stede når helse- og omsorgstjenester gis, skal dette som hovedregel imøtekommes (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999).

Helse Bergen sier det er gledelig å se at studier med placebo og kognitiv terapi gir gode behandlingsresultater for denne pasientgruppen (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018). Det blir enda bedre med medikamentfrie forløp da de skiller seg fra placebogrunder av flere grunner:

- Forløpene er tufta på recovery-basert praksis og har et eksplisitt fokus på samarbeid og brukermedvirkning. Dette kan gi økt motivasjon, egeninnsats og eierskap til egen behandling.
- Forløpene bygger på pasientens egne ønsker om behandling gjennom ikke-medikamentelle metoder.
- Behandlinga har et tydelig innhold av anbefalte psykososiale behandlingstiltak.
- Forløpa er strengt tatt ikke «medikamentfrie», men er fleksible forløp som åpner for bruk av antipsykotika eller andre medikament, basert på den enkeltes behov.

Et av de viktigste målene med pilotprosjektet i Bergen er å samle erfaringer med, og å dokumentere, de medikamentfrie behandlingsforløpa. Dette er nødvendig for å forbedre tilbudet, for å forberede en bredere implementering og for å legge grunnlag for forskning (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus,2018).

Ny kunnskap og en holdningsendring må til for å kunne samarbeide på best mulig måte. Vi må spille på samme lag. Å gi medisiner som eneste behandling vil ikke løse problemet med svingdørspasienter (Mathisen, Obstfelder, Lorem, & Måseide, 2015).



1.4.4 Hvilke behandlingstiltak beskrives som viktige?

Andreou & Moritz (2016) skriver i en artikkel at innsikten fra atferdsmessig, kognitiv og sosial forskning i tillegg til samfunnsmessige påvirkninger, kombinert med misnøye med resultatene oppnådd gjennom antipsykotisk medisiner alene har bidratt til en økende forståelse av viktigheten av kognitive og psykologiske faktorer for å forstå og behandle psykotiske symptomer. Dette har ført til et stort løft i utviklingen av medikamentfrie intervensjoner (Andreou & Moritz, 2016). Til tross for lovende resultater, er det fortsatt mye kontrovers når det gjelder nytten og anvendeligheten av psykologiske intervensjoner i klinisk praksis, og det er fremdeles for lite bevis for deres virkningsmekanismer (Andreou & Moritz, 2016).

Vi vet lite om psykosebehandling uten antipsykotika fordi det er store mangler i forskningslitteraturen. En ny rapport fra Folkehelseinstituttet konkluderer med at det ikke er gjennomført kontrollerte forsøk som sammenligner psykososial behandling med og uten medikamenter for aktivt psykotiske pasienter (Folkehelseinstituttet, 2017).

Folkehelseinstituttet sier ikke her noe om studier som sammenligner effekt av psykososial behandling der ingen av deltakerne tar medisiner.

Anthony Morrison (2014) og kolleger har gjort flere studier som undersøker effekt av samtalerapi for psykoser uten bruk av medisiner, og studier der 74 personer med schizofrenispekterlidelser som takket nei til medisiner randomisert til enten kognitiv atferdsterapi (CBT), eller vanlig behandling. Resultatene viste symptomlette og økt fungering etter 18 måneder for gruppen som mottok CBT (Morrison, et al., 2014). Det er nå i den senere tid forskning som viser at kognitiv adferdsterapi (CBT) fungerer like godt, og bedre enn antipsykotika hos de grupper som har fått placebo og CBT. De møter opp og gjennomfører i større grad behandlingen av CBT, og har bedre utbytte av den enn de som får antipsykotika og CBT (Morrison, 2018), og en eldre case-studie viser det samme (Bentall & Morrison mfl, 2002).

Metoden *åpne samtaler* er en arbeidsform utviklet av psykolog og forfatter Jaakko Seikkula (2012) og hans kolleger gjennom 25 år, og som ble introdusert for norske fagmiljøer gjennom det såkalte «nordkalott»-samarbeidet med nå avdøde professor Tom Andersen (1936-2007) har Trondheim – 09 - 2019



vist seg å være svært effektiv som en framgangsmåte særlig ved psykotiske kriser (Seikkula, 2012). Redskapet er et akutt-team bestående av fagfolk som til enhver tid er klar til å rykke ut ved psykiske kriser. Framgangsmåten er å arrangere et møte med den hjelpetrengende, og persons nærmeste i løpet av det første døgnet etter en krise er meldt. Teamet er deretter til disposisjon døgnet rundt på telefon, og er parat til å arrangere flere nettverksmøter, om nødvendig hver dag i en periode. Møtene er åpne for fri samtale hvor alle berørte oppfordres til å ytre seg. All samtale behandlerne mellom foregår i det felles plenum, og hvor personen i krise oppfordres til med sine egne ord å formulere sine synspunkter på hva som er problemet, og hva som kan tenkes å hjelpe (Skårderud, et al., 2016).

Gjennom trygghet og deltakelse i gruppe kan deltakerne få styrket selvtillit, sosial tilhørighet og nye bekjentskap gjennom det kreative arbeidet. De kan være en del av noe og det forpliktende fellesskap (Sæter, 2018). Deltakelse i gruppe er mye brukt i psykisk helsearbeid og i rusbehandling, som kan være med på å gi deltakerne mulighet til å finne flere mulige løsninger på utfordringer de står ovenfor, og hjelpe hverandre til å bedre forstå seg selv og andre. Gjennom å delta i gruppe kan deltakeren få økt innsikt i egen situasjon, økt kunnskap om sosiale utfordringer og økt forståelse og større mestringssevne i forhold til mellommenneskelige forhold (Lossius, 2015). Gruppebehandling kan dermed være en mellomstasjon til det vanlige livet og gi deltakeren en mestringsfølelse og selvtillit til livet videre. Lossius (2015) trekker også frem at i gruppebehandling er maktbalansen mellom behandler og pasient utjevnet i større grad enn i individualterapien.

Gjennom å delta i gruppesammenheng er deltakerne både givere og mottakere av sosial støtte (Kvie, 2017). Ut ifra erfaring oppleves det som at å delta i en gruppe for mange kan være svært krevende. Mennesker med psykiske lidelser og rusutfordringer kan ofte oppleve sosiale utfordringer og dårlig selvfølelse noe som også gjelder for psykosepasienter. Da blir det viktig at gruppeledere fokuserer på å skape en gruppe som oppleves trygg og ivaretagende og som utfordrer deltakerne i "riktig" tempo. Målet med gruppebehandling er ofte å motivere og skape en mestringsfølelse i fellesskap med andre som kan styrke deltakernes tro på at endring er mulig. Det kan derfor være viktig med erfarne gruppeledere som er sensitive og observante. Dersom tiltak i psykisk helsearbeid skal styrke deltakernes mestring, er det viktig å tenke på



at dette også innebærer myndiggjøring (Herheim, 2017). Det må gis makt til deltakerne slik at de får bidra med å utforme gruppetilbudet selv. Det blir spennende å se hva behandlingsplanene sier om gruppeterapi som tiltak.

Litt trening gir bedre psykisk helse. Bare 15-20 minutt trening noen få ganger i uka har stor betydning for den psykiske helsa. Faktisk like mye som piller sier Magnus Lindwall (2013) ved universitetet i Gøteborg. Forskere ved Gøteborg universitetet har nå sett på hvordan den psykiske helsa endres når personer går fra å være nesten helt passive til å mosjonere bare litt. Lindwall og hans kolleger har fulgt 3717 personer i årene 2004-2010. Det en har gjort tidligere i livet har ikke så stor betydning. Det som betyr, er hva man gjør her og nå. Nivået på treningen er heller ikke så viktig, det som er viktig er at en gjør noe nytt. Selve forandringen har stor betydning. Selv om en er opp i årene og aldri har trent før i hele livet så vil en likevel få stor effekt av å begynne med lett og enkel trening noen ganger i uken (Lindwall, Gerber, Jonsdottir, Borjesson, & Ahlberg, 2013). Hva sier behandlingsplanen om fysisk aktivitet?

Forskning viser at det å være i jobb kan bety færre innleggelser og lavere symptomtrykk (Dunn, Wewiorski, & Rogers, 2008). Det kan gi mindre angst og depresjon, økt mestring og redusert misbruk av alkohol og narkotika. En jobb fører også til bedre samhandling med behandlere og økt livskvalitet (Dunn et al., 2008). Hva sier behandlingsplanene om muligheten for å være i aktivitet som i en jobb?

Dunn et al. (2008) har sett på hvor mange med psykoselidelse som ønsker å jobbe? Nær 7 av 10 personer med psykoselidelse ønsker å jobbe, men bare 10% av dem er faktisk i jobb. I flere tiår har denne gruppa vært ekskludert fra arbeidslivet (Dunn et al., 2008). Selv om døra til arbeidsmarkedet nå står på gløtt, er faren der for at mange av dem fortsatt vil falle utenfor. Årsaken er at NAV gir for kortvarig bistand, og har for dårlig opplæring i å hjelpe alvorlige syke (Dunn et al., 2008).

I en studie av Reme et al. (2016) har de sett på effekten av individuell jobbstøtte (IPS). IPS er en tilnærming til arbeidsrehabilitering blant psykisk syke, som har vist god effekt på sysselsetting i internasjonale studier. Denne rapporten beskriver en randomisert kontrollert



studie som undersøker effekten av metodikken i Norge. Totalt 410 deltakere ble inkludert i studien og tilfeldig fordelt til to grupper: 229 fikk tilbud om IPS mens 181 fikk tilbud om en høykvalitetsversjon av ordinær oppfølging. Først og fremst dokumenteres det at IPS har effekt for mennesker med alvorlige psykiske lidelser også i norsk kontekst. Derneft dokumenteres det at effekten av IPS ikke var forskjellig mellom gruppene av moderate versus alvorlige psykiske lidelser. Til slutt dokumenteres det positive effekter av IPS på helse og livskvalitet som aldri har vært vist på tvers av så mange indikatorer i tidligere studier (Reme, et al., 2016). Finnes denne aktiviteten beskrevet i behandlingsplanene for psykosepasienter ved en DPS i helse Vest?

Forskning viser at musikkterapi har effekt innenfor flere diagnosegrupper og problemområder, men viser seg spesielt virkningsfullt i forhold til denne gruppen deltakere (Gold, Solli, Krüger, & Lie, 2009). Musikkterapi som en del av den medikamentfrie behandlingen er svært virkningsfull. Ved hjelp av musikken får de muligheter til å regulere følelser, det er en lystbetont aktivitet som fremmer terapimotivasjon, gjennom musikken blir kommunikasjon -og relasjonsproblematikk enklere for denne gruppen, noe som gjør at de klarer seg bedre under nedtrapping av medisiner, og bør derfor være et tilbud for så mange som mulig i det medikamentfrie behandlingsforløpet (Gold et al., 2009). Ved å arbeide med å koble på og integrere deltakerne sosialt gjennom deltakelse i denne gruppen er i tråd med recovery-orientering innen psykisk helsevern (Solli og Rolvsjord, 2008). Forfatterne argumenterer for at samspillet gir deltakerne muligheten til å trene på relasjonelle og kommunikasjons ferdigheter.

I 2013 fikk musikkterapi en sterk anbefaling i Helsedirektoratets Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helse Vest legger seg tett opp til de anbefalinger som er gitt av Helsedirektoratet, og tilbyr musikkterapi som et av områdene i medikamentfrie behandlingsforløp for psykosepasienter til alle som ønsker dette (Helsedirektoratet, 2013). Hva sier behandlingsplanene om dette tilbudet i Bergen? Og hvor mange av deltakerne får denne formen for terapi?



En nylig RCT studie av moderne psykosebehandling med eller uten antipsykotika konkluderer med at psykososial behandling ser ut til å være viktigere enn medisiner for denne gruppa (McGorry, et al.,2018). Hvor mange mottar dette tilbudet i det medikamentfrie behandlingsforløpet?

1.5 Hva som ellers er viktig?

Brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet i Norge ble for alvor satt på dagsordenen på 1990-tallet (Helsedirektoratet, 2013). Det hadde etter hvert vokst fram en begynnende forståelse for at helsetjenestene 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 (Helsedirektoratet, 2013).

Brukermedvirkning fikk et nytt gjennomslag med opptrappingsplanen for psykisk helse (Sosial -og helsedepartementet, 1999), 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 ettertid er innføringen av brukermedvirkning blitt omtalt som et paradigmeskifte innen psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2013).

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 (Helsedirektoratet, 2013). 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 mestringssentre skal også ivareta opplæring av pasienter og pårørende (Helsedirektoratet, 2013).

Det er ikke enkelt å gjøre brukermedvirkning til en praktisk realitet (Landsforeningen av pårørende innen psykiatri, 2007). 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 (Deegan & Drake, 2006). 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 (Helsedirektoratet, 2013).

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 (Helseforetaksloven, 2001).

I en kvalitativ analyse av rapporter fra Bruker Spør Bruker undersøkelser i psykisk helse -og sosialtjeneste fant Rise med kolleger (2013) ti kjennetegn på en god psykisk helse -og sosialtjeneste. To kjennetegn derimot ble beskrevet som forutsetninger for de øvrige åtte kjennetegnene. De to kjennetegnene var *respekt* og *dyktige fagpersoner*. Det siste var helt avgjørende for en god tjeneste. Dette ble beskrevet som fagfolk som gir god og riktig behandling, som finner ut hvilken behandling som er best til enhver tid, og som innhenter annen kompetanse når det trengs. Det innebærer fagpersoner som inviterer til samtale, som er lette å snakke med, som lytter, og som har tid til å snakke. De verdsetter fagpersoner som ser etter signaler, forstår deres situasjon og har særlig kunnskap om hvordan kriser kan bygge seg opp, og kan dermed bidra til å forebygge (Rise, Steinsbekk, Westerlund, & Bjørgen, 2013). Dyktige fagpersoner er også til å stole på slik at de følger opp planer og avtaler som er gjort med brukeren. En dyktig fagperson opptrer støttende, og gir ros når brukeren har fått til noe, og gode råd når det er noe brukeren ikke makter (Rise, et al., 2013). De andre åtte punktene var *forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling, felles beslutninger, sosial kontakt, utviklingsmuligheter og ansvarsfrihet* (Rise, et al., 2013). Selv om individuell plan har vært en rettighet siden 1999 (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999) så viser det seg i praksis at mange ikke har en individuell plan.

I Arnhild Lauveng sin bok "*Unyttig som en rose*" beskriver hun 10 år med diagnosen schizofreni, opplevelser av psykoser, selvskading, beltelegging, medisinerer mm. (Lauveng, 2008). En bok med mange skildringer som gir en forståelse, og en følelse av hvordan hun



opplevde psykiatrien den gangen, og senere boende på sykehjem i over ti år av sitt liv. Arnhild Lauveng takker en spesiell helsearbeider som så henne, og spurte hva hun hadde lyst til å bli. Slik startet hennes nye vei. Og vi har flere eksempler på hvor enkelt personer har gjort en forskjell ved å se pasienten for den personen han eller hun er, og som tar deres historie, ønsker og problemer på alvor. Dette er relevant med tanke på **samvalg** i det medikamentfrie behandlingsforløpet i Bergen (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

Samvalg er både/og, samvalg forutsetter en god dialog der begge er enig. Det er en 3 delt prosess hvor klinisk vurdering, pasienten sin vurdering og hva sier forskningen blir avgjørende for behandlingen (Elwyn, et al., 2012). Prinsippet kommer fra shared decision-making (SDM) som er godt dokumentert internasjonalt (Elwyn, et al., 2012). I det medikamentfrie behandlingsforløpet er **samvalg** noe man ønsker å få til i recovery sammenheng. Samvalg er en del av brukermedvirkning. Det blir viktig å finne tilbud som passer for den enkelte ved å spørre deltakerne om hva de kunne tenke seg å gjøre. For at dette skal bli gjennomførbart trengs en individuell plan som dokumenterer hvilke mål deltaker og behandler er blitt enige om, slik at også andre i hjelpeapparatet vet hva som er avtalt, og hva som skal gjøres. Noe som blir svært viktig under samarbeid med ulike instanser (Lauveng, 2017). Finnes individuell plan i medikamentfri behandlingsforløp i helse Vest? Og fungerer samvalg i praksis?

I Arnhild Lauveng sin doktorgrad studie «*Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study*» kommer hun frem til at de som klarer seg best er de som blir lyttet til, har en eller annen form for aktivitet og betydning, og har et støttende nettverk rundt seg (Lauveng, Tveiten, Ekeland, & Ruud, 2016). Hun beskriver i sin doktorgrad viktigheten av å ha noe å gå til. Det er mangelfullt med tilbud i Norge for de sykeste pasientene sier Lauveng (Lauveng, et al., 2016). Lauveng (2016) sammenligner det norske og det danske systemet i sin studie, DPS kontra de danske skolene som er skoler tilpasset de med ulike psykiske problemer. Der kan de bo, gå på de fag som passer best for den enkelte og de får måltider servert på skolen (Lauveng, et al., 2016). Lauveng (2016)



finner at i Danmark har de tilbud på skolene så lenge de ønsker. De får tilpasset oppfølging så lenge det er behov. En sammenlignbar modell finnes ikke i Norge (Lauveng, et al., 2016). Denne studien er viktig med tanke på de mest alvorlige syke deltakerne med for eksempel schizofreni lidelse som trenger den tiden det tar for å kunne fungere tilfredsstillende. Tilbudet i de medikamentfrie forløpene kan bli for kortvarige for disse deltakerne, da tilbudet varer i et år.

Vår Mathisen (2015) og kolleger har gjort en studie på hvordan brukermedvirkning foregår i praksis. Feltarbeidet ble utført i tre norske distriktpsikiatriske sentre (DPS) med vekt på observasjoner av ansatte som jobbet med pasienter og intervjuer. Arbeidet med å involvere pasienter i aktiviteter relatert til egen sykdom er integrert i praksis. Funnene viser at det brukes mye tid på å motivere pasienter til å ville leve. Å få til brukermedvirkning i kombinasjon med miljøterapi skaper dilemmaer. Personalet må balansere mellom de ulike hensynene i arbeidet sitt: å motivere enkeltpasienter til å leve, og sikre at daglige rutiner og terapeutiske fellesaktiviteter gjennomføres. Slike dilemmaer gav de ansatte en følelse av utilstrekkelighet i utøvelsen av brukermedvirkning. For enten måtte de presse pasienter til å gjøre ting mot sin vilje, eller avvise individuelle ønsker om tilrettelagte tjenester for å få de daglige rutinene til å gå rundt. Det siste kan skyldes mangel på personell pga. sykdom (Mathisen, et al., 2015).

Wenche Finnanger i tidsskriftet Sykepleien forskning refererer i Sykepleien den 21.04.04 fra tilsynet gjort av landets fylkesleger som viser at ved 13 akuttpsykiatriske avdelinger og 11 distriktpsikiatriske sentra (DPS) ble konklusjonen at det ikke utarbeides individuelle planer i tilstrekkelig grad. Alle pasienter under psykisk helsevern har rett til å få utarbeidet en individuell plan. For pasienten vil den individuelle planen ha et sterkt fokus mot behandling i en behandlingsplan. Ved at deltakerne har tilfredsstillende behandlingsplaner så øker behandlingskvaliteten betraktelig (Finnanger, 2004). La oss se på hvor mange som har planer i det medikamentfrie behandlingstilbudet?



1.6 Hva er det vi ikke vet?

Min kartleggingsstudie av planene er viktig for å se om alle deltakere har dokumenterte planer registrert i journalsystemet, og for å kartlegge om praksis innfrir intensjonene i pilotprosjektet for medikamentfri behandling for psykosepasienter. Det kan stilles mange spørsmål til planene, men på grunn av tidspress ble spørsmålene avgrenset til de nedenfor som anses som viktige spørsmål å få svar på. Svarene kan kanskje være med på å sette i gang en diskusjon til det beste for deltakerne, pilotprosjektet som helhet og ved fremtidig implementering ved andre institusjoner. Forskning har som formål å beskrive stabilitet og endring. Resultatet i forskning kan brukes i forbedringsprosesser, og i den grad forskningen avdekker en svært negativ utvikling, kan den varsle om fare (Ringdal, 2007).

1.7 Problemstilling

Hensikten med denne studien var å undersøke hva som er registrert i pasientjournaler av behandlingsplaner, individuelle planer, kriseplaner og nedtrappingsplaner på hver enkelt deltaker i medikamentfri behandling for psykosepasienter, og innholdet i disse planene.

Spesifikke problemstillinger:

- **Hvor mange av deltakerne har dokumenterte behandlingsplaner, individuell planer, nedtrappingsplaner og kriseplaner?**
- **Hvilke behandlingstilbud er beskrevet i behandlingsplanene?**
- **Hvor mange deltakere har flere tilbud beskrevet i behandlingsplanene?**
- **Hvor mye bruk av antipsykotisk medisin er beskrevet i behandlingsplanene?**
- **I hvilken grad har pasientene medvirket i behandlingsplanene?**

2.0 Metode

2.1 Pilotprosjektet i Bergen

I Bergen har de siden september 2017 drevet pilotprosjektet medikamentfrie behandlingsforløp for psykosepasienter som ble avsluttet i juni 2019. Dette pilotprosjektet kom som et resultat av at regjeringen i november 2015 bestemte at alle helseforetak skal kunne tilby medikamentfri behandling for psykiske lidelser til de som ønsker dette. Helse Vest valgte å svare på oppgaven på følgende måte: «I Helse Vest skal tilbud om



medikamentfri behandling prege hele virksomheten i psykisk helsevern. Pasienter som ønsker det, skal så langt som det er forsvarlig, få tilbud om medikamentfri behandling ved sitt lokale DPS, på sykehusavdelinger, i poliklinikker og på sengeposter» (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

2.2 Innholdet i tilbudet

I helse Bergen Haukeland universitetssykehus (2018) tilbyr de psykososial behandling som er anbefalt i nasjonal retningslinje for psykose. Behandlingsplanen lages av brukeren og behandleren, og de jobber sammen mot felles målsettinger. Ulike behandlingsformer kan være en del av behandlingen, som for eksempel:

- **Kognitiv atferdsterapi** er en samtalemetode der de undersøker sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. Samtalebehandling kan være svært nyttig for mange som opplever psykoser. Det vil kunne gi bedre selvforståelse og være en del av en tilfriskningsprosess. Kognitiv terapi kan redusere ubehag knyttet til hørselshallusinasjoner, redusere angst og depresjon (Morrison, et al., 2014).
- **Illness Management and Recovery (IMR)** er et gruppeprogram der en jobber mot egne målsettinger, og lærer å mestre vanlige utfordringer ved psykisk sykdom. Arbeid i grupper legger til rette for sosial trening og læring av andre sine erfaringer (Mueser & Gingerich, 2011).
- **Musikkterapi** tar utgangspunkt i egne interesser og ressurser. En kan jobbe individuelt eller i gruppe med ulike musikkaktiviteter. En trenger ikke å kunne spille eller synge fra før (Gold, et al., 2009).
- **Individuell jobbstøtte (IPS)** er en metode der jobbspesialister hjelper mennesker med psykiske helseproblem med å skaffe og holde på vanlig, lønna arbeid. Metoden bygger på ideen om at alle kan jobbe dersom en finner rett type jobb og arbeidsmiljø (Reme, et al., 2016).
- **Familiesamarbeid** fremmer god kommunikasjon, og bidrar til at pårørende får en breiere forståelse av situasjonen og de vanskene brukeren sliter med, slik at de bedre kan støtte brukeren i behandlinga (Bressi, Manenti, Frongia, Porcellana, & Invernizzi, 2007).



- **Fysisk aktivitet** og sunne levevaner bidrar til god fysisk og psykisk helse. Fysisk aktivitet kan også være en måte for å håndtere symptomer på psykoselidelsen. Det kan gi bedre humør, motivasjon, interesse, livskvalitet, og redusere depresjon, angst og psykosesyntom (Lindwall, et al., 2013).

Noe som har vært viktig i dette behandlingsopplegget er at brukerne har eierskap til sin egen behandling, og er aktivt med i tilblivingsfasen, under selve behandlingen, og etter behandling i form av oppfølging (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

I de nasjonale retningslinjer settes det anbefalinger som helseforetakene skal jobbe etter (Helsedirektoratet, 2013). Det medikamentfrie tilbudet ved DPS' ene i Bergen legger seg tett opp til disse anbefalingene. Når det gjelder selve implementeringen så har dette vært en tidkrevende prosess sier prosjektleder. Det som trekkes frem som unikt i Bergen er ifølge prosjektleder at de har fått både ledelsen, psykiatere og behandlere til å være positive til prosjektet, og alle ser på dette som verdifull kunnskap. Det er lagt stor vekt på kvalitetssikring, og at det skal være medisinsk forsvarlig. Det er gjort et grundig forarbeid, og det blir viktig å se om praksis innfrir intensjonene. En måte å gjøre dette på er å se på hvilke planer som er registrerte i det medikamentfrie behandlingsforløpet, og hva kan planene fortelle oss? På grunn av tidspress ble det et ønske fra prosjektleder om å lage en kodebok, og gjøre dataanalyse av behandlingsplanene. Planene sier lite om erfaringene av behandlingen. Dette vil bli dokumentert i andre deler av prosjektet. Pårørendes tilbakemeldinger vil også bli dokumentert. Min studie vil undersøke om praksis, slik det er dokumentert i pasientjournaler, samsvarer med intensjonene i pilotprosjektet, og vil være en liten del av dette prosjektet, men en viktig del i forhold til kvalitetssikringen av pilotprosjektet.

2.3 Valg av metode og forskningsdesign

Dette er en kvantitativ kartleggingsstudie som har undersøkt journalene til 36 pasienter med psykoselidelse som har mottatt medikamentfrie behandlingsforløp for psykosepasienter ved en DPS i helse Vest. Selve designet på denne undersøkelsen er gjort i samarbeid med prosjektleder. Metoden i denne studien bestod av uthenting av informasjon fra pasientjournaler.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

2.4 Utvalg

Utvalget i denne studien var datamateriale fra behandlingsplaner og kriseplaner for totalt 36 deltakere med psykoselidelser ved en DPS i helse Vest som deltok i medikamentfrie behandlingstilbud i perioden september 2017 til mars 2019. Dette var i hovedsak voksne personer med psykoselidelse (F20-29). Deltakerne var ved dagbehandling, eller gikk poliklinisk. De aller fleste deltakene i medikamentfrie forløp var under 40 år og er jevnt fordelt mellom kjønnene. 10% har samboer og 16% bor hos familien, mens hele 74% bor alene. 28% har høyere utdanning, 30% er ferdig med videregående og 39% har bare grunnskole. Pasientgruppen inkluderer både de i arbeid (9%), utdanning (21%), AAP (22%) og uføretrygd (27%).

2.5 Datainnsamling

Journalene til de 36 deltakerne ble gjennomgått av en prosjektmedarbeider i det overordnede prosjektet, og datamaterialet ble hentet ut og anonymisert. Sammen med datamaterialet fikk jeg en overordnet anonymisert beskrivelse av de deltakerne datamaterialet er knyttet til. Planene hadde overskriften Behandlingsplan og Kriseplan. På grunn av tidspress ble det bestemt at prosjektleder laget kodebok og gjorde dataanalyse av behandlingsplanene. Det sto skrevet et fiktivt pasientnummer øverst i venstre hjørne på hver plan. Jeg sorterte all informasjon i planene, og registrerte empirien inn i Excel regneark system. All informasjon jeg registrerte fra planene ble lagret internt på helse Vest sin kvalitetsserver.

Pasientnummer gjorde det mulig å kunne sortere de ulike behandlingsformene, og tiltakene på hver deltaker. Så ble sorteringsnummer kolonne laget, dette for å kunne sortere på alle variabler som en ville vite noe mere om. For eksempel kunne man sortere på behandlingsformen samtalerapi, og se på hvor mange som fikk dette, eller musikkterapi. På denne måten ble det mulig å se på alle kombinasjoner en ville vite noe mere om. Dette ble gjort i samarbeid med prosjektleder.

2.6 Dataanalyse.

I samarbeid med prosjektleder ble koding av datamaterialet gjennomført. I denne studien ble det særlig interessant å se på hvilke behandlingstiltak som finnes i det medikamentfrie behandlingsforløpet, og fordelingen blant deltakerne på de ulike tiltak.



Det ble også interessant å se på hvor mange som faktisk bruker medikamenter i medikamentfri behandlingsforløpet kontra hvor mange som er medikamentfrie. Intensjonene i pilotprosjektet er å bruke så lite medisiner som mulig. Forskning viser at negative symptomer hos de som bruker antipsykotika påvirker den daglige arbeidsfunksjonen mere enn hos de som ikke bruker antipsykotika (Harrow, et al., 2017). Dette kan også påvirke gjennomføringen av ulike aktiviteter, og være med på å forklare hvorfor noen takker nei til ulike tilbud.

Forskning viser at brukermedvirkning i recovery sammenheng er viktig for å få til best mulig tilfriskning (Lauveng, 2017, Lincoln, et al., 2016, Bjørnstad, et al., 2019, Elwyn, et al., 2012). Derfor vil det bli veldig interessant å se på graden av brukermedvirkning i det medikamentfrie behandlingstilbudet for psykosepasienter.

2.6.1 Kodebok behandlingstiltak

Behandlings tiltak er hva som gjøres som en del av behandlingen. Dette inkluderer også samarbeidspartnere og primærhelsetjenesten. For at det skal være mulig å analysere dataene må de først kategoriseres. En kategorisering er å slå sammen flere typer variabler til en kategori som for eksempel samtaleterapi. Det gjøres også forskjell på samtaleterapi og støttesamtaler. Det siste er samtaler med behandler, eller andre for å «sjekke innom for å se hvordan det går», de er ikke nødvendigvis en del av en terapi, men en del av helheten. Derfor ble det naturlig å putte samtaleterapi og støttesamtaler i en overordnet kategori som vi kalte **Samtale**. Nedenfor viser Tabell nr.1 et utsnitt av tabellen med behandlingskategori, og overordnet behandlingstype. Denne tabellen ble sortert alfabetisk på overordnet behandlingstype som: *Aktivisering, Annet, Arbeid og studier, Familiesamarbeid, Fleksible rammer, Kurs og grupper, Medikamentoppfølging, Musikterapi, Samhandling, Samtale, Økonomi og bolig*. Tiltak status sier om de er *pågående, planlagt, mulig eller avsluttet*.



Analyse av tiltak i behandlingsplanene

Tiltak	Tiltak status (pågående, planlagt, mulig, avsluttet)	Behandlings-kategori	Overordnet behandlingstype
Støttekontakt	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Hverdagsaktiviteter	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Tur med støttekontakt	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Aktivitet med boteamet	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Mestring i hverdagen med meningsfylte aktiviteter.	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Grønn resept	pågående	Aktiviteter	Aktivisering
Trening/fysio/klatring	pågående	Fysisk aktivitet	Aktivisering
Røde kors klatring	Mulig	Fysisk aktivitet	Aktivisering
Psykiatriliansen innebandy	Planlagt	Fysisk aktivitet	Aktivisering
Fysioterapi/ fysisk aktivitet	Planlagt	Fysisk aktivitet	Aktivisering
Trening x2/uke med fysioterapeut	pågående	Fysisk aktivitet	Aktivisering

2.6.2 Kodebok medikamentell behandling.

Medikamentell behandling ble kategorisert slik:

- **Fast:** Står på faste antipsykotika.
- **Ingen antipsykotika:** Bruker ingen faste antipsykotika.
- **Nedtrapping:** Står på antipsykotika, men trapper ned/planer om seponering.
- **Uvisst:** Ikke dokumentert i behandlingsplanen.

2.6.3 Kodebok brukermedvirkning

I hvor stor grad planen oppleves som deltakeren sin. Brukermedvirkning ble kodet etter kriteriene under, det gis ett poeng for hver av:

- **Pasientens mål er definert.** Dvs. det står spesifikke pasientens mål beskrevet i behandlingsplanen.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

- **Planen er godkjent av pasient.** Dette er beskrevet i behandlingsplanen som «pasienten har godkjent planen», eller «pasienten sier ok».
- **Dokumenterte kommentarer / vurderinger / ønsker fra pasient.** Dvs. spesifikke ønsker, kommentarer og vurderinger fra pasienten står beskrevet i tekst form som «pasienten ønsker...», «pasienten sier...», eller «pasienten vurderer situasjonen ...».
- **Språklig er planen skrevet i «jeg/vi» form.** Det fremkommer tydelig i teksten at det er pasienten som snakker.

Dvs. antall av brukermedvirkning (0-4 poeng). Jo høyere poengsum jo høyere brukermedvirkning.

2.7 Systematisering og dataanalyse av behandlingsplanene.

For å kunne jobbe videre med dataene ble det nødvendig å lage en ny tabell hvor en plukket ut det som kunne være interessant å se på ut ifra problemstillingen.

Tabell nr.2 nedenfor viser en absolutt fordeling av alle deltakere på de behandlingskategorier som nevnt over, samt *pasientnummer*, om de *har planer, brukermedvirkning, avslått tilbud, antall områder (tiltak)* og om de bruker *antipsykotika*. Den viser også at 5 stk. deltakere mangler behandlingsplan (de grå linjene).



Tabell nr.2 Absolutt fordeling av alle deltakere (N=36).

Pasient	Hår	Brukermedvirkning (0-4)	Arbeid og studier	Flexibleramme	Samtale	Samhandlingsbehandling	Medikamentell behandling	Familiesamarbeid	Kurs og gruppearbeid	Musikkterapi	Økonomi og bolig	Andre tiltak	Avslått tilbud	Antall omganger	Antipsykotika
1	1	0	1			1	1	1	1	1	1	1	1		9 Fast
2 ukeplan															
3	1	3		1	1	1			1						4 Uvisst
4	1	3		1		1		1						1	4 Nedtrapping
5	1	1	1	1		1	1	1	1			1	1	1	4 Ingen antipsyk
6	1	2	1		1	1	1				1		1		9 Fast
7	1	2				1			1						6 Ingen antipsyk
8 mangler															
11	1	2				1		1							2 Ingen antipsyk
13	1	0		1		1		1	1	1					2 Ingen antipsyk
15 ukeplan															
16 mangler															
17	1	2	1			1	1	1		1					3 Uvisst
18	1	1				1	1	1					1		4 Nedtrapping
19	1	2	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1		5 Fast
21	1	1				1			1					1	9 Ingen antipsyk
22	1	1	1			1		1		1		1			2 Ingen antipsyk
24	1	0	1		1	1	1	1				1	1		5 Fast
26 mangler															
28	1	0				1						1	1		9 Ingen antipsyk
29	1	1			1	1				1		1			4 Ingen antipsyk
30	1	1	1	1		1	1							1	4 Ingen antipsyk
31	1	1				1									4 Uvisst
32	1	1				1	1			1	1			1	1 Ingen antipsyk
33	1	2	1	1		1				1				1	4 Ingen antipsyk
34	1	3				1		1				1	1		4 Uvisst
35	1	2	1			1	1			1					4 Nedtrapping
37	1	0	1			1	1		1						4 Ingen antipsyk
38	1	2				1		1							5 Uvisst
40	1	0				1	1		1			1		1	2 Ingen antipsyk
41	1	0		1		1	1		1			1	1		4 Fast
42	1	1	1			1	1		1			1			6 Ingen antipsyk
44	1	2	1		1	1	1							1	5 Ingen antipsyk
45	1	1	1	1		1	1		1			1			5 Ingen antipsyk
46	1	2		1		1		1	1	1		1	1		7 Nedtrapping
48	1	1		1	1	1						1			4 Nedtrapping
Sum	31	1	13	11	6	31	16	14	10	15	5	13	12	8	138

2.8 Ethiske problemstillinger

Anonymisering av prosjektet er viktig. Det vil alltid være spesielle hensyn som må tas når det gjelder forskning (Forskningsetikkloven, 2017). Denne undersøkelsen er et **kvalitetssikringsprosjekt** som består av data som er samlet inn som en del av det etablerte rapporteringssystemet. Ethvert foretak har ansvar for å sørge for kvalitetssikring, innenfor de rammer som krav til personvern setter (Utne & Thelle, 2009). Det er gitt godkjenning av NSD (NSD Personvernombudet, 2018). Godkjenningen ligger som vedlegg nr.1.

Når ansatte undersøker og registrerer data som et ledd i sine daglige rutiner, kreves det ikke godkjenning fra REK. Det viktigste er at man ønsker å innhente ny kunnskap, uansett om det er definert som forskning eller kvalitetssikring. Et viktig anliggende i denne sammenhengen er formålet med virksomheten (Ruyter, 2010).



Denne undersøkelsen ble først godkjent av divisjonsledelsen i helse Vest. Pilotprosjektet skrev ut relevante planer fra journalgjennomgangen, og aidentifiserte disse før jeg fikk dem til registrering og dataanalyse. Derfor blir det vanskelig å si noe om kjønnsfordeling, aldersfordeling og hvor lang tid siden de fikk diagnosen da dette er informasjon som kan være identifiserbare.

3.0 Resultater

3.1 Beskrivelse av datamaterialet

Datamaterialet i denne studien bestod av informasjon fra pasientenes behandlingsplaner og kriseplaner. En behandlingsplan var utformet slik: Behandlingsplan med dato oppstart, tittel på hvem som hadde utarbeidet planen, og hvor den er utarbeidet på hver enkelt deltaker. Hver behandlingsplan varierte med 1-4 A4 sider med tekst. Den inneholdt hva deltaker kunne tenke seg av behandling og ikke, og om deltaker avsto ulike behandlingstyper. Og de sa noe om avsluttet og gjennomført behandling. De sa også noe om jobb/skolesituasjon, familierelasjoner, bolig, økonomi, rus, pårørendesamarbeid, om deltaker bruker medisiner, eller ikke, hvilke medisiner deltaker bruker, mm. Oppdatering av behandlingsplanene skjedde etter 3 mnd, 6 mnd, et år, kontinuerlig, eller etter behov.

En kriseplan var en plan skreddersydd for hver deltaker om hvordan man skulle forholde seg ved eventuell forverring av symptomer. Den inneholdt dato for oppstart, tittel på hvem som har utarbeidet planen og hvor den er utarbeidet. Hver kriseplan varierte med 1-4 A4 sider med tekst. Kriseplanen sa noe om hvilke varselsignaler deltaker skulle være obs på, og hvilke tiltak som skulle gjøres dersom disse varselsignalene kom. Det fantes et standard oppsett hvor deltaker kunne krysse av på 33 spørsmål. De fleste kriseplanene inneholdt tekst som behandler og deltaker hadde blitt enige om. Det var individuelle forskjeller i planene noe som er naturlig da de er laget i samvalg med deltakeren, behandleren og eventuelt andre, men enkelte ting så ut til å gå igjen i planene.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Det viste seg at individuell plan (IP) og nedtrappingsplan inngikk som en del av behandlingsplanen slik at behandlingsplanen ble den overordnende planen i dette prosjektet.

3.2 Hvor mange av deltakerne har dokumenterte behandlingsplaner, individuell planer, nedtrappingsplaner og kriseplaner?

Behandlingsplaner: Av totalt 36 deltakere hadde 31 stk., eller 86% behandlingsplan.

Kriseplaner: Av totalt 36 deltakere hadde 14 stk. kriseplan, dvs. 39%.

Individuell plan (IP): Individuell plan inngikk som en del av behandlingsplanen.

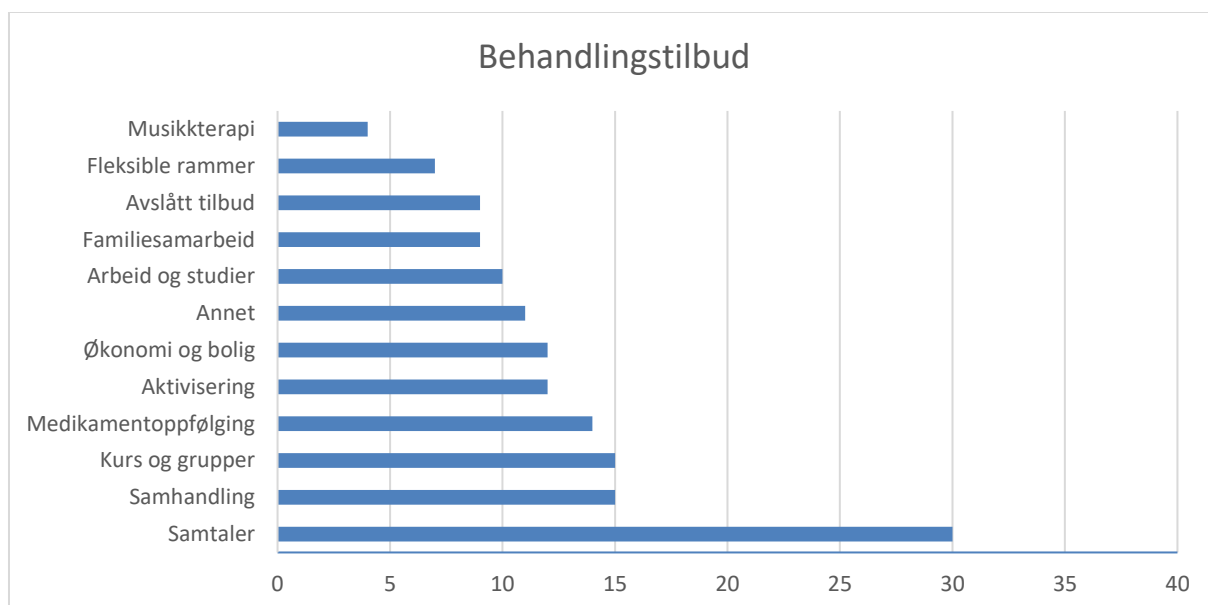
Nedtrappingsplaner: I det materialet jeg har fått tilgang til fremkommer ingen spesifikke nedtrappingsplaner, men medisineringen er ofte nevnt som en del av behandlingen i behandlingsplanen.

Tabell nr.3 Totalt antall planer. N=36

Planer	Antall
Behandlingsplaner	31
Kriseplaner	14
Individuelle planer	0
Nedtrappingsplaner	0

3.3 Hvilke behandlingstilbud er beskrevet i behandlingsplanene?

Figur 3 nedenfor viser hvor mange som har behandlingsplaner, og hvilke behandlingstilbud som er beskrevet i behandlingsplanene. Det er slik at en deltaker kan være med på flere tilbud. Dette skal vi se nærmere på i kapitel 3.4.



Figur 3 En grafisk fremstilling av alle behandlingstilbud (N=31(5stk.mangler behandlingsplan)).

Tilbudet som forekommer oftest er Samtaler 30 stk. som blir modus verdien i denne undersøkelsen, og tilbudet som forekommer minst er musikkterapi 4 stk. I gjennomsnitt har deltakerne 4,7 behandlingstilbud hver ($SD=4,6$). Dette betyr at det typiske antall tilbud per deltaker er mellom 0,1 og 9,3.

3.4 Hvor mange deltakere har flere tilbud beskrevet i behandlingsplanene?

Tabellen nedenfor viser hvor mange deltakere som har ett tilbud, hvor mange som har to tilbud, hvor mange som har tre tilbud osv. Dvs. en deltaker har avslått alle tilbud, men er registrert med behandlingsplan. En deltaker står på ett tilbud, tre deltakere står på to tilbud, to deltakere står på tre tilbud, 11 deltakere står på 4 tilbud, 7 deltakere står på 5 tilbud, 2 deltakere står på 6 tilbud, 1 deltaker står på 7 tilbud og til sist 3 deltakere står på 9 tilbud.



Tabell nr.5 Antall tilbud i behandlingsplanene (N=31(5 stk. mangler behandlingsplan))

Antall tilbud	Antall deltakere
0	1
1	1
2	3
3	2
4	11
5	7
6	2
7	1
9	3
Totalt	31

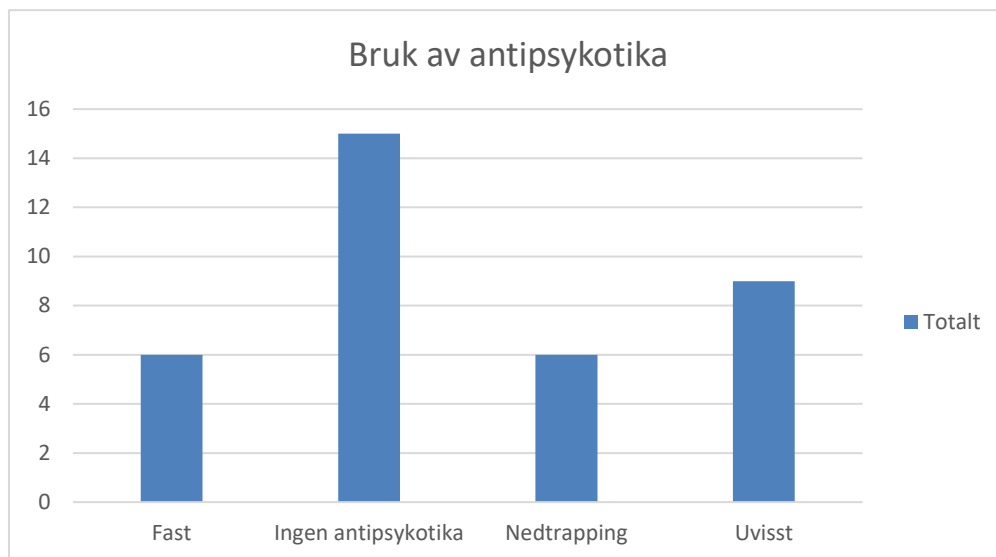
Midtpunktet i denne fordelingen = Median er 4,5 tilbud hver ser vi bort fra den ene deltakeren som har avslått alle tilbud (outlier).

3.5 Hvor mye bruk av antipsykotisk medisin er beskrevet?

I denne oversikten fremkommer alle deltakerne sitt bruk av antipsykotika. Selv om 5 deltakere mangler behandlingsplaner, så fremkommer det i annen dokumentasjon som kriseplaner bruk av antipsykotika. Figur 5 nedenfor viser 6 stk. deltakere i medikamentfrie forløp som bruker antipsykotika fast, og hvor ingen nedtrapping er planlagt. Den viser også 15 stk. deltakere som ikke bruker antipsykotika, og 6 stk. deltakere som er på nedtrapping. Og til sist viser den 9 stk. deltakere hvor bruken av antipsykotika ikke er dokumentert.



Figur 5 Stolpediagram som viser bruk av antipsykotika hos alle deltakere (N=36).



3.6 I hvilken grad har pasientene medvirket i behandlingsplanene?

Det siste som er interessant å se på i denne omgang er graden av brukermedvirkning.

Figur 6 nedenfor viser antall av brukermedvirkning (0-4 poeng) for totalt 30 deltakere. Dette fordi en av deltakerne med behandlingsplan hadde takket nei til alle tilbud (se tabell nr.5).

Resultatet viser at 7 deltakere har ingen av de fire poengene, 11 av deltakerne har ett av de fire (udefinert hvilket, men som oftest bare at planen er godkjent av deltaker), 9 av deltakerne har 2 av 4, 3 av deltakerne har 3 av 4 poeng, og ingen av deltakerne har 4 av 4 poeng.



Figur 6 Fordeling i form av stolpediagram brukermidvirkning i behandlingsplan (N=30 (en deltaker med behandlingsplan har takket nei til alle tilbud)).

Fremstillingen viser at de fleste deltakere ligger på 1 i brukermidvirkning, som betyr at planen er godkjent av pasient, men skrevet med behandleren sine ord.

4.0 Diskusjon

4.1 Diskusjon av metode

Valget av metode som er en kvantitativ kartleggingsstudie var måten å gjøre denne undersøkelsen på da det skulle være en kvalitetssikring av allerede eksisterende dokumentasjon. Det var viktig å finne ut om alle deltakerne hadde dokumenterte planer, hvilke planer, og hva de inneholdt. Resultatene er derfor et resultat av hva som var dokumentert i planene. Informasjon som ikke hadde blitt dokumentert i planene er ikke med i resultatene. Dette kan man si er en svakhet ved undersøkelsen dersom informasjon er blitt dokumentert andre steder i journalsystemet DIPS, men planer er viktige for gjennomføringen av behandlingen, så da vil en anta at den viktigste informasjonen er dokumentert i planene. Det som kan innvirke er behandleren sin mening om hva som er behandling, og hvor nøye alle områder blir dokumentert i behandlingsplanen.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Det å skulle hente ut informasjon fra hele journalen til hver enkelt deltaker ville bli en fryktelig stor jobb da pasienter kan ha journaler opp til 50 sider hver. Da det stilles strenge krav til dokumentasjon i planene ble det viktig å se på hvilken informasjon som fantes der. På denne måten kunne man avdekke om noen deltakere manglet planer for den medikamentfrie behandlingen, og se på om innholdet i planene samsvarte med intensjonene i den medikamentfrie behandlingen.

En annen metode hadde vært en blanding av kvantitativ og kvalitativ studie såkalt mix metode (Jacobsen, 2016). I tillegg til denne studien kunne man ha stilt spørsmål til behandlerne om dataene en fant. Dette ville nok ha gitt andre resultater. I min rolle som forsker fikk jeg tildelt et begrenset område i dette pilotprosjektet. Det overordnede prosjektet består av flere undersøkelser. En undersøkelse handlet om pårørendesamarbeid, det pågikk også et kvalitativt forskningsprosjekt som intervjuet både behandlere og deltakere, og et kvantitativt forskningsprosjekt for alle 6 DPS i Helse Vest i tillegg til min kartlegging av planene ved en DPS i Helse Vest. Det blir spennende å se resultatene fra alle de tre studiene som er i gang. Denne kunnskapen vil være nyttig og interessant for alle, både i Norge og utlandet som vurderer medikamentfrie behandlingsforløp for psykosepasienter.

Utvalget i denne studien besto av datamateriale fra behandlingsplaner og kriseplaner for totalt 36 deltakere med psykoselidelser ved en DPS i helse Vest som deltok i medikamentfrie behandlingstilbud i perioden september 2017 til mars 2019. Totalt er det ca.100 deltakere fra 6 DPS i Helse Vest som er med i pilotprosjektet medikamentfri behandling for psykosepasienter f.o.m. september 2017 til juni 2019. Min undersøkelse er en liten del av hele pilotprosjektet som sier noe om dokumentasjonen til 36 deltakere i pilotprosjektet i det tidsrommet jeg hadde til rådighet. En vil anta at dataene ved de andre DPS ene ikke er så forskjellig fra denne DPS en da behandlingsforløpene har en overordnet struktur som er likt for alle 6 DPS i Helse Vest som bruker journalsystemet DIPS.

Om selve datainnsamlingsprosessen har påvirket resultatene er vanskelig å si. Det at andre fra det overordnede prosjektet hentet ut dataene jeg skulle bruke ble tidsbesparende for meg. Prosjektmedarbeideren gjorde en grundig journalgjennomgang, og hentet ut alle planer den



kunne finne i journalsystemet på hver enkelt deltaker som jeg senere fikk anonymisert på bordet hos meg. Da var alle identifiserbare data tatt bort, og planene hadde fått et fiktivt pasientnummer påskrevet for hånd i øvre venstre hjørne. Det å kunne gå igjennom planene med prosjektleder og prosjektmedarbeider ble en trygghet for meg. Vi kunne sammen hente ut relevant informasjon fra planene som var interessante og nyttige for pilotprosjektet. Det var formuleringer i planene som krevde forklaringer, da var det godt å ha fagfolk på kontoret ved siden av. Det var individuelle forskjeller i planene på hvor god informasjonen var. Noen behandlere hadde vært ivrige og detaljerte i sine formuleringer, mens andre hadde brukt den mere enkle varianten, og svare ja/nei på ferdige maler. De fleste havnet et sted midt mellom disse ytterpunktene. Det viktigste var at det fremkom data som en kunne stille kritiske spørsmål til.

Mine data baserer seg på hva jeg har fått i hende. Om det ligger annen informasjon lagret i andre dokumenter, eller journalnotater, så har ikke jeg fått adgang til å gjennomgå disse.

Nå vet jeg at området musikkterapi inneholder flere deltakere enn hva som kommer frem her. Årsaken til at antallet er mindre i min undersøkelse er at behandlerne ikke spesifikt har nevnt musikkterapi i behandlingsplanen. Om dette er avglemt, eller utelatt med hensikt er vanskelig å vite. Noen behandlere nevner spesifikt musikkterapi i behandlingsplanen.

På grunn av tidspress så ble det ikke tid til å kjøre analyser på alle variabler som kan være interessante å se på. Det hadde vært et stort ønske å kjøre analyse på kriseplanene, og se på hva de kan fortelle oss. Selv om det ikke ble tid til analyse, så fikk jeg registrert dataene på kvalitetsserveren, så pilotprosjektet kan kjøre flere analyser til eget bruk.

4.2 Diskusjon av resultater

4.2.1 Drøfting av funn. Antall planer

Da vi vet at planer er viktig for gjennomføringen av behandlingen (Finnanger,2004, Nilsen,2017, Skårderud, et al., 2016, Ekeland, 2011, Nilsen, 2017, Seikkula, 2012, Helsedirektoratet, 2013, Rise, et al., 2013) er det gledelig å se at hele 31 deltakere av totalt 36 hadde *behandlingsplaner*, men det er fremdeles 5 behandlingsplaner for lite. Skårderud



(2016) skriver «En behandlingsplan med målrettede tiltak og mulighet for veiledning kan være avgjørende. Fører ikke tiltakene til målet, må en prøve å evaluere problemene på nytt og forsøke et annet tiltak. Utfordringen for personalet er å få til et godt samarbeid både med pasient og pårørende og de ulike nivåer i helsetjenesten, slik at det samlede tilbudet familien får, blir helhetlig og sammenhengende» (Skårderud, et al., s.484, 2016).

I de nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser fra Helsedirektoratet (2013) står det at skriftlig *kriseplan* bør utarbeides for å sikre at tiltak raskt blir iverksatt hvis en krise oppstår (Helsedirektoratet, 2013). «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 tvangsinnleggelses (Dahm, Leiknes, Husum, Kirkehei, Hofmann, Myrhaug, et al., 2012). 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» (Helsedirektoratet, 2013, s.120).

I praksis blir det viktig å finne ut hvorfor de 5 ikke har noen behandlingsplaner. Det blir også viktig å finne ut hvorfor 22 deltakere ikke hadde kriseplaner (beredskapsplan)?

Det er en fare for at disse deltakerne som mangler planer kan falle utenfor systemet om de ikke blir fanget opp. Om deltakerne ikke får noen hjelp om krisen oppstår kan det være kort vei til en ny akutt innleggelse (Seikkula, 2012). At så mange som 22 stk. manglet kriseplaner er verd å merke seg, da dokumentasjon på hva som bør gjøres ved forverring er viktig å oppdage så tidlig som mulig (Seikkula, 2012, Rise, et al., 2013, Svedberg, et al., 2001, Bjørnstad et al., 2019). Helst skal deltakeren, og hvis deltakeren tillater det, også pårørende ha en kriseplan liggende hjemme, så de vet hvordan de skal forholde seg om varselsignaler melder seg (Helsedirektoratet, 2013, Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018). På kriseplanen står det konkrete tiltak hvis et bestemt varselsignal skulle melde seg. Det står også



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

hvilke kontaktpersoner en skal kontakte (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

Tabell nr.2 s.34 i denne oppgaven forteller oss hvilke fiktive pasientnummer som mangler behandlingsplaner. Det er enda tid til å gå etter i journalsystemet å finne ut hvem dette er, og hvorfor de mangler planer. Det bør opprettes en lignende tabell også over alle som mangler kriseplaner. Det vil bli nødvendig å gå etter i journalene på de som mangler planer for å se hvor de er i systemet. Dette som et ledd i kvalitetssikringen og forbedring av praksis. Dette blir også viktig for den videre forskningen da det er interessant å finne hvorfor noen faller ut av medikamentfri behandlingsforløp? Kan det ha noe med at de som eventuelt får symptomforverring, og i verste fall blir akutt innlagt mangler oppfølging (kriseplaner), eller er det andre årsaker?

Nå kan det være deltakere som ikke er i spesialhelsetjenesten lengre, men som har gått videre i systemet inn i kommunal tjeneste, men allikevel bør det finnes en kriseplan, og helst en individuell plan som viser hvem som samarbeider om hva, hvem som har ansvaret, og hvem deltaker og dens pårørende kan kontakte om det skulle oppstå problemer (Helse -og omsorgstjenesteloven, 2011).

Lovverket sier at alle pasienter har krav på en *individuell plan* som er et verktøy for å tilpasse tjenestene til personen. I pasient -og brukerrettighetsloven (§2-5) står det at «Pasient og bruker med behov for langvarige og koordinerte helse -og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan» (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999).

I de faglige nasjonale retningslinjer for psykosepasienter står det «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» (Helsedirektoratet, 2013, s.120). Dette er jo helt i tråd med recovery tankegangen som er beskrevet tidligere.



Dersom en deltaker ikke ønsker en individuell plan, skal den ikke utarbeides, uavhengig av om deltakeren 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 § 2-1b (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999), gjelder uansett. Dette kan jo også være en forklaring på hvorfor det mangler planer, men allikevel bør det foretas en gjennomgang for å forsikre seg om at dette er årsaken. Pasienter som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har også rett til å få oppnevnt koordinator, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a og helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 (Helse -og omsorgstjenesteloven, 2011). Koordinator skal ikke oppnevnes uten pasientens samtykke (Helse -og omsorgstjenesteloven, 2011).

I denne undersøkelsen inngikk individuell plan som en del av behandlingsplanen. Dvs. individuell plan sto nevnt med selve ordet «individuell plan» hos 2 av 36 deltakere som ble undersøkt. Om de andre 34 deltakerne hadde individuell plan vites ikke da det ikke var dokumentert.

Lauveng (2017) sier «Det er viktig å ha en plan, men livet forandrer seg, og ofte blir ting annerledes enn det som ble planlagt. Noen ganger skjer det uforutsette ting som gjør at planene må endres. Andre ganger trenger man lengre tid, eller kortere tid, man får ikke til det man håpet på, eller man får til mer enn det planlagte. Mennesker forandrer seg også, og underveis i planarbeidet kan det dukke opp nye mål, i tillegg til de man hadde før, eller det er behov for å endre de målene man satte seg, og heller finne nye. Alle planer skal være aktive arbeidsverktøy, og skal evalueres og oppdateres jevnlig» (Lauveng, 2017, s.45).

Dokumentasjon blir mer og mer viktig (Finnanger, 2004). Viktig i selve praksis da den ene må vite hva den andre gjør. Det kan by på reel fare om de som skal overta vekten ikke finner den informasjonen som er viktig for å utføre forsvarlig helsehjelp (Finnanger, 2004). Det beste er om alt skrives ned, da kan alle impliserte finne den informasjonen som er nødvendig, og ingen beskjeder går tapt i muntlige rapporter, men dette tar tid. Det gjelder å utvikle gode



arbeidsrutiner, og et godt rapporteringssystem som mulig. Selve dokumenteringen må ikke gå ut over den tiden en heller skulle ha brukt på pasienten.

Det kan være mange måter å dokumentere på. Jeg vil tro det foregår mye dokumentasjon i journalene som ikke fremkommer i selve behandlingsplaner og kriseplaner. Selv om dette gjøres bør også en evaluering av planene skje så ofte som mulig da dette er et felles aktivt arbeidsverktøy. En effektiv måte å dokumentere på er å bruke problem/tiltak. Først oppretter man et problem (dette kan gjøres i journalsystemet i dag), så oppretter man tiltak knyttet til problemet med dato og hvem som oppretter. Deretter evalueres problemet på slutten av hver dag. Viser det seg at tiltakene ikke fungerer kan disse endres, og nye tiltak settes inn. Det viktige blir evalueringen av problemene på slutten av dagen. I tillegg er det lurt med et ukessammendrag hver fredag.

Det at ingen hadde nedtrappingsplaner vanskeliggjorde å finne dataene rundt nedtrappingen. Bruken av antipsykotika sto beskrevet innimellom masse tekst i behandlingsplanene, men hos de 5 deltakerne som manglet behandlingsplaner ble det undersøkt i kriseplanene. Det ble funnet informasjon som muliggjorde undersøkelsen om bruk av antipsykotika hos alle 36 deltakere. Dette viser hvor viktig det er med god dokumentasjon for å kunne finne igjen informasjon også i forskningssammenheng. Jeg vil anta at nedtrappingen av medisiner blir dokumentert andre steder i journalsystemet, men igjen egne nedtrappingsplaner tror jeg ville være et godt arbeidsverktøy, og skape en bedre oversikt både for deltaker, helsepersonell og nærmeste pårørende.

4.2.2 Drøfting av funn. Ulike behandlingstilbud

Et variert behandlingstilbud er viktig for å imøtekomme individuelle behov i recovery sammenheng (Karlsson & Borg, 2017).

Av totalt 31 deltakere som har behandlingsplaner, så var det **30 stk. som deltar på tilbudet Samtaler, dvs. 97%** av alle deltakere med behandlingsplan. I dette tilbudet inngår samtaleterapi (som er samtaler med terapeutisk effekt som blant annet psykoterapi, kognitiv terapi, motiverende intervju, ambivalensutforskning, rusmestring, problemløsende samtaler med mer).



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Dette er også positivt med tanke på alle deltakerne som ikke har registrerte kriseplaner. Et overordnet mål for metoden *åpne samtaler* (Seikkula, 2012) er å redusere antall innleggelses og redusere bruken av antipsykotika ved psykotiske kriser. Studier viser at dette har de lyktes med i finsk Lappland (Svedberg, Mesterton, & Cullberg, 2001).

Forskning viser at flere ulike typer av samtaleterapi har stor effekt på denne pasientgruppen (Bentall & Morrison, 2002, Morrison, et al., 2014, Morrison, et al., 2018, Svedberg, et al., 2001, Seikkula, 2012, McGorry, et al., 2018). Da er det betryggende å se at alle (unntatt en som har samtale med primærhelsetjenesten) har dette tilbudet i den overordnede kategorien **Samtaler**.

Som en oppsummering kan man si at en eller annen form for samtaleterapi er psykologisk behandling med tilfriskning som mål (Skårderud, et al., 2016). Under **Samtaler** finner man også støttesamtaler som er mer en relasjonsbygging mellom deltaker og støtteapparatet. Dette betyr at de vil bli fulgt opp ved hjelp av oppsatte avtaler, og behandler får anledning til en kontinuerlig oppfølging. Om de skulle utebli fra avtaler bør dette fanges opp av behandler og undersøkes nærmere om hvorfor vedkommende ikke møter. Om det skulle være vanskelig å komme seg fysisk til behandler så finnes det også oppsøkende team som for eksempel FACT team som kan komme hjem til deltakeren om ønskelig (Helsedirektoratet, 2015). Det blir viktig å evaluere problemene i behandlingsplanen kontinuerlig. Om et tiltak ikke fungerer så kan man prøve andre tiltak.

Det at 15 stk., 48% deltar på tilbudet Samhandling betyr at 48% har en eller annen form for samarbeid med kommunale tjenester og primærhelsetjenesten i tillegg til spesialisthelsetjenesten. I dette tilbudet inngår deltakerens kontakt med fastlegen, psykiatrisk tjeneste i kommunen, hjemmesykepleien, indirekte helsehjelp boteam, NAV ruskonsulent, LAR, ansvarsgruppe, ansvarsgruppemøter, individuell plan og henvisninger somatisk.

Som tidligere beskrevet i recovery som begrep og i forskningen er samhandling mellom tjenestene uhyre viktig for tilfriskningen (Karlsson & Borg, 2017, Lauveng, 2017, Helsedirektoratet, 2013, Skårderud, et al., 2016, Seikkula, 2012, Andreou & Moritz, 2016). Samarbeidet vil kunne føre til at deltakerne får tilrettelagt for jobb, skole, økonomi, bolig og



andre aktiviteter som er viktig (Dunn, et al., 2008, Reme, et al., 2016) og på denne måten forhåpentligvis fanges opp i tide, og unngå unødige reinnleggelser (Nilsen, 2017).

Da vi vet fra tidligere at kun 2 stk. hadde individuell plan dokumentert i behandlingsplanen, mens hele 48% (15 stk.) har en eller annen form for samarbeid med kommunale tjenester så hadde det vært ønskelig at alle disse hadde individuell plan og ansvarsgruppe dokumentert i behandlingsplanen. Det kan jo være at enkelte deltakere ikke vil ha individuell plan og ansvarsgruppe da dette er frivillig, men med tanke på kvalitetssikringen bør dette undersøkes nærmere.

I tilbudet Kurs og grupper deltar 15 stk., 48%. I dette tilbudet inngår billedterapi, mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT), stemmehøringsgruppe, helse og livsstilgruppe og IMR.

Dette er også i tråd med recovery-prinsippene beskrevet tidligere (Karlsson & Borg, 2017). Forskning viser at ulike former for gruppeterapi fungerer godt for pasienter med psykiske lidelser (Lossius, 2015, Sæter, 2018, Skårderud et al., 2016, Kvie, 2017, Herheim, et al., 2017, Helsedirektoratet, 2013). Dette tilbudet er dokumentert i behandlingsplanene for halvparten av deltakerne i medikamentfritt behandlingstilbud ved denne DPS.

I tilbudet Medikamentoppfølging deltar 14 stk., 45%. En eller annen form for medikamentoppfølging står nevnt hos 14 deltakere i medikamentfri behandlingsforløp for psykosepasienter. I dette tilbudet inngår medikamentell behandling som medisiner, nedtrapping medisin og monitorering under nedtrapping av medisiner.

Seponering av medisiner bør skje i kontrollerte former ved å følge en nedtrappingsplan. Dette fordi det vil komme nedtrappingssymptomer som kan være vanskelige og håndtere på egen hånd står det i *"Skadereuserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka"* (Erfaringskompetanse.no, 2014). Da blir det viktig med psykologisk behandling som kan hjelpe i tillegg til medisiner (Bental et al., 2002, Morrison et al., 2014, Morrison, 2018), Harrow & Jobe (2007), Robert Whitaker (2014) Skårderud, 2016, Helsedirektoratet, 2013, Karlsson & Borg, 2017, Lossius, 2015, Erfaringskompetanse.no, 2014). Det blir også viktig med kriseplaner om situasjonen skulle forverre seg betraktelig for å få hjelp så fort som mulig (Seikkula, 2012, Helsedirektoratet, 2013). Erfaringsmessig ser



man om medisinene trappes ned for fort oppstår det større problemer, enn om man trapper ned over tid. Hjernen bør få tid til å justere seg underveis (Erfaringskompetanse.no, 2014).

Deltakere som ikke blir hørt når de ønsker å trappe ned medisinen tar ofte skjeen i sin egen hånd. De starter nedtrapping, eller seponering uten oppfølging av helsepersonell (Bowtell et al., 2018, Vermeulen et al., 2016). Vi vet at det å bråseponere medisiner gjør situasjonen vondt verre, og i enkelte tilfeller være direkte farlig (Erfaringskompetanse.no, 2014).

Dette sier oss at det er svært viktig å følge med på nedtrappingen av medisiner både i praksis og i forskningssammenheng. Arneberg (2019) skriver det er for lite kunnskap om nedtrapping av psykofarmaka blant fagfolk (Arneberg, 2019). Da blir det enda viktigere med dokumentasjon om dette, og enda mere forskning på nedtrapping av antipsykotika. Det sto minimalt dokumentert om nedtrapping av medisiner i behandlingsplanene. Jeg tror man hadde hatt en bedre kontroll på nedtrappingen om egne nedtrappingsplaner hadde eksistert da dette er et så viktig område flere trenger å følge med på. Ofte er det de nærmeste pårørende som kjenner deltakeren godt som oppdager de første varselsignalene. Om deltaker da selv hadde hatt en nedtrappingsplan liggende kunne dette forklare mye av symptomendringene om det var en kort stund siden nedtrappingen, og hvilke tiltak som burde iverksettes.

Det er 12 stk., 38% som deltar på tilbudet Aktivisering. I dette tilbudet inngår støttekontakt, hverdagsaktiviteter, aktiviteter med boteamet, grønn resept, trening og fysioterapi.

Forskning som viser at aktivisering som fysisk aktivitet og lystbetont trening forbedrer den psykiske og fysiske helsen er godt dokumentert (Lindwall et al., 2013). Det er gledelig å se at nesten halvparten av deltakerne har en eller annen form for aktivisering. Det er ikke sikkert alle liker å trene, men da kan en tur med støttekontakten være et vel så godt supplement. En tur kan være en spasertur, gå på kino, teater, konserter mm. Det sosiale er like viktig i en slik sammenheng (Karlsson & Borg, 2017). Forskning viser at pasienter/brukere med psykiske lidelser har høyere risiko for å få fysiske helseproblemer (Nome & Holsten, 2012, Vermeulen, 2017, Helsedirektoratet, 2013). Da blir det ekstra viktig å ha et allsidig tilbud i praksis som kan tilpasses den enkelte ut ifra deres ståsted (Karlsson & Borg, 2017, Skårderud et al., 2016, Lauveng, 2017). Det blir også her viktig med en kontinuerlig evaluering av problemene ut ifra tiltakene. Personen er i konstant endring, omgivelsene er i endring, så om enkelte tiltak passer



for en stund, så kan det være andre tiltak som gjelder over tid i henhold til recovery-prinsippet (Karlsson & Borg, 2017, Lauveng, 2017, Helsedirektoratet, 2013).

I tilbudet Annet deltar 11 deltakere, 35%. I dette tilbudet inngår rideterapi, aktiv bruk av kriseplan, motivere for innleggelse, medarbeider med brukererfaring, informasjon om medikamenter, miljøterapi og utredning.

God informasjon om medikamentenes virkning og bivirkning etterspørres av mange. Det er ofte slik at medikamenter virker forskjellig fra person til person med ulike bivirkninger (Vermulen et al., 2016). Det er viktig at dette fanges opp så tidlig som mulig for å unngå uttalte bivirkninger som kan overstige virkningen av preparatet. Om dette skjer skal medisinen byttes til en annen medisin med forhåpentligvis mindre bivirkninger (Helsedirektoratet, 2013 s.83). Alle medisiner står beskrevet i felleskatalogen med aktuelle bivirkninger og kontraindikasjoner (LMI, 2018). Det er viktig at deltaker også gjøres kjent med denne informasjonen (Helsedirektoratet, 2013). Det er bare deltakeren selv som vet hva han eller hun kan reagere på, og som eventuelt har hatt reaksjoner tidligere som det må tas hensyn til, noe annet kan være direkte uforsvarlig (Skårderud et al., 2016).

I tilbudet Arbeid og Studier deltar 10 stk., 32%. I dette tilbudet inngår individuell jobbstøtte (IPS), NAV studier med støtte, samarbeid med skolen og PPT/OT, jobb, skole og Fontenehuset. Det sistnevnte er et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud for mennesker som har eller har hatt psykiske helseproblemer. Fontenehuset er åpent for alle. Det finnes totalt 14 fontenehus i landet (Fontenehuset,2018).

Da forskning viser at det å ha arbeid og/eller studier (Reme, et al., 2016) er svært viktig for tilfriskningen så er det svært gledelig å se at så mange som 32% hadde arbeid og/eller studier i behandlingstilbudet. I dette tallet inngår også de med individuell jobbstøtte (IPS) i regi av NAV. IPS innebærer at deltakerne får aktiv jobbhjelp parallelt med behandlingen. Modellen er designet for personer med en alvorlig psykisk lidelse. Den gir individuell hjelp til å komme ut i vanlig, lønnet arbeid i bedrifter, basert på ønskene til brukerne. De får også oppfølging av en jobbspesialist. Det er dokumentert at IPS-modellen er mer effektiv for å få folk ut i jobb enn arbeidsmarkedsbedriftens tradisjonelle tilnærming. De fleste studier viser at rundt halvparten av deltakerne kommer ut i jobb eller studier (Dunn, et al., 2008).



I tilbudet Økonomi og Bolig deltar 12 stk., 38%. I dette tilbudet inngår kartlegging av ytelser fra NAV, sosionom, arbeidsavklaringspenger (AAP), bostøtte, botreningscenteret, søkt boteam og kommunal leilighet. Dette har mye å si for praksis da dette er basale behov som kan gi store ekstra bekymringer for deltakerne, noe som kan påvirke tilfriskningen.

Tilgang til bolig er en betingelse for å kunne ha et verdig og selvstendig liv (Helsedirektoratet, 2013), 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 (Helsedirektoratet, 2013). Ifølge NOU 2011:15 Rom for alle (Helsedirektoratet, 2013), 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 (Helse -og omsorgsloven, 2011) § 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 har ulike låne- og tilskuddsordninger som skal bidra til å skaffe egnede boliger til vanskeligstilte og/eller sikre at de kan bli boende i egnet bolig (Helsedirektoratet, 2013). Dette er en viktig faktor for trygghet og stabilitet, og for raskere tilfriskning (Karlsson & Borg, 2017).

Det at under halvparten av alle deltakerne mottar dette tilbudet har nok ulike årsaker. Det er ikke sikkert at alle vil ha oppfølging, og føler de kan klare seg selv. Eller de kan bo hos nærmeste familie som partner, eller foreldre. Allikevel blir det viktig å gå igjennom for å se hvorfor så mange ikke har dette tilbudet. Det kan også være mangel i dokumentasjonen.

I tilbudet Familiesamarbeid deltar 9 stk., 29%. I dette tilbudet inngår foreldresamtale, familiesamarbeid, psykoedukasjon til familie, pårørendesamarbeid og motivere for familiesamarbeid.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Som tidligere nevnt da det ofte er de nærmeste pårørende som oppdager varselsignaler på symptomendring først, hadde det vært ønskelig med noe større deltakelse i dette tilbudet. Nå jobbes det med å få til større åpenhet om problemene på forskjellige arena (Helsedirektoratet, 2013). Sosiale medier som internett og TV sammen med ulike brukerorganisasjoner bidrar til dette. Også i skolen da psykisk helse diskuteres som et eget fag i 2020 (Halvorsen, 2018).

Ut ifra planene synes mange deltakere at dette er en privatsak, og vil helst ikke at så mange skal «belastes» med deres problemer. Taushetsplikten veier tungt i denne sammenheng (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999). Det er synd at de ser på seg selv som en belastning for andre. Jeg tror med større åpenhet blir det enklere med familiesamarbeid som vil komme deltakeren til gode.

I tilbudet Fleksible rammer deltar 7 stk, 22%. I dette tilbudet inngår brukerstyrt seng, FACT (Flexible Assertive Community Treatment) tilnærming og telefonkontakt. FACT som beskrevet tidligere kan vise til gode resultater for å hjelpe de deltakere som ikke kommer seg til polikliniske avtaler av ulike årsaker (Seikkula, 2012, Helsedirektoratet, 2013).

I tilbudet Musikk terapi deltar 4 stk., 12%. Dette er et overraskende lite tall som en kan stille spørsmålstegn ved da forskning viser at musikkterapi har god effekt på denne pasientgruppen (Solli & Rolvsjord, 2008, Gold, et al., 2009, Helsedirektoratet, 2013).

4.2.3 Drøfting av funn. Antall tilbud

Når vi ser på Tabell nr.5 s.36 så ser vi at de fleste deltakere har flere enn ett behandlingsområde. Flertallet ligger sånn midt på treet med 4 behandlingsområder hver. En vil anta at dette er noe deltakeren og behandleren er blitt enige om. Det kan jo være at deltakerne er med på flere behandlingsområder enn figuren viser, men manglende dokumentasjon på dette i behandlingsplanen vil gi utslag her. På det meste så er det 3 deltakere som er med på 9 behandlingstilbud hver. Dette forteller oss at ved denne DPS i helse Vest strekker de seg langt for å imøtekomme deltakernes sine ønsker ved å opprette tilbud som passer den enkelte.



4.2.4 Drøfting av funn. Bruk av antipsykotika

Selv om det heter medikamentfri behandlingsforløp så betyr ikke dette at deltakerne behøver å være medikamentfrie. Det er deler av behandlingen som er medikamentfri (Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus, 2018).

Strengt tatt så kan dette ha noe å si for resultatene ved de andre tilbudene da medikamenter som nevnt tidligere i forskningsdelen påvirker deltakernes evne til å gjennomføre ulike tiltak pga. av bivirkninger og negative symptomer (Bowtell, et al., 2018, Vermeulen et al., 2017, Bjørnstad, et al., 2019).

Det er mye internasjonal forskning som nevnt tidligere som viser at de med placebo og CBT har større utbytte av behandlingen enn de med medisiner og CBT (Bental et al., 2002, Morrison et al., 2014, Morrison, 2018). Forskerne Harrow & Jobe (2007) og vitenskapsjournalisten Robert Whitaker (2014) viser i sine studier til heldige langtidsvirkninger med å være medisinfrie. Harrow og forsker kolleger viser også hvordan arbeidsfunksjonen påvirkes negativt ved bruk av medisiner (Harrow et al., 2017) og at denne gruppen også har større negative symptomer som påvirker arbeidsevnen (Harrow et al., 2017). Dette er jo veldig synd da Dunn med forsker kolleger (2008) har sett på hvor mange med psykoselidelse som ønsker å jobbe? Nær 7 av 10 personer med psykoselidelse ønsker å jobbe, men bare 10% av dem er faktisk i jobb (Dunn, et al., 2008). I denne gruppa blir det svært viktig med individuell jobb støtte (IPS) som viser seg å gi gode resultater for de som ønsker å jobbe (Reme, et al., 2016). Det er enestående å se at dette er et tilbud for deltakerne i det medikamentfrie behandlingstilbudet ved denne DPS, noe som er helt i tråd med recovery-prinsippet (Karlsson & Borg, 2017).

Det med medikamenthåndtering er et viktig område i medikamentfrie behandlingstilbud da ikke alle ønsker å være medisinfrie. Dette kan jo bero på flere ting. Å merke endringer i måten å tenke på, følelsesmessig og på andre måter (Erfaringskompetanse.no, 2014) kan jo virke skremmende for mange. Da blir det viktig med åpne samtaler (Seikkula, 2012) som kan fange opp problemene når de måtte oppstå, og psykologisk behandling på ulike måter (McGorry, et al., 2018) i tråd med recovery prinsippet beskrevet tidligere, og særlig med tanke på de



uheldige langtidseffektene antipsykotisk medisin har (Whitaker, 2014, Harrow & Jobe, 2007, Harrow et al., 2017, Bowtell, et al., 2018, Vermeulen, et al.2016, Lincoln, et al., 2016, Bjørnestad, et al., 2019, Nome et al., 2012, Andreou & Moritz, 2016, Helsedirektoratet, 2013).

Figur nr.5 s.37 viser at 6 deltakere bruker antipsykotika fast. Det betyr at medikamentell behandling er spesifikt nevnt som en del av behandlingsplanen, i tillegg til psykologisk behandling. Det er også 6 deltakere som står på nedtrapping av medisiner. Flertallet i medikamentfri behandlingsforløp bruker ikke antipsykotisk medisin noe som er i tråd med pilotprosjektet sine intensjoner.

Det blir ekstra viktig med medikamentoppfølging hos de som er på nedtrapping da nedtrappingen i seg selv gir nedtrappingssymptomer som kan minne om tidligere erfarte symptomer, men i en mildere grad (Erfaringskompetanse.no, 2014). Det blir viktig at en behandler skiller disse symptomene til å ikke gjelde psykosen, men selve nedtrappingen. Dette krever god kunnskap om nedtrapping av medisiner hos behandlerne (Arneberg, 2019). Deltakerne trenger noe tid på hver nedtrapping slik at kjemien i hjernen får tid til å justere seg (Erfaringskompetanse.no, 2014, Skårderud, et al., 2016). Det som deltakerne først kan merke er at følelser sakte vender tilbake, smak og lukt blir også forsterket. Da gjelder det å kunne sortere riktig, alle tanker og følelser som melder seg, og finne måter å gjøre dette på som passer for den enkelte (Erfaringskompetanse.no, 2014). Da er det gledelig å se at hele 30 deltakere med behandlingsplaner møter til samtale med behandler. Dette er viktig for å fange opp eventuelle nedtrappingssymptomer i tide, og jobbe seg igjennom dem.

Hele 15 stk. bruker ikke antipsykotika, noe som er innenfor ønske hos deltakerne og pilotprosjektet om medikamentfritt. Også hos alle de er det viktig å følge med på, for å se hvordan de klarer seg uten medisiner. Da oppfølging av medisiner er svært viktig så hadde det vært ønskelig at alle deltakerne hadde dette dokumentert i behandlingsplanen. Det at 9 deltakere ikke har medikamentoppfølging nevnt i planene bør undersøkes nærmere (Figur 5, s.37). Kan det være at de dokumenterer oppfølgingen på en annen måte, eller er dette blitt avglemt i behandlingsplanen?



4.2.5 Drøfting av funn. Antall av brukermedvirkning

Selv om det er store forskjeller på hvor mye medvirkning pasienter ønsker å ha i ulike sammenhenger (Mathisen, et al., 2015) så skal alle ha rett til brukermedvirkning om de ønsker det (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999). Brukermedvirkning handler om menneskers autonomi, og pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder (pbrl §3-1) (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999) som mye av teorien og forskning baserer seg på i kapitel 1.

Resultatene på s.37-38 viser at her er det en del å gå på når det gjelder brukermedvirkning. Det at 7 av deltakerne har ingen av de fire poengene er 7 deltakere for mye. Det betyr at hos disse 7 deltakerne er ikke deltakeren nevnt i behandlingsplanen, det finnes ingen egne mål for deltakeren, og ingen innspill er kommet fra deltakeren i behandlingsplanen. Dette bør en undersøke nærmere. Og at de fleste av deltakerne, 11 stk. lander på 1 av 4 poeng som betyr at planen er godkjent av deltaker, men skrevet med behandleren sine ord, er også en lav score.

Dette er i strid med hva Helsedirektoratet (2013) og Arnhild Lauveng (2017) mener bør stå i en individuell plan. Hun sier «En individuell plan er personlig tilpasset den enkelte persons ønsker og behov. Det er den som eier planen sine *mål, ressurser og samlede behov for tjenester som skal være utgangspunkt for planen og for hvilke tiltak og prioriteringer planen skal inneholde*» (Lauveng, 2017, s.28).

Da behandlingsplanen er den overordnede planen i dette behandlingsforløpet burde deltakerne sine mål kommet klarere frem, noe som er viktig i recovery-prinsippet og forskningen beskrevet tidligere (Karlsson & Borg, 2017, Skårderud, et al., 2016, Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, Helse -og omsorgsloven, 1999, Helsedirektoratet, 2013, Folkehelseinstituttet, 2017;2018, Rise, et al., 2013, Elwyn, et al., 2012, Mathisen et al., 2015, Deegan & Drake, 2006, Lauveng, et al., 2017). Det kan jo være slik at intensjonene ikke er så lett å gjennomføre i praksis av ulike grunner (Mathisen, et al., 2015), men allikevel burde målene hos deltakerne være dokumentert i behandlingsplanene (Lauveng et al., 2017, Rise, et al., 2013) da en vet hvor viktig det er med gode dokumenterte planer for gjennomføringen av behandlingen (Finnanger, 2004), og for samarbeidet mellom tjenestene (Helsedirektoratet,



2013). Som tidligere beskrevet; det viktigste for deltakeren er å bli lyttet til, respektert og bli behandlet som en likeverdige (Rise, et al., 2013). Dette krever at behandleren har utviklet mengder med mellommenneskelig kompetanse. De er empatiske. De er fleksible, søker samarbeid og tilpasser seg deltakeren. Forståelsen for hva som er problemet, og planen for behandlingen blir det viktig at behandleren og deltakeren utvikler sammen. Jeg synes behandlingsplanen sier svært lite om brukermedvirkning når det som oftest gikk igjen i planene var at «behandlingsplanen er godkjent av deltakeren». Dette sier ingenting om delaktighet. Behandlingsplanen er skrevet med behandleren sine ord, og deltakeren samtykker. Det blir da vanskelig å vite hvor mye som er bestemt av behandleren, og hvor mye som er bestemt av deltakeren.

5.0 Oppsummering og konklusjon

I denne undersøkelsen blant 36 deltakere ved en DPS i helse Vest er konklusjonen at det utarbeides behandlingsplaner i tilstrekkelig grad, men ikke kriseplaner og nedtrappingsplaner. Vi vet lite og omtrent ingen ting om deltakerne har individuelle planer da disse står nevnt som et ord hos bare to deltakere. I denne undersøkelsen er nok behandlingsplanen den individuelle planen. Selv om kontaktpersoner og medisiner er nevnt i behandlingsplanen viser teori og forskning at det å ha egne kriseplaner og nedtrappingsplaner også er viktig i praksis (Helsedirektoratet, 2013, Arneberg, 2018, Arneberg, 2019, Erfaringskompetanse.no, 2014, Lauveng, 2017), særlig med tanke på å oppdage varselsignaler i tide (Seikkula, 2012). Alle pasienter under psykisk helsevern har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999, Helse -og omsorgstjenesteloven, 1999, Helseforetaksloven, 2001, Helsedirektoratet, 2013, Lauveng, 2017). I denne undersøkelsen er behandlingsplanen den overordnede planen. Dette oppfyller kravet om at en individuell plan skal ha et sterkt fokus mot behandling i en behandlingsplan, men den sier mindre om samarbeidet mellom instanser i psykisk helsevern (Karlsson & Borg, 2017, Skårderud, et al., 2016, Lossius, 2015, Bøe & Thomassen, 2017, Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999, Helse -og omsorgstjenesteloven, 2011, Helsedirektoratet, 2013, Finnanger, 2004, Lauveng, 2017, Helseforetaksloven, 2001, Nilsen, 2017, Mathisen, 2015, Seikkula, 2012, Andreou & Moritz, 2016, McGorry, et al., 2018).



Som vi ser så tilbyr medikamentfrie behandlingsforløp ved denne DPS i helse Vest et variert tilbud til sine deltakere noe som er innenfor anbefalingene både teoretisk (Karlsson & Borg, 2017, Skårderud, et al., 2016, Lossius, 2015, Bøe & Thomassen, 2017, Whitaker, 2014) og i forskningssammenheng (Bentall & Morrison, 2002, Morrison, et al., 2014, Morrison, et al., 2018, Seikkula, 2012, McGorry, 2018, Lauveng, et al., 2016, Dunn, et al., 2008, Reme, et al., 2016, Harrow & Jobe, 2007, Harrow & Jobe, 2013, Harrow, et al., 2017, Kvie, 2017, Herheim, et al., 2017, Lindwall, et al., 2013, Gold, et al., 2009). Og som legger seg tett opp til de nasjonale retningslinjene for behandling av psykosepasienter (Helsedirektoratet, 2013). Det varierte tilbudet tyder på at deltakernes ønsker er blitt tatt hensyn til. Gjennomsnittet av deltakerne er med på 4 behandlingsområder hver. Til tross for dette scores det lavt på brukermedvirkning, og 9 stk. har avslått tilbud. Der hvor pasientene uteblir, eller avslutter medikamentfrie behandlingsforløp blir det viktig å spørre hvorfor? Skyldes det dagsformen hos pasientene, eller ligger årsaken i relasjonen mellom deltaker og behandler? Som tidligere beskrevet er det ikke bare behandlingsform alene som er utslagsgivende for en vellykket behandling, men like mye samspillet mellom behandler og deltaker (Rise, et al., 2013).

Å se at 15 stk. av alle deltakere ikke bruker antipsykotika og 6 stk. av deltakerne er på nedtrapping av antipsykotika er innenfor intensjonen til pilotprosjektet. Til sammen er dette flere deltakere enn de som bruker antipsykotika fast som er 6 stk. Det at 9 stk. ikke har dette dokumentert i behandlingsplanen er bekymringsfullt. Det hadde vært en fordel med egne nedtrappingsplaner da dette er en viktig og avgjørende del av den medikamentfrie behandlingen. Som tidligere beskrevet blir det svært viktig å følge med på nedtrappingen av flere involverte som står deltakeren nærmest for å kunne fange opp nedtrappingssymptomer og andre varselsignaler så tidlig som mulig da dette kan hindre akutt reinnleggelse (Bressi, et al., 2007, Seikkula, 2012, Nilsen, et al., 2017, Arneberg, 2018, Arneberg, 2019, Vermeulen, et al., 2016, Bowtell et al., 2018, Bjørnstad, et al., 2019, Lincoln, et al., 2016, Erfaringskompetanse.no, 2014, Helsedirektoratet, 2013).



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid





Referanser

- Andreou, C., & Moritz, S. (2016, 08 29). Editorial: Non-pharmacological Interventions for Schizophrenia: How Much Can Be Achieved and How? *Front Psychol*. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5002417/#B7>.
- Arneberg, L. B. (2018). *Psykiatere lager ny rådgiver for nedtrapping av antipsykotika*. Oslo: Erfaringskompetanse.no. Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/psykiatere-lager-ny-radgiver-for-nedtrapping-av-antipsykotika/>.
- Arneberg, L. B. (2019). *Lite kunnskap om nedtrapping av psykofarmaka blant fagfolk*. Oslo: Erfaringskompetanse.no. Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/lite-kunnskap-om-nedtrapping-av-psykofarmaka-blant-fagfolk/>.
- Bentall, R., Morrison, A. P., French, P., Walford, L., & Knight, A. (2002). *Cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals: A single case study*. Hentet 5 9, 2018 fra <http://escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:3d805>
- Bjørnstad, J., Lavik, K. O., Davidson, L., hjeltnes, A., Moltu, C., & Veseth, M. (2019, 03). Antipsychotic treatment – a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *Journal of mental health. Taylor & Francis Group.*, ss. 3-13.
- Blindheim, A. (2018). *Brukerundersøkelse om behandling av psykoser i Bergen. Tilbakemeldinger fra pårørende*. Bergen: Medikamentfrie behandlingsforløp helse Vest. Hentet fra <file:///C:/Users/Mariann/Downloads/p%C3%A5r%C3%B8renderapporten2018.pdf>.
- Bowtell, M., Ratheesh, A., & O'Donoghue, B. (2018, Juli). Response to Lex Wunderink's query as to whether the development of supersensitivity could explain the greater risk of relapse in individuals with a longer duration of treatment with antipsychotic medication. *ELSEVIER Schizophrenia Research. Volume 197*, ss. 599-600.
- Bressi, C., Manenti, S., Frongia, P., Porcellana, M., & Invernizzi, G. (2007, 12). Systemic family therapy in schizophrenia. A randomized clinical trial of effectiveness. *Psychotherapy and Psychosomatics. Vol.77.1*, ss. 43-49.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahm, K. T., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Hofmann, B., & Myrhaug, H. T. (2012). *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Kunnskapssenteret.
- Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006, 11). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv*, ss. 1636-1639.
- Duun, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, S. E. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol 32(1)*,. Hentet fra <https://psycnet.apa.org/record/2008-10796-008>, ss. 59-62.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap-ny praksis. Et nytt psykisk helsevern*. Oslo: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Williams, N. J., Lloyd, A., Kinnersley, P., . . . Barry, M. (2012, 10 27). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med*, ss. 1361-1367.



- Erfaringskompetanse.no. (2014). *Skadereuserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka. 2.utgave*. Porsgrunn: The Icarus Project and Freedom Center. Oversatt av Erfaringskompetanse.no.
- Fellesorganisasjonen. (2018). *Medisinfrie tilbud*. Oslo: Fellesorganisasjonen Hvide Ørn, Mental Helse, LPP, Aurora, WSO. Hentet fra <http://medisinfrietilbud.no/grunndokument/>.
- Finnanger, W. (2004, April 21). Individuelle planer og behandlingsplaner. *Sykepleien forskning*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2004/04/individuelle-planer-og-behandlingsplaner>, ss. 50-53.
- Fløvig, J. C. (2017). *Schizofreni og psykose forelesning*. Trondheim.
- Folkehelseinstituttet. (2015). *Forekomsten av psykiske plager og lidelser i befolkningen - stabil eller i endring?*. Oslo: Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/forekomsten-av-psykiske-plager-og-lidelser-i-befolkningen---stabil-eller-i-endring-pdf.pdf>.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/psykososial-behandling-med-eller-uten-bruk-av-antipsykotika-for-pasienter-med-aktiv-psykose-rapport-2017-v3.pdf>.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>.
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven)*. Oslo: Justis -og beredskapsdepartementet. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3.
- Gold, C., Solli, H. P., Kruger, V., & Lie, S. A. (2009, April). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *ELSEVIER. Clinical Psychology Review. Volume 29, Issue 3*. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735809000026?via%3Dihub>, ss. 193-207.
- Halvorsen, P. (2018). *Psykisk helse i skolen fra 2020*. Oslo: Norsk psykologforening. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/psykisk-helse-i-skolen-fra-2020>.
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(5), 406-414. Hentet 6 4, 2018 fra <http://mentalhealthexcellence.org/wp-content/uploads/2013/10/outcomefactors.pdf>
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2013, 09). Does Long-Term Treatment of Schizophrenia With Antipsychotic Medications Facilitate Recovery? . *Schizophrenia Bulletin, Volume 39, Issue 5*. Hentet fra <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/39/5/962/1926273>, ss. 962-965.



- Harrow, M., Jobe, T. H., Faull, R. N., & Yang, J. (2017, 10). A 20-Year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry Res.* doi:10.1016/j.psychres., ss. 267-274. .
- Helse Bergen, Haukeland universitetssykehus. (2018). *Medikamentfritt behandlingstilbod*. Bergen: Helse Bergen. Hentet fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/medikamentfritt-behandlingstilbod#kva-er-innhaldet-i-eit-medikamentfritt-behandlingsforl%C3%B8p?>
- Helse -og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2013). *Psykoselidelser. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra [file:///C:/Users/Mariann/Downloads/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Mariann/Downloads/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon)%20(2).pdf).
- Helsedirektoratet. (2015). *ACT- og FACT-team*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>.
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Herheim, Å., & Langholm, K. (6.opplag 2017). *Psykisk helsearbeid-teorier og arbeidsmåter*. Oslo: N.W.DAMM & SØN AS.
- Jacobsen, D. I. (2016). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelige metode. 3.utgave, 2.opplag*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Kroken, R. A. (2018). Neuroinflammation in adolescents with psychosis (NAPP). *Forskning på psykose, forskningsguideen*, 4.
- Kvie, A. (2017). Frisk gjennom gruppebehandling. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64144>. *Sykepleien.no*.
- Landsforeningen av pårørende innen psykiatri. (2007). *Veiledningshefte for pårørende innen psykisk helse-feltet*. Oslo: Landsforeningen av pårørende innen psykiatri. Hentet fra http://www.lpp.no/bilder/170223LPP0021_veiledningshefte_lav.pdf.
- Lauveng, A. (2008). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen Damm.
- Lauveng, A. (2017). *Individuell plan -et verktøy for å tilpasse tjenester til person*. Porsgrunn: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Lauveng, A., Tveiten, S., Ekeland, T.-J., & Ruud, T. (2016). Treating symptoms or assisting human development: Can different environmental conditions affect personal development for patients with severe mental illness? A qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 8-8. Hentet 5 9, 2018 fra <http://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0041-2>
- Legemiddelindustrien. (2018). *Felleskatalogen*. Oslo: Felleskatalogen AS.



- Lincoln, T. M., Jung, E., Wiesjahn, M., Wendt, H., Bock, T., & Schlier, B. (2016). The impact of negative treatment experiences on persistent refusal of antipsychotics. *Comprehensive Psychiatry*. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X16301201>, 70, 165-173. Hentet 5 9, 2018 fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X16301201>
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I., Borjesson, M., & Ahlberg, G. (2013, 11). The Relationships of Change in Physical Activity With Change in Depression, Anxiety, and Burnout: A Longitudinal Study of Swedish Healthcare Workers. *APA Journal*.
- Lossius, K. (2015). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015, 12 16). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av «brugermedvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 2-2 015, 11 årgang*. Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3710/3588>, ss. 16-31.
- McGorry, P., Francey, S., Nelson, B., Harrigan, S., Graham, J., Baldwin, L., . . . O'Donoghoe, B. (2018, 04 01). Can some young people recover from first-episode psychosis with integrated psychosocial treatment without antipsychotic medications? an rct to assess risk, benefits, and range of outcomes. *Oxford Academic*. Hentet fra https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/suppl_1/S162/4957460, s. 162.
- Monsen, J. T. (2015). Psykofarmaka på kort og lang sikt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Hentet fra http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=436454&a=3, 126-131.
- Morrison, A. P. (2018). Should people with psychosis be supported in choosing cognitive therapy as an alternative to antipsychotic medication: A commentary on current evidence. *Schizophrenia Research*. Hentet 5 9, 2018 fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996418301622>
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., . . . Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*. Hentet fra [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62246-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62246-1/fulltext), 383(9926), 1395-1403. Hentet 6 4, 2018 fra [http://thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(13\)62246-1/abstract](http://thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(13)62246-1/abstract)
- Mueser, K., & Gingerich, S. (2011). *Illness Management and Recovery IMR: Personalized Skills and Strategies for Those with Mental Illness*. Minnesota: Hazelden.
- Nilsen, L. (2017). *For dårlig samhandling bidrar til unødige reinnleggelser*. Oslo: Dagens Medisin. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/12/12/-for-darlig-samhandling-bidrar-til-unodige-reinnleggelser/>.
- Nome, S., & Holsten, F. (2012). Changes in mortality after first psychiatric admission: A 20-year prospective longitudinal clinical study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(2), 97-106. Hentet 5 9, 2018 fra <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21859397>
- NSD Personvernombudet, f. f. (2018). *Meld prosjekt som skal behandle personopplysninger*. Oslo: NSD. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/personvernombud>.
- Pasient -og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient -og brukerrettigheter (Pasient -og brukerrettighetsloven) §3-1 Pasientens eller brukerens rett til medvirkning*. Sist endret





- 01.07.2019. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5.
- Regjeringen.no. (2015). *Medikamentfri behandling for psykisk syke i alle helseregioner*. Oslo: Helse - og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/medikamentfri-behandling-for-psykisk-syke-i-alle-helseregioner/id2464240/>.
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*. Bergen: Uni Research Helse og Uni Research Rokkansenteret. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/15564/Sluttrapport%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Reseptregisteret, Folkehelseinstituttet (www.reseptregisteret.no). (2018). *Statistikk fra Reseptregisteret*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.reseptregisteret.no/Prevalens.aspx>.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Utgave 2*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rise, M. B., Steinsbekk, A., Westerlund, H., & Bjørgen, D. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse -og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. , ss. 2-5.
- Røssberg, J. I., & Andreassen, O. A. (2018). *Det er ingen av de psykiske lidelsene det er knyttet så mange myter til, som schizofreni*. Oslo: Aftenposten.
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler. 2.utgave*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Skårderud, F. H. (2016). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solli, H., & Rolvsjord, R. (2008). Musikkterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose. *I Musikkterapi*, ss. 8-16.
- Sosial -og helsedepartementet. (1999). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. St.prp.nr.63 (1997-98)*. Oslo: Sosial -og helsedepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprpnr-63-1997-98-.html?id=201915>.
- Svedberg, B., Mesterton, A., & Cullberg, J. (2001, 07). First episode non-affective psychosis in a total urban population. *Social Psychiatry 36: Hentet fra <https://link.springer.com/article/10.1007/s001270170037>*, ss. 332-337.
- Sæter, W. (2018, 2 3). "Jeg våger mer nå." *Teaterscenen som formidlingsarena for livserfaringer for mennesker med psykiske helseproblemer. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15-Nr.2-3-2018. s.191-201*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thyness, E. M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Vermeulen, J. R. (2017, 03 14). Antipsychotic medication and long-term mortality risk in patients with schizophrenia; a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, s. 12.
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi*. Oslo: Abstrakt.



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Vedlegg nr.1

 **HELSE BERGEN**
Haukeland universitetssjukehus

 Personvernombudet

Leif Arvid Øvernes
Haukeland Universitetssykehus/ Divisjon Psykisk helsevern
leif.arvid.overnes@ihelse.net

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler: Bergen, 03.10.2018
2017/9388 Christer Kleppe, 55975558

Uttalelse fra personvernombudet

Viser til innsendt melding om endring i prosjektet: «Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser».

Personvernombudet forutsetter at de planlagte endringene er vurdert og godkjent av ansvarlig leder i Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen HF.

Vurdering:
Formålet med databehandlingen, er å dokumentere medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser for å forbedre tjenestene lokalt.

På bakgrunn av endringsmelding og telefonsamtale med registerleder 3. oktober legger personvernombudet til grunn at det må gjennomføres tiltak for å sikre datakvaliteten i prosjektet.

Det legges til grunn at endringer ved gjennomføringen ikke får innvirkning på formålet med databehandlingen i prosjektet, og at rettsgrunnlag for databehandlingen er uendret.

Det legges imidlertid til grunn at endringer ved gjennomføringen i prosjektet får en innvirkning på risiko knyttet til gjennomføringen. Risiko er rettet mot de registrerte og mot ansatte som intervjues.

Helse Bergen HF forutsettes å skulle ha en risikobasert tilnærming til håndtering av personopplysninger. Ansvarlig leder må kunne stå inne for at risiko ved gjennomføringen av prosjektet er håndterbar, ellers bør prosjektet ikke gjennomføres.

Risiko oppstår i forbindelse med involvering av behandlere, i forbindelse med gjennomføring av intervju og i forbindelse med plotting av data. Endringsmelding gir ikke detaljert informasjon om hvordan datainnsamling er tenkt planlagt og gjennomført, og personvernombudet har derfor begrenset mulighet til å uttale seg om dette.

Besøksadresse: Jonas Liesv 65, 5021 Bergen
Postadresse: Helse Bergen HF, Postboks 1400, 5021 Bergen
Telefon: 05300 – Telefaks: 55976088 – E-post: postmottak@helse-bergen.no – Org. nr.: 983974724



NTNU Fakultet for medisin og helsevitenskap, Institutt for psykisk helse.
Master i psykisk helsearbeid

Det forutsettes at alle respondenter i undersøkelsen gjøres kjent med formålet med databehandlingen, bakgrunn for gjennomføringen, og hvilke vurderinger avdelingen har gjort mht. lovligheten av prosjektet og særlig mht. ivaretagelsen av taushetsplikten.

Respondentene i prosjektet må gjøres kjent med rekkevidden av helsepersonelloven § 26, og informeres om at de ikke skal svare dersom det er grunn til å tro at den berørte ville motsette seg at opplysningene brukes til det angitte formålet. Informasjon bør gis så tidlig som mulig, og bør gjentas umiddelbart forut for intervjuet.

Det bør ikke gis informasjon om enkeltpasienter pr. e-post, eller i andre usikre kanaler. Det må også sikres at det ikke samles inn flere opplysninger enn hva som er strengt nødvendig for å kunne gjennomføre prosjektet, og opplysningene må lagres sikkert i samsvar med interne rutiner og slettes ved prosjektslutt.

Det er ikke gitt informasjon om hvordan data er tenkt registrert i forbindelse med intervjuene, eller hvordan data skal plottes. Etter samtale med prosjektleder legges det til grunn at informasjon som registreres fra intervjuer skal registreres på papir og plottes på tildelt område på kvalitetsserveren i Helse Bergen HF. Det er i så tilfelle viktig at papirnotater oppbevares nedlåst i samsvar med interne rutiner, og destrueres når data er registrert elektronisk. Det anbefales ikke å bruke lydopptaker eller annet opptaksutstyr.

Generelt om de lovfeste personvernprinsippene:

Helse Bergen HF har en plikt til å sikre ivaretagelsen av lovfestede personvernprinsipper (datatilsynet.no), jf. personvernforordningen art. 5(1).

Etterlevelsen av de lovfestede personvernprinsippene forutsettes å kunne dokumenteres på forespørsel, jf. personvernforordningen art. 5(2).

Avdelingen bør gjøre en selvstendig vurdering av om prinsippene er ivaretatt i nye og pågående prosjekter og om dette kan dokumenteres.

Helse Bergen HF har etablert interne rutiner for interne kvalitetsregistre (HB Intranett). Disse rutineene skal bidra til å sikre at lovfestede krav til personopplysningsvern ivaretas.

Vennlig hilsen

Christer Kleppe
Personvernombud
Helse Bergen HF

Kopi til:

Hans Olav Instefjord
Randi-Luise Møgster

Besøksadresse: Jonas Liesv 65, 5021 Bergen
Postadresse: Helse Bergen HF, Postboks 1400, 5021 Bergen
Telefon: 05300 – Telefaks: 55976088 – E-post: postmottak@helse-bergen.no – Org. nr.: 983974724