

Psykoselidelser – behandlingsmetoder (HØRINGSUTKAST)

Nasjonal faglig retningslinje

Først publisert: 15. juni 2013

Siste faglige endring: 15. juni 2013



Innhold

- 1. Behandlingsmetoder 3
- 2. Bakgrunn, metode og prosess ... 14

Ekstern høring:

Høringsfrist 20. september. Se mer informasjon på høringssiden.

1

Behandlingsmetoder

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Anbefaling

Nære familiemedlemmer bør inviteres til et samarbeid (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

I en tidlig fase av en psykoseutvikling bør nære familiemedlemmer kontaktes snarest mulig, og innen tre dager, med tanke på et samarbeid med behandlingspersonalet.

I en tidlig fase av en psykose bør pasient og nære familiemedlemmer inviteres til et psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid i en enkeltfamiliegruppe.

Pasienter som på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad har behov for hjelp over lengre tid, bør få tilbud om å delta sammen med nære familiemedlemmer i en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) flerfamiliegruppe.

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

Praktisk informasjon

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

Et evidensbasert familiesamarbeid ved psykoser er utviklet basert på dokumentasjon om betydningen av miljømessige faktorer som virker inn på en persons sårbarhet for å utvikle psykose. Studier har dokumentert at en psykoedukativ (kunnskapsformidlende) familietilnærming fører til en betydelig reduksjon i antall tilbakefall, bedrer den sosiale fungeringen, reduserer varigheten av og antall sykehusinnleggelser for pasientene, gir bedre etterlevelse av legemiddelbehandling og bedre livskvalitet for familiemedlemmer og andre nære omsorgspersoner (213).

Det virksomme familiesamarbeidet baseres på å invitere familien inn til et strukturert samarbeid over tid. De møtes med en positiv og ressursorientert holdning, får tilpasset og omfattende informasjon om psykose og behandlingstilbud samt støtte til å løse dagliglivets utfordringer over tid.

Familiesamarbeid bør skje på følgende måte:

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

Pasientens søsken og barn bør gis egne tilbud.

Referanser

213: Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidencebased practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv 2001;52(7):903-10.

Anbefaling

Den psykoterapeutiske behandlingen bør være individuelt tilpasset (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Den psykoterapeutiske behandlingen bør være individuelt tilpasset ut fra pasientens erfaringer, prioriteringer, funksjonsnivå og den fasen av lidelsen pasienten befinner seg i.

Kognitiv atferdsterapi ved psykoser bør tilbys alle pasienter som plages med psykosesymptomer, i individuelle forløp med en varighet på minst 15–20 samtaler. Kognitiv atferdsterapi kan benyttes i alle behandlingsfaser.

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

Praktisk informasjon

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

Terapien bør være et gjensidig samarbeid mellom terapeut og pasient som hovedsakelig er rettet inn mot problemene slik de fremtrer i pasientens hverdag, og der det er pasientens opplevelse av sin egen situasjon som står i sentrum for behandlingen.

Ved kognitiv terapi er det et mål å hjelpe personen til å normalisere og gi mening til de psykotiske opplevelsene samt redusere ubehaget knyttet til dette (52). Terapeuten må sikre at den terapeutiske relasjonen er til stede, og at terapeut og pasient har en felles forståelse av hvilke problemer de samarbeider om å løse.

Ved kognitiv terapi med unge, er det viktig å ta hensyn til utviklingsnivå, evnenivå og kontekst (54;239;240). Dette innebærer en forståelse av normalutvikling, og at enkelte typer «feiltenkning» og irrasjonell tenkning er mer vanlig hos barn og unge (241). Det innebærer også at familien inviteres til å ta del i oppfølgingen i utstrakt grad (239).

Begrepet «psykodynamisk» understreker det aktive samspillet mellom individet og det fysiske og psykologiske miljøet. Psykodynamisk psykoterapi gjør forholdet mellom individet og miljøet til hovedsak i behandlingsprosessen. Den psykodynamiske forståelsen omfatter derfor både kunnskap om personlig sårbarhet og beskyttende faktorer. Psykodynamisk psykoterapi fokuserer på evnen til å regulere følelser, forstå sårbare relasjonelle erfaringer og å gi innsikt i utfordrende relasjonelle mønstre.

Ordinær psykoanalytisk behandling vil vanligvis ikke anbefales til personer med psykose-lidelser, fordi den ustrukturerte formen og mobiliseringen av sterke følelser kan være belastende.

Referanser

52: Hagen R, Kråkvik B, Gråwe RW. Kognitiv terapi ved psykoser. I: Stiles TC, red. Lidelsesspesifikk kognitiv terapi. Trondheim: Tapir; 2007. s. 15-34.

54: Psychosis and schizophrenia in children and young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013. NICE clinical guideline

239: Grova B, Haugland BSM, Dahl K. Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: forskningsbasert praksis i utviklingsperspektiv. Tidsskr Nor Psykol Foren 2011;48(1):2-3.

240: Karlsen K, Løberg E-M. Psykose hos ungdom: gjenkjenning og behandling. Tidsskr Nor Psykol Foren 2012;49(6):555-9.

241: Haugland BSM. En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. Tidsskr Nor Psykol Foren 2011;48(1):5-11.

Anbefaling

Miljøet i døgnenheter bør være støttende, og involvere og engasjere pasientene i behandling og aktiviteter (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Miljøet i døgnenheter for pasienter med psykoselidelser bør være støttende, preget av struktur og orden og liten grad av aggressivitet.

En bør etterstrebe miljøterapi som involverer og engasjerer pasientene i behandling og aktiviteter.

Miljøet i døgnenheter bør undersøkes ved hjelp av jevnlig målinger for å se om miljøet er preget av de elementene pasienter med psykoselidelser har best effekt av.

Praktisk informasjon

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

Miljøterapi spiller en viktig rolle i behandlingen. Det er beskrevet fem grunnleggende terapeutiske aktiviteter som vanligvis eksisterer i et miljø, uavhengig av miljøets størrelse, varighet på oppholdet, bemanning og behandlingsideologi. Disse fem dimensjonene er definert som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (253).

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

Referanser

250: Røssberg JI, Friis S. A suggested revision of the Ward Atmosphere Scale. Acta Psychiatr Scand 2003;108(5):374-80.

251: Røssberg JI, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. Patient satisfaction and treatment environment: a 20-year follow-up study from an acute psychiatric ward. Nord J Psychiatry 2006;60(2):176-80

253: Tveit H, Haaland T, Knudsen H, Bøe T. Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring. Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond; 1997

Anbefaling

Musikkterapi bør tilbys med henblikk på å redusere negative symptomer (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

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

Praktisk informasjon

Forskning viser at musikkterapi er særlig effektivt for å redusere negative symptomer. Det er også indikasjoner på at virkningen av en slik behandling er til stede seks måneder etter at intervensjonen er avsluttet. Musikkterapi er like effektivt for pasienter som er innlagt på døgneheter, som for dem som får poliklinisk behandling (265;269).

Forskning viser at musikkterapi både kan inngå i behandling innen psykisk helsevern (265;270) og i kommunalt arbeid (267).

Referanser

265: Gold C. Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. Evid Based Mental Health 2011;10(3):77.

267: Stige B, Aarø LE. Invitation to community music therapy. New York, NY: Routledge; 2011.

269: Mössler K, Chen X, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. Cochrane Database Syst Rev 2011;(12):CD004025.

270: Gold C, Solli HP, Kruger V, Lie SA. Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29(3):193-207.

Anbefaling

Fysisk aktivitet bør inngå som en del av en helhetlig behandling (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

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

Anbefalingene i pasientforløp for psykisk helse bør følges: [Ernæring, fysisk aktivitet og søvn](#).

For mer informasjon om fysisk aktivitet i behandling, se [Fysisk aktivitet i forebygging og behandling](#).

Praktisk informasjon

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

Fysisk aktivitet kan redusere risikoen for livsstilsrelaterte sykdommer og bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen ved psykoselidelser. Dette innebærer at pasienter/brukere informeres om betydningen av aktivitet og trening, at det settes av tid til å kartlegge hvilke tilbud og muligheter som finnes i nærmiljøet, samt at det aktivt motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet (275;276).

Referanser

271: Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? Curr Opin Psychiatry 2008;21(4):398-402.

275: Bahr, R. red. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Oslo: Helsedirektoratet; 2008. IS-1592. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-forebygging-og-behandling/Publik>

276: Fysisk aktivitet og psykisk helse - et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. IS-1670. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helseperso>

Anbefaling

Pasienter bør tilbys trening i sosial interaksjon og i andre ferdigheter (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

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

Praktisk informasjon

Sosial ferdighetstrening (SFT) er en strukturert metode der selve behandlingen først starter ved at en foretar en detaljert vurdering og atferdsmessig analyse av pasientens sosiale ferdigheter, etterfulgt av en individuell eller gruppebasert intervensjon for å trene på sosiale ferdigheter relatert til pasientens opplevde manglende kompetanse (277). Sosial ferdighetstrening har vist seg å kunne gi en bedring av pasientens psykososiale ferdigheter. Ferdighetstrening, gjennom trening i klinisk baserte situasjoner, må ta utgangspunkt i situasjoner som pasientene møter i sitt eget hverdagsliv.

Referanser

Anbefaling

Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

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

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

Praktisk informasjon

Målsettingen med kognitiv trening er å forbedre den kognitive funksjonen og gjennom dette forbedre det generelle funksjonsnivået. Fordelene ved kognitiv trening kan være økt livskvalitet, særlig i kombinasjon med andre behandlingsformer (288).

Tilrettelegging, ulike hjelpemidler og praktisk hjelp kan være nyttig og eventuelt kreve et samarbeid mellom flere tjenesteytere.

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

Referanser

288: McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry 2007;164(12):1791-802.

Anbefaling

Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen anbefales (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Rådene om [Individuell jobbstøtte \(IPS\)](#) bør følges.

Praktisk informasjon

Bakgrunnen for IPS-modellen er troen på at alle med en alvorlig psykisk lidelse kan ha en vanlig jobb i det ordinære arbeidsmarkedet, forutsatt at en finner riktig type jobb og arbeidsmiljø. Det stilles imidlertid ikke krav om at de skal arbeide over et visst antall timer per uke eller at arbeidet medfører reduksjon i ulike stønadsordninger. Det er utviklet en egen manual for IPS-modellen, bestående av flere moduler, som beskriver hovedpunktene og måten den gjennomføres på (416). Metodens forskningsgrunnlag er basert på at modulene blir fulgt i praksis.

Referanser

416: Arbeids- og velferdsdirektoratet. Individual Placement and support (IPS): manualer for igangsetting av IPS-metodikken. Oslo: NAV og Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra:

http://www.nav.no/Helse/Arbeid+og+psykisk+helse/Arbeid,+psykisk+helse+og+rus/_attachment/332776

1.1

Andre anbefalinger (psykoselidelser)

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Bruker- og pårørendemedvirkning

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

Brukermedvirkning er en [lovfestet rettighet \(lovdata.no\)](#). Det betyr at brukere har rett til å medvirke og ha innflytelse i sin egen behandling i helsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesten har på sin side plikt til å involvere brukere. Det er en forutsetning for god brukermedvirkning at [informasjonen](#) er tilpasset mottaker/bruker. [Brukermedvirkning](#)

[Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet](#)

Pårørende er ofte pasientens eller brukerens viktigste støtte og ønsker i de fleste situasjoner å være en ressurs for pasienten eller brukeren. De kjenner pasienten eller brukeren godt, og har erfaring med hva som kan hjelpe. Mange pårørende utøver betydelige ansvars- og omsorgsoppgaver overfor sine nærmeste og utgjør en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs. [Pårørendeveileder](#)

Barn er utsatt når familien rammes av alvorlig sykdom. Hvis barn som er pårørende ikke blir ivaretatt og møtt med innsikt og forståelse av voksne eller av hjelpeapparatet, kan situasjonen ha negativ innvirkning på hverdagen i barnehage eller skole, sosialt liv og barnets utvikling og helse. [Informasjon og støtte til barn som pårørende](#)

Recovery

[Ansatte i rus- og psykisk helsefeltet bør ha et helhetlig perspektiv på den enkeltes levekår og livskvalitet i møte med brukere og pasienter \(recovery-orientert tilnærming\).](#)

Recovery kan beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse. Den individuelle bedringsprosessen er personlig og unik, men samtidig også avhengig av grunnleggende forhold i livet som bosituasjon, nærmiljø, arbeidsmuligheter og sosial tilhørighet.

Forebygging og tidlig oppdagelse

Varigheten av ubehandlet psykose bør være så kort som mulig, og helst ikke over fire uker, slik at behandling kan settes inn tidlig og øke mulighetene for tilfriskning.

Tidlig oppdagelse og tilpasset behandling kan forbedre livskvalitet, redusere risiko for alvorlige helseproblemer og lidelse, samt forhindre langvarige psykososiale vansker.

Det er svært viktig å tilrettelegge for at personer som utvikler, eller er i fare for å utvikle, en psykose, kommer raskt til utredning og behandling (39). Varigheten på ubehandlet psykose (VUP), fra første tegn på psykose og til behandling gis, er i den vestlige verden oftest mellom ett og to år (40). Sammen med en tidlig fase/førsykdomsfase (prodromalfase) før en VUP på i gjennomsnitt ett år, innebærer det at unge mennesker som utvikler en psykose, ofte går ubehandlet i to til tre år (41).

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

Behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk

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

Ved rusinduserte psykoser bør primærpsykose vurderes dersom psykosesymptomene vedvarer etter en måned ved fravær av stoffbruk, og ved gjentatte episoder med rusutløst psykose eller rusutløst psykose som varer i mer enn seks måneder. Oppfølging over tid er viktig for å finne ut om diagnoser fra akutte psykoseepisoder med samtidig rusmiddelbruk er riktige eller ikke.

Somatisk helse

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

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

Forventet levealder er 15–20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer sammenlignet med befolkningen for øvrig. Overdødelighet hos pasienter med psykoselidelser skyldes i hovedsak hjerte-/-kar- sykdommer og lungesykdommer.

Anbefalinger i pasientforløp for psykisk helse og rus bør følges: [Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer](#).

For mer informasjon om somatisk undersøkelse og kartlegging, se [HJERTEFRISK algoritme \(oslo-universitetssykehus.no\)](#). I tillegg kan det finnes lokale metodebøker, veiledere og prosedyrer. Portalen metodebok.no er utviklet for å samle slike.

Traumer

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

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

Referanser

- 39: Harris MG, Henry LP, Harrigan SM, Purcell R, Schwartz OS, Farrelly SE, et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: An eight-year prospective study. *Schizophr Res* 2005;79(1):85-93.
- 40: Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(2):143-50.
- 41: Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2003;29(2):325-40.
- 44: Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2006;163(5):800-4.
- 45: Melle I, Johannessen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Arch Suicide Res* 2010;14(2):158-70.
- 72: Klæth JR, Hagen R. Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser. *Tidsskr Nor Psykol Foren* 2009;46(11):1049-55.
- 141: Larkin W, Read J. Childhood trauma and psychosis: evidence, pathways, and implications. *J Postgrad Med* 2008;54(4):287-93.
- 142: Read J, Fink PJ, Rudegeair T, Felitti V, Withfield CL. Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2008;2(3):235-54.
- 143: Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull* 2008;34(1):193-9.

- 144: Bechdolf A, Thompson A, Nelson B, Cotton S, Simmons MB, Amminger GP, et al. Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra-high-risk (prodromal) group. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(5):377-84.
- 145: Bae H, Kim D, Kim JH, Jeong SA, Hoon DO. Childhood abuse and verbal intelligence among adults diagnosed with first-episode schizophrenia. *Psychosis* 2010;2(2):154-62.
- 146: Lecomte T, Spidel A, Leclerc C, MacEwan GW, Greaves C, Bentall RP. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophr Res* 2008;102(1-3):295-302.
- 147: Schenkel LS, Spaulding WD, DiLillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits. *Schizophr Res* 2005;76(2-3):273-86.
- 148: Spence W, Mulholland C, Lynch G, McHugh S, Dempster M, Shannon C. Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *J Trauma Dissociation* 2006;7(3):7-22.
- 271: Lykouras L, Douzenis A. Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients? *Curr Opin Psychiatry* 2008;21(4):398-402.

Bakgrunn, metode og prosess

Ekstern høring: Høringsfrist 20. september.

Bakgrunn for anbefalingene

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957) ble utgitt i 2013. I forbindelse med gjennomgang av normerende produkter på rus- og psykisk helse-feltet i Helsedirektoratet, ble det vurdert at retningslinjen fra 2013 er utdatert. Flere av kapitlene inneholdt feil på grunn av endringer i lovverket. I tillegg var det kommet nye normerende produkter som gjorde at det som stod i psykoseretningslinjen ble feil. På bakgrunn av dette ble psykoseretningslinjen avpublisert i januar 2025.

Samtidig som psykoseretningslinjen ble avpublisert ble anbefalinger for legemiddelbehandling ved psykoselidelser publisert. Disse anbefalingene var i utgangspunktet en revidering av legemiddelkapitlet i psykoseretningslinjen fra 2013.

I etterkant av avpubliseringen av psykoseretningslinjen kom det mange reaksjoner fra fagmiljøene. Tilbakemeldingene handlet blant annet om at det er uheldig å kun ha anbefalinger om legemiddelbehandling og ikke om psykososiale behandlingsmetoder.

Helsedirektoratet besluttet derfor å republisere anbefalinger fra psykoseretningslinjen som omhandler andre behandlingsmetoder enn legemiddelbehandling. Republiseringen er tilpasset digitalt format, og teksten er forkortet. Det er ikke gjort endring av faglig innhold eller nye kunnskapssøk.

Formål med anbefalingene

Anbefalingene skal bidra til mindre uønsket variasjon i tjenestene. Formålet med republiseringen er å bidra til god behandling og mindre variasjon i behandlingen. Anbefalingene skal oppleves som god beslutningsstøtte for tjenesten og gi best mulig behandling for pasienten.

Målgruppe

Målgruppen for retningslinjen er primært helsepersonell som arbeider med personer med psykoselidelser og relevante beslutningstakere i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjen gir også nyttig informasjon for helsepersonell i primærhelsetjenesten, pasienter/brukere og pårørende.

Omfang og avgrensninger

Utgangspunktet for republiseringen av anbefalinger om behandlingsmetoder er kapittel 8 i nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957).

Alle anbefalingene gis på gruppenivå og ikke på enkeltindividnivå. Samvalg, fokus på pasientens preferanser og medvirkning er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven og FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Retningslinjen er ikke heldekkende.

Behandling uten pasientens samtykke er ikke et tema i retningslinjen. Retningslinjen legger til grunn at det foreligger et gyldig rettslig grunnlag for behandlingen (samtykke eller lovhjemmel). Se nærmere om de rettslige grunnlagene på Lovdata og rundskriv om psykisk helsevernloven med kommentarer.

Retningslinjen er begrenset til voksenpopulasjonen. Andre spesifikke undergrupper av pasienter er heller ikke omtalt da den individuelle tilnærmingen ivaretar den enkelte pasients situasjon og behov.

Grad av normering

Grad av normering angis av teksten. Når Helsedirektoratet skriver «skal», er enten innholdet regulert i lov eller forskrift, eller anbefalingen er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. Når det står «bør» eller «anbefaler», er det en sterk anbefaling som vil gjelde de aller fleste. Når det står «kan» eller «foreslår», er det en svak anbefaling der ulike valg kan være riktig.

Rettslig betydning

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde normerende produkter, det vil si nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonal faglig råd og pasientforløp, som bidrar til å nå målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonale anbefalinger og råd skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 (lovdata.no), helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 (lovdata.no) og folkehelseloven § 24 (lovdata.no).

Nasjonale anbefalinger og råd inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. Anbefalinger utgitt av Helsedirektoratet er ikke rettslig bindende, men er faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet.

Det er et ledelsesansvar å sørge for at anbefalinger og råd i nasjonale faglige retningslinjer, faglige råd og veiledere implementeres i virksomheten, jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (lovdata.no).

I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres, jf. pasientjournalforskriften § 6, bokstav g (lovdata.no). Helsepersonell bør være forberedt på å begrunne sine valg i eventuelle klagesaker eller ved tilsyn.

Tilstøtende normerende produkter

Normerende produkter er nasjonale faglige retningslinjer, nasjonale veiledere, nasjonale faglig råd og pasientforløp som understøtter målene som er satt for helse- og omsorgstjenesten.

Anbefalingene ses i sammenheng med andre tilgrensende retningslinjer, veiledere, nasjonale pasientforløp og rundskriv:

- [Psykoselidelser – legemiddelbehandling](#)
- [Bruker- og pårørendemedvirkning i rus- og psykisk helsefeltet](#)
- Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser (PDF) omtaler behandling med legemidler hos denne pasientgruppen.
- Nasjonalt pasientforløp: [Psykiske lidelser – voksne](#)
- Nasjonalt pasientforløp: [Psykiske lidelser – barn og unge](#)
- Pårørendeveilederen omhandler involvering og støtte til pårørende. Pårørendes rettigheter og helse- og omsorgstjenestens plikter og anbefalinger om god praksis er beskrevet.

- Rundskriv om psykisk helsevernloven med kommentarer beskriver forståelsen av loven.

Helsedirektoratets roller, finansiering og høring

Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet.

Utretningsinstruksjonen (lovdata.no) legger krav for utredninger i staten, inkludert utarbeidelse av normerende produkter. Veileder til utredningsinstruksen (dfo.no) gir en veiledning til og nærmere beskrivelse av statlige utredninger.

Helsedirektoratet er et statlig myndighetsorgan som er helfinansiert via statsbudsjettet. Når fagpersoner og klinikere inviteres til deltakelse i arbeidsgrupper og referansegrupper, er hovedregelen at det ikke gis godtgjørelse for deltakelse hvis personen er offentlig ansatt. Praksis om godtgjøring i Helsedirektoratet bygger på veiledende bestemmelser i Statens personalhåndbok, men med presiseringer og utfyllende bestemmelser tilpasset Helsedirektoratets behov for ekstern bistand.

Helsedirektoratet står ansvarlig for innholdet i de nasjonale faglige anbefalingene.

Arbeidsform og deltakere

Helsedirektoratet har fått innspill fra fagpersoner fra tidligere arbeid med psykoseretningslinjen til forkorting av løpende tekst fra den avpubliserte retningslinjen.

