

# **Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?**

Sara Maria Mjøen og Thyra Kolltveit



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt  
Universitetet i Oslo  
April 2012

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

© Sara Maria Mjøen og Thyra Kolltveit

2012

”Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose kommer raskere til behandling?”

Sara Maria Mjøen og Thyra Kolltveit

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat, avd. Sentrum, Oslo

## Forord

Undersøkelsen ”Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?” er utført på oppfordring fra ledelsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Helsedirektoratet (2011a) påpeker viktigheten av at spesialisthelsetjenesten tilpasser tilbudet sitt slik at førstegangpsykosepasienter raskest mulig kommer til behandling. På Diakonhjemmet sykehus er man i gang med å tilrettelegge behandlingstilbudet for å få dette bedre til, og denne studien utgjør et ledd i dette arbeidet.

Med sitt engasjement for pasienter med psykoselidelser, fikk Morten Skiaker på poliklinikken ved sykehuset oss til å se viktigheten av å systematisere informasjon om denne pasientgruppen i Diakonhjemmet sektor. Takk til ham for ideen om å foreta undersøkelsen, og for at han har vært tilgjengelig for å gi svar på spørsmål som gjelder sykehusets virksomhet.

I vår søken etter forsinkende elementer på pasienters vei fram mot behandlingsoppstart, har vi selv støtt på mange hindringer. Velvillige ansatte ved sykehusets ledelse har imidlertid gjort det mulig å komme forbi dem etter hvert. Takk til Torkil Berge for hjelp i forbindelse med avklaringer som gjaldt etiske hensyn, og til Fredrik Andresen og Cecilie Skule for hjelp med å gjenåpne tilgangen til journaldata, etter at dette var gått i stå.

Nok en takk til Torkil Berge for ideen om å gjennomføre en QuestBack-undersøkelse i personalet. Karen Waage i administrasjonen har gitt oss svært verdifull praktisk hjelp med spørreundersøkelsen. Vi er også takknemlige overfor alle ansatte ved Voksenpsykiatrisk avdeling som tok seg tid til å besvare denne undersøkelsen.

Utvelgelse, kategorisering og definering av variabler ut fra journaldata innebar overraskende mange justeringsrunder. Analysering og sortering av resultater fra denne delen av datainnsamlingen har vært en utfordring, men med assistanse fra veiledere og fra Stephan Neuhaus fikk vi etter hvert oversikt. .

Veiledere og medarbeidere har alle bidratt med ulike typer hjelp. Takk til Ragnar Nesvåg, Morten Skiaker og Torkil Berge for viktige tilbakemeldinger, inspirasjon og oppmuntring underveis. Takk til hovedveilederen vår, Nils Inge Landrø, for forløsende innspill om struktur og form, og for nødvendig beroligelse underveis.

Vi takker også hverandre, for samarbeidet.

Vi håper at resultatene fra denne studien kan ha direkte nytte for arbeidet med å sørge for at førstegangpsykosepasienter kommer raskere i behandling.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## Sammendrag

Forfattere: Sara Maria Mjøen og Thyra Kolltveit

Tittel: ”Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?”

Hovedveileder: Professor Nils Inge Landrø, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

Biveileder: Lege, phd, post doc Ragnar Nesvåg, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Tilleggsmedarbeidere: Psykologspesialist Morten Skiaker, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Forsknings- og fagutviklingskoordinator/sjefpsykolog, Torkil Berge, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

---

*FORMÅL:* Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge veien fram til behandlingsoppstart for pasienter med førstegangpsykose. Søkelys var rettet mot forsinkende elementer og mulige tilretteleggingstiltak.

*METODE:* Grunnlagsmaterialet i undersøkelsen var informasjon som vi selv samlet inn, hentet fra pasientjournaler for et utvalg førstegangpsykosepasienter (n=39) ved et sykehus i Oslo. I tillegg er resultatene basert på tilbakemeldinger fra en anonym spørreundersøkelse av typen QuestBack, som vi har distribuert til personalet ved psykiatriske enheter på samme sykehus (n=90). Data ble kodet og analysert kvantitativt.

*RESULTATER:* Journaldata tyder på at tiden før pasienter søker helsehjelp forlenges av mangel på nødvendig informasjon blant pasienter og pårørende om psykoselidelser og om hvor man kan få hjelp. Forsinkelse kan også komme av at fastleger mangler nødvendig kunnskaper. Tiden før pasienter kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten er lengre enn tiden etter at kontakt med denne instansen er etablert. Endrede inntaksprioriteringer i spesialisthelsetjenesten reduserer henvisningstiden. Økt formalisering av utredningsprosedyrer ser også ut til å gi raskere behandlingsoppstart. Samtidig uttrykker behandlere behov for og ønske om kompetansestyking, både på primær- og på spesialisthelsetjenestnivå. Behandlere støttet forslag om at sykehuset bør øke sin

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

informasjonsvirksomhet rettet mot publikum generelt. De er positivt innstilt til forslag om å opprette eget tidligdeteksjonsteam spesialisert på førstegangpsykoseproblematikk.

*KONKLUSJONER:* Lang VUP er knyttet til mangel på informasjon blant brukere. Prioritert inntak av pasienter med mulig psykoseproblematikk, kan redusere henvisningstiden betydelig. Et tilbud om selvhenvising og oppsøkende virksomhet vil ikke bli benyttet av pasienter som ennå står utenfor behandlingssystemet dersom sykehuset ikke informerer befolkningen om at det finnes. Høy kompetanse og systematisk utredning i helsetjenesten kan gi raskere behandlingsoppstart. Et flertall behandlere i spesialisthelsetjenesten synes utredning av psykoseproblematikk og beregning av varighet av ubehandlet psykose (VUP) er vanskelig.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## Abstract

Authors: Sara Maria Mjøen and Thyra Kolltveit

Title: "How to achieve swifter treatment initiation for patients with first episode psychosis".

Mentor: Professor Nils Inge Landrø, Institute of Psychology, University of Oslo

Co-mentor: Dr, phd, post doc Ragnar Nesvåg, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Associates: Psychology specialist Morten Skiaker, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

Head of research and chief psychologist Torkil Berge, Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus.

---

*AIM: The aim of this study was to map out pathways to care for patients with first episode psychosis. Special attention was given to elements potentially causing delays and how these might be eliminated.*

*METHOD: Data material consisted of information which we collected from patient journals belonging to a sample of patients diagnosed with first episode psychosis (n=39) at a hospital in Oslo, Norway. Also included in the data were responses from a survey (specifically named QuestBack), which we directed at employees working at the hospital's psychiatric units (n=90). Data were coded and analysed quantitatively.*

*RESULTS: Data collected from patients' journals suggest that delays occurring during the time before professional help is sought are due to lack of necessary information among patients and their carers concerning symptoms of psychotic illness and where to turn for help. Lack of knowledge necessary for early diagnosis among GPs might also be causing unnecessary delays. The time interval between symptom onset and established contact with specialized health care is longer than the interval representing the stage after which such contact is established. Special priority of referrals concerning possible psychotic illness reduces referral delay. Increased formalizing of assessment/diagnostic procedures also appears to be associated with swifter onset of treatment. Professional staff recognize the need for further training in terms of assessment and diagnosing of psychotic illness, at the primary-*

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

*and secondary level of services alike. Professional staff also support the suggestion of increasing the hospitals' information activity aimed at the public. They are favourably inclined to the suggestion of establishing a separate early detection team with specialized knowledge concerning first episode psychotic illness.*

*CONCLUSIONS: Lack of information among users about symptoms of psychotic illness and where to turn for help can cause long DUP. Special priority given to referrals concerning possible psychotic illness substantially reduce referral delay. An option of self-referral and ambulant service will not be utilized by users who have yet to make first contact with professional health care, unless steps are taken to inform the public of this service. A high level of competence in terms of assessment and diagnostic procedures might result in swifter treatment onset. A majority of doctors and psychologists in specialized health care service find formal assessment of psychotic illness and estimating duration of DUP difficult.*

# Innhold

FORORD .....	III
SAMMENDRAG .....	IV
ABSTRACT .....	VI
INNLEDNING .....	1
METODE .....	10
Hensikt, type studie .....	10
Setting .....	10
Informasjonskilder, deltakere og utvalg .....	10
Prosedyre for datainnsamling .....	11
Godkjenning, konfidensialitetssikring .....	13
Dataanalyse .....	13
RESULTATER .....	14
Resultater fra journalgjennomgangen .....	14
Resultater fra spørreundersøkelsen rettet mot personalet .....	20
DISKUSJON .....	28
Etappe 1 .....	28
Etappe 2 .....	32
Etappe 3 .....	35
Styrker og begrensinger .....	43
Fremtidige studier .....	45
KONKLUSJON .....	47
REFERANSER .....	49
APPENDIKS .....	57



# INNLEDNING

Denne studien er basert på en kartlegging av veien fram mot behandlingsoppstart for pasienter med førstegangpsykose i en sykehussektor i Oslo. Det er rettet spesielt søkelys mot forsinkende elementer og muligheter for forbedringer i hjelpen som tilbys denne pasientgruppen.

## Psykoselidelser

Psykoselidelser er blant de mest alvorlige og kostbare lidelsene for samfunnet (Melle et al., 2008). Psykose er et syndrom, det vil si en samling av tegn og symptomer, og ingen klart avgrenset sykdom (Stahl, 2008). Tankeforstyrrelser, vrangforestillinger og hallusinose er tre typiske psykotiske symptomer. Schizofreni er den mest alvorlige psykotiske lidelsen fordi den starter tidlig i livet og ofte har et kronisk forløp (Carr, 2006). Det finnes også andre lidelser hvor psykotiske symptomer kan være til stede, uten at de er nødvendige, for å oppfylle kriteriene for diagnosen, som for eksempel bipolar lidelse, depresjon eller ulike former for demens (Stahl, 2008). Omkring 1 % av befolkningen vil få diagnosen schizofreni i løpet av livet, og man antar at schizofreni på et hvert tidspunkt har en utbredelse på rundt 0,4 % (Carr, 2006). I Norge registrerer man omtrent 1000 nye tilfeller av schizofreni hvert år (Helsedirektoratet, 2011a). Det er liten forskjell i forekomst blant ulike etniske grupper. Omtrent like mange kvinner som menn har psykoselidelser (Combs & Mueser, i Hersen, Turner & Beidel, 2007).

Psykoselidelser rammer personens sosiale og yrkesmessige fungering på en inngripende måte, og kan involvere en svekkelse i virkelighetsforståelse og sanseopplevelse. De kjennetegnes både ved positive symptomer, som kan omfatte vrangforestillinger, hallusinasjoner, usammenhengende tale, forvirring og humørsvingninger, og negative symptomer, som tilbaketrekking, tap av interesse og innsikt i egen situasjon, emosjonell avflatning og isolering (Seligman, Walker, & Rosenhan, 2001). Positive symptomer er atferd og opplevelser som kommer i tillegg til normalfungering, mens negative symptomer betyr at noe som burde vært der mangler. Den første sykdomsepisoden kan utvikle seg akutt eller med en gradvis, langtrukken oppstart. Tiden før utbrudd av aktiv psykose kalles prodromalfasen. Denne kjennetegnes ved symptomer som sosial isolering og funksjonsfall (Morgan et al., 2006). Ofte kan en akutt oppstart være lettere å oppdage enn en langtrukken (Compton et al., 2007). Samtidig antas det at symptomer uansett blir gradvis forverret dersom tilstanden forblir

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

ubehandlet (McGorry, Hickie, Yung, Pantelis & Jackson, 2006). Omkring 10 % av pasienter med psykoselidelser begår selvmord (Carr, 2006).

Etiologien bak utvikling av psykose er kompleks og ikke fullstendig kjent. Genetiske faktorer og miljøpåvirking spiller in. Psykose er forbundet med høyt nivå av neurotransmitteren dopamin i hjernen. En av dopamins sentrale funksjoner er å mediere den indre representasjon av ytre sansestimuli. Dysregulering av dette stoffet fører til en opplevelse av at ytre og indre stimuli forsterkes. Antipsykotika letter symptomer ved å dempe denne abnormale aktiviteten (Kapur, 2003)

Shah, Mizrahi og Mckenzie (2011) beskriver et konseptuelt rammeverk som forklarer hvordan individuelle, sosiale og økologiske faktorer bidrar og modulerer risikoen for å utvikle en psykotisk lidelse. Rammeverket består av fire dimensjoner: 1) individuelle egenskaper, som genotype eller andre biologiske sårbarhetsfaktorer, 2) økologiske faktorer, som omfatter sosiale, kulturelle og politiske forhold, 3) interaksjonen mellom individuelle og økologiske faktorer, og 3) tiden som inngår i interaksjon mellom individuelle og økologiske faktorer. Interaksjonen mellom gener og miljø omtaler man gjerne i denne forbindelse som sårbarhet-stress modellen. Sårbarhet hos individet kan i tillegg til genetiske disposisjoner inkludere fødselskomplikasjoner, rusmisbruk, mishandling i barndommen eller traumer (Shah et al., 2011).

### **Varighet av ubehandlet psykose (VUP)**

Selv om psykose og schizofrenilidelser historisk sett har vært forbundet med mye pessimisme, viser nyere forskning at tidlig behandlingsintervensjon kan påvirke utfall i positiv retning (Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005). *Varighet av ubehandlet psykose* (VUP) er et fellesbegrep innen forskning som undersøker sammenhenger mellom tiden pasienter forblir ubehandlet og videre sykdomsforløp. VUP refererer til tidsrommet fra sykdom oppstår til adekvat behandling gis (Helsedirektoratet, 2008).

Det er stor enighet om den overordnede definisjonen av begrepet, men ulike studier benytter noe varierende definisjon av oppstart- og slutt punkt for VUP (Compton et al., 2007). Oppstart inkluderer i noen beregninger prodromalsymptomer, i andre ikke. Slutt punkt settes i noen studier først etter at behandling har gitt noe bedring (ibid.). Beregninger ved helseforetak i Norge gjøres ut fra Helsedirektoratets definisjon av VUP (Helsedirektoratet, 2008). Tidspunkt for oppstart forutsetter at det forekommer positive symptomer av et visst

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

omfang og varighet. Sluttunkt defineres som tidspunkt for første adekvate behandling. Det vil for nesten alle pasienter si medisinerings med antipsykotisk medikasjon.

Det er flere metodiske utfordringer knyttet til VUP-målinger. VUP beregnes retrospektivt, og det kan være vanskelig å huske rett. Jo lengre VUP, desto vanskeligere er det å huske de første symptomene, samt å datere dem. Det er lettere å gi et mer nøyaktig VUP-estimat for psykoser med akutt oppstart enn for psykoser med gradvis oppstart. Det kan også være vanskelig å utforske symptomene dersom en pasient er veldig tankeforstyrret og kognitivt svekket av psykosen. Man bør derfor benytte flere kilder til informasjon, som fastlege, foreldre og venner i tillegg til pasienten selv (Compton et al., 2007).

Fordi VUP vanligvis er skjevfordelt i kliniske materialer, benytter man i forskning medianverdier heller enn gjennomsnittsverdier når man beregner VUP (Norman & Malla, 2001).

### **Sammenhengen mellom VUP og videre sykdomsforløp**

En reviewstudie fra 2005 (Marshall et al.) beskriver positiv sammenheng mellom kort VUP og gunstig utfall, målt ved generelt symptombylde, forekomst av depresjon/angst, alvorlighet av negative og positive symptomer og generell sosial fungering.

I en metaanalyse (Perkins et. al, 2005) fant man at kort VUP er forbundet med bedre respons på medisinerings målt ved global fungering og alvorlighetsgrad av positive og negative symptomer.

Et omfattende nordisk prosjekt som går under navnet TIPS (Tidlig Intervensjon ved Psykose) har bidratt med store mengder verdifull forskning på sammenhengen mellom VUP og videre sykdomsforløp. Prosjektet har pågått siden 1990-tallet. Studier i dette prosjektet viser at kort VUP er forbundet med mindre alvorlig symptombylde når pasienter kommer i behandling, og selvmordsfaren er lavere i denne pasientgruppen (Melle et al., 2008). Førstegangsutbruddet av psykose er også av kortere varighet for pasienter som bare i kort tid har gått ubehandlet. Funn fra en helt ny oppfølgingsstudie med utgangspunkt i samme pasientutvalg bekreftet sammenhengene, også i et 10-årsperspektiv. Denne langtidsstudien viser at lang VUP også reduserer muligheten for å bli helt frisk (Hegelstad et al., 2012).

Enkelte har gjort seg tanker om at man ved å identifisere psykoseproblematikk allerede før lidelsen bryter ut, vil kunne gjøre enda mer for å utsette, mildne eller forhindre utbrudd (McGorry et al., 2006).

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Også i et korttidsperspektiv er tidligdeteksjon av denne typen lidelser viktig. Ubehandlete symptomer innebærer betydelig lidelse for pasienter og for deres pårørende (Norman, Malla, Verdi, Hassall & Fazekas, 2004). Psykoselidelser utgjør også en stor økonomisk belastning for samfunnet (Helsedirektoratet, 2011a).

### **Hvordan forklare sammenhengen mellom VUP og utfall**

Mekanismene som kan forklare på hvilken måte VUP og utfall er forbundet med hverandre vet vi ennå lite om (Larsen et al., 2010; Hegelstad et al., 2012). Sammenhengen kan for eksempel tenkes å komme av at både VUP og utfall korrelerer med en tredjevariabel (Marshall et al., 2005). Resultater fra flere studier antyder at type psykosediagnose påvirker hvor lang tid det tar før pasienter oppsøker behandling (Perkins et al., 2005). Ulike typer psykosediagnoser og symptomprofiler kan tenkes å være årsak til ulikt utfall, uavhengig av VUP. I en studie av Morgan et al. (2006) var VUP for de med en gradvis sykdomsoppstart over 10 ganger lengre enn de med en mer akutt debut. Også andre faktorer kan spille inn og mediere forholdet mellom VUP og utfall. Funn som undersøker i hvilken grad ulike demografiske variabler kan forklare forskjeller i VUP peker i noe ulik retning. Drake, Haley, Akhtar og Lewis (2000), fant ingen slik sammenheng. Andre har funnet at personer som er hjemløse og uten arbeid har lengre VUP (Oliveira et al., 2010; Barnes et al., 2000), uten at man kan si sikkert om lang VUP er et uttrykk for et sykdomsbilde som gir dårlig fungering, eller om det å leve isolert gjør det mindre sannsynlig at problemet fanges opp, eller begge deler.

En teori om hvorfor VUP korrelerer med utfallsmål på sikt er at uheldig utvikling kan komme av strukturelle endringer på hjernenivå, skader som muligens oppstår tidlig i forløpet, forårsaket av selve lidelsen (Drake et al., 2000). Tidlig medikamentell intervensjon kan tenkes å gi en forhindring av slike skader, uten at man kan si noe sikkert om hvorvidt det er faktisk slik (Larsen et al., 2010).

Forskning peker samlet sett klart i retning av at kort VUP er forbundet med et bedre sykdomsforløp, på kort og på lang sikt. Fremdeles vet vi ikke hvorfor det er slik, men på bakgrunn av det som finnes av forskningsresultater, står ikke spørsmålet lenger om viktigheten av tidlig intervensjon, men heller om hvordan dette kan oppnås (McGorry et al., 2010).

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

I tillegg til å redusere lidelse på kort og lang sikt, ser tidlig-intervensjonstiltak for førstegangpsykosepasienter også ut til å være kostnadsbesparende (Michalopolous, Harris, Henry, Harrigan & McGorry, 2009; Wong et al., 2011). Viktigheten av å intervensjon tidlig presiseres både i internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser (International Early Psychosis Association Writing Group 2005; Helsedirektoratet, 2008; Helsedirektoratet, 2011a). WHO har et mål om en median VUP på tre måneder (Bertolote & McGorry, 2005). Ifølge nye anbefalinger fra Helsedirektoratet bør ikke VUP overstige fire uker (Helsedirektoratet, 2011a).

### **Kartlegging av forsinkelser på veien fram til behandlingsoppstart**

Tidspunkt for behandlingsintervensjon er en av de få *modererbare* faktorer som kan knyttes til utfall for førstegangpsykosepasienter. Dette gjør den særlig interessant for forskning (Melle et al., 2004). I helsesektorer i Skandinavia der man ikke har iverksatt spesielle tiltak for å redusere VUP, finner man en median VUP på omkring 16 uker I sammenlignbare sektorer, der det er gjort tiltak for å redusere VUP, er median VUP bare 5 uker (Melle, Larsen & Haar, 2004).

Jo bedre man forstår hindringer på veien fram til adekvat behandling, jo bedre vil forsøk på å redusere dem kunne lykkes (Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998). Systematisk kartlegging av forhold som kan bidra til å redusere kort VUP for førstegangpsykosepasienter pågår i flere land. Norge er sterkt representert på dette forskningsfeltet gjennom det tidligere omtalte TIPS-prosjektet.

### **Forsinkelser i tiden før det søkes hjelp**

To kvalitative studier av veien fram til behandlingsoppstart, foretatt i Storbritannia (Etheridge, Yarrow & Peet, 2004; Tanskanen et al., 2011), viste at førstegangpsykosepasienter og pårørende ofte nølte lenge med å søke profesjonell hjelp. En hovedforklaring på dette var manglende kunnskap. I tillegg til manglende forståelse av hva symptomene var tegn på, rapporterte en stor andel deltakere at de var usikre på hvor de kunne henvende seg for å få hjelp. En del pasienter antok at hjelp for deres typer plager ikke eksisterte.

I tillegg til manglende kunnskap, ser skam og frykt for negative reaksjoner fra andre ut til å være en utbredt årsak til nøling med å kontakte profesjonell hjelp (Yamazawa et al.,

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

2004; Etheridge et al. 2004; Tanskanen et al., 2011). Generell skepsis knyttet til psykisk helsevern og frykt for tvangsinnleggelse kan utgjøre nok en barriere (Tanskanen et al., 2011).

### **Forsinkelser i primærhelsetjenesten**

For en stor andel pasienter og pårørende er fastlegen den første de kontakter i forbindelse med psykoseproblemtikk (Norman et al., 2004). Forsinkelser i primærhelsetjenesten kan være betydelige (Malla, Bechard-Evans, Jooper, King, Abadi, 2006). Manglende evne til å gjenkjenne tidlige tegn på psykoselidelse samt engstelse for feilaktig å anta en svært alvorlig diagnose kan være årsaker til at fastleger nøler med å henvise til spesialisthelsetjenesten (Etheridge et al., 2004; Tanskanen et al., 2011). Mange pasienter knytter selv plagene sine til søvnmangel, stress og depresjon, hvilket kan gjøre det vanskelig for fastleger å få øye på hva som ligger bak. Pasienter kan også aktivt gå inn for å skjule symptomene sine for helsepersonell, blant annet ved å fokusere på fysiske plager framfor psykiske (Tanskanen et al., 2011).

Ettersom symptomene tidlig i sykdomsløpet gjerne er mildere og vagere enn senere (McGorry et al., 2006), vil fastleger ofte kunne møte pasienter på et sykdomsstadium der symptombildet er relativt lite påfallende.

Rusmisbruk er hyppig forekommende blant førstegangpsykosepasienter og representerer nok en faktor som vanskeliggjør rask diagnostisering (Brunet, Birchwood, Lester & Thornhill, 2007, Helsedirektoratet, 2011a). Førstegangpsykosepasienter er dessuten i hovedsak tenåringer og unge voksne, som i utgangspunktet er i en endringsfase, hvilket også er med på å gjøre det vanskeligere å forstå at en sykdom er under utvikling (Etheridge et al., 2004).

### **Forsinkelser i spesialisthelsetjenesten**

I studien til Tanskanen et al. (2011) fant man at en større andel forsinkelser kunne knyttes til forhold i primær- enn i spesialisthelsetjenesten. En annen britisk studie fant imidlertid at forsinkelser som oppstod etter at spesialisthelsetjenesten var koblet inn representerte så mye som 35 % av total VUP (Brunet et al., 2007). Forsinket behandlingsoppstart etter at kontakt med spesialisthelsetjeneste var kontaktet ble i stor grad forklart av diagnostiseringsvansker og manglende faglig kompetanse. Andre faktorer som bidro til forsinkelser var overveldende arbeidspress og lange ventelister. I helsesektoren som ble undersøkt i denne studien, var det ikke innført tidligdeteksjonstiltak tilpasset førstegangpsykosepasienter.

### **Tiltak for å redusere forsinkelser**

Tidligintervensjonstiltak har som mål å redusere pasienters lidelse, både på kort og lang sikt, samt å redusere den store belastningen psykoselidelser utgjør for samfunnet. Økt kunnskap om psykosesyntomer og viktigheten av å komme tidlig i behandling er et viktig og avgjørende ledd i nesten alle prosjekter som har som mål å redusere VUP (Lloyd-Evans et al., 2011; Scholten et al., 2003). Et av målene med TIPS-prosjektet var å undersøke hvorvidt en storstilt informasjonskampanje om psykoselidelser rettet mot den generelle befolkningen kunne forandre hjelpsøkende atferd. Det ble funnet en klar effekt i form av markant nedgang i VUP i to intervensjonsområder i Rogaland, der kampanjen ble avholdt, sammenlignet med VUP i kontrollregionene Oslo/Ullevål og Roskilde i Danmark (Joa et al., 2008). Flere pasienter ble henvist ved at pårørende tok direkte kontakt med et eget tidligdeteksjonsteam tilknyttet et sykehus, fremfor å gå via fastlegen, og færre hadde behov for innleggelse i forbindelse med behandlingsoppstart (Johannessen et al., 2005).

I en reviewstudie foretatt av Lloyd-Evans et al. (2011), falt TIPS-prosjektet heldig ut. Faktorer som skilte TIPS-kampanjen fra de som var mindre vellykkede, var blant annet at denne var svært omfattende. Det ble annonsert i aviser og på tv, og alle videregående skoler i regionen ble besøkt to ganger i året. Videre ble det antatt at også *innholdet* i kampanjen kan ha vært avgjørende for at den hadde så stor effekt; Kampanjen inneholdt informasjon om psykoselidelser og om viktigheten av å komme raskt i behandling. Den beskrev svært konkret hvordan og hvor man skulle ta kontakt, og den hadde den et klart antistigmatiserende budskap. De to sistnevnte elementene er antatt å ha vært betydningsfulle (Lloyd-Evans et al., 2011).

Informasjonsvirksomhet kan også dreie seg om kursing av helsepersonell i førstelinjetjenesten. Et slikt tiltak har vist seg nyttig på den måten at slik opplæring kan redusere terskelen for viderehenvisning (ibid.)

### **Timing, type og kvalitet i helsetilbudet**

Det er sannsynlig at ikke bare timing, men også type og kvaliteten av behandling for psykoselidelser er av betydning for utfall (McGorry et al., 2010). Et tradisjonelt behandlingstilbud som har ensidig fokus på akutt krise- og risikohåndtering, er ikke optimalt (ibid). Slik sett utgjør VUP ett av flere mål på kvalitet i behandlingstilbudet, og en av flere prognoseindikatorer. Et behandlingstilbud som er spesielt tilpasset førstegangpsykosepasienter korrelerer med høyere grad av brukertilfredshet, bedre

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

oppfølging av den medisinske behandling, lavere grad av behandlingsfravall og bedre forløp sammenlignet med resultater fra ikke-tilpassede tilbud (Craig et al., 2004; Gariety & Rigg, 2001; Lester et al., 2009). Dette kan også gjelde uavhengig av VUP (Petersen et al., 2005). En ung førstegangpsykosepasient som har sitt første møte med psykisk helsevern i form av innleggelse på generell voksenpsykiatrisk akuttavdeling, kan oppleve dette som traumatiserende (Lincoln, Harrigan & McGorry, 1998).

### **Bakgrunnen for denne studien**

Når det gjelder hvilke faktorer som hindrer tidligintervensjon, kan man anta at det finnes variasjoner mellom ulike helseforetak avhengig av hvordan tilbudet er organisert, og lokal kartlegging vil derfor være viktig (Lloyd-Evans et al., 2011). Ulike helseforetak i Norge har siden 2008 rapportert inn median VUP fra sin pasientpopulasjon til Norsk pasientregister, og det framkom store variasjoner. (Tallene er for tiden ikke tilgjengelig, rapporteringsrutinene er under revidering.)

Vår studie er foretatt på oppfordring fra ledelsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Sykehusets beregninger av median VUP var for årene 2008, 2009, 2010 og henholdsvis 50, 52, 29 og 16 uker, og man har vært bekymret for tallene som framkom for de to første årene. Formålet med denne undersøkelsen er å bidra med kunnskap som vil kunne brukes i det allerede pågående arbeidet med å omorganisere behandlingstilbudet ved dette helseforetaket på en måte som gjør det mulig å nå fram til psykosepasienter på enda tidligere sykdomsstadium. Studien er konsentrert om tiden fra symptomoppstart fram til behandlingsoppstart. Den vil ikke omhandle videre behandlingsforløp.

Data er basert på informasjon hentet fra pasientjournaler og på resultater fra en spørreundersøkelse rettet mot behandlere ved sykehusets psykiatriske seksjoner. Spørreundersøkelsen gir mulighet for behandlere selv å kunne uttale seg om hvilke tiltak de mener vil være nyttige for å kunne tilby bedre og mer effektiv hjelp til førstegangpsykosepasienter. Vi håper resultatene fra denne undersøkelsen vil kunne være til nytte i det pågående tilretteleggingsarbeidet.

I det følgende vil vi orientere oss etter en modell der pasienters vei fra symptomoppstart og fram til adekvat behandlingsoppstart er delt inn i følgende tre etapper: *Etappe 1* = Perioden fra symptomoppstart fram til første kontakt med helsevesenet om psykoseproblematikk.

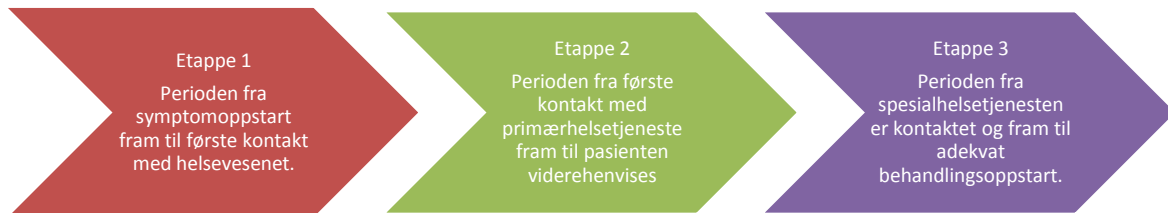


## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

*Etappe 2* = Perioden fra første kontakt med primærhelsetjenesten fram til viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten.

*Etappe 3* = Perioden fra spesialisthelsetjenesten er kontaktet og fram til adekvat behandlingsoppstart.

Dette kan illustreres ved hjelp av følgende figur:



**Fig. 1.** Etappeinndeling.

### **Problemstillinger**

I denne undersøkelsen søker vi å finne svar på hva som hemmer og hva som fremmer tidlig behandlingsintervensjon for førstegangpsykosepasienter.

Følgende tre problemstillinger vil søkes besvart:

1. Hvilke forsinkelser kan knyttes til tiden fra symptomoppstart og fram til det søkes profesjonell helsehjelp (etappe 1), og hva kan gjøres for å redusere disse?
2. Hvilke forsinkelser kan knyttes til tiden fra primærhelsetjenesten er kontaktet og fram til henvisning er sendt til spesialisthelsetjenesten (etappe 2), og hva kan gjøres for å redusere disse?
3. Hvilke forsinkelser kan knyttes til tiden etter at henvisning er sendt og fram til oppstart av adekvat behandling i spesialisthelsetjenesten (etappe 3), og hva kan gjøres for å redusere disse?

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

# METODE

## Hensikt, type studie

Undersøkelsen har til hensikt å identifisere forhold knyttet til organisering av helsetjenester som kan bidra til å forklare tiden det tar for førstegangpsykosepasienter å komme til behandling.

Studien baserer seg på retrospektive, kvantitative data. Data er samlet inn ved hjelp av gjennomgang av pasientjournaler og gjennom en spørreundersøkelse administrert til behandlingspersonalet i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

## Setting

Studien foregikk ved Voksenpsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus, som ligger på Vinderen i Oslo. Sykehuset dekker en sektor med rundt 120.000 innbyggere, herav 90.000 voksne. Voksenpsykiatrisk avdeling består av poliklinikk og to innleggelsesavdelinger, en akutt- og en allmennpsykiatriskavdeling. I tillegg finnes en egen poliklinikk for rus og psykiatri og en avlastningsenhet for kortere døgnopphold. Tilknyttet avlastningsenheten er et ambulant akutteam. Dette er et lavterskel krisetilbud som pasienter og pårørende kan kontakte direkte. Tilbudet er tilgjengelig på kveldstid, i helger og høytider. Ved poliklinikk er det på dagtid mulig å ta kontakt med øyeblikkelig hjelp og får en psykologisk vurdering samme dag.

## Informasjonskilder, deltakere og utvalg

To informasjonskilder dannet grunnlaget for innsamling av datamateriale i denne studien.

Den ene var journaler tilhørende 41 pasienter som på forhånd var diagnostisert med psykoselidelser i kategorien F20 – F29 ifølge klassifikasjonssystemet ICD-10. Alle pasienter som ble inkludert, var hentet fra liste over registrerte førstegangpsykosepasienter ved sykehuset der studien fant sted. Denne listen har dannet grunnlag for innrapportering av varighet av ubehandlet psykose til Norsk pasientregister. Samtlige pasienter oppført i årene

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

2008 og 2011 ble inkludert i studien. For 2008 var antall registrerte førstegangpsykosepasienter 13 og for 2011 28. En pasient fra 2008-lista, og en fra 2011-lista ble ekskludert fordi de stod registrert med en beregnet VUP på 1000 uker, hvilket ville gi uønsket utliggerproblematikk i et så lite utvalg som vårt.

Bakgrunnen for å se på journaler fra årene 2008 og 2011 var et ønske om å kunne sammenligne dem. I perioden mellom disse to årene ble det satt mer søkelys på behandlingstilbudet til førstegangpsykosepasienter ved sykehuset der dataene er hentet fra, og en del tilpasninger er gjort. I løpet av perioden 2008 - 2011 ble registrert median VUP sterkt redusert i sektoren dette sykehuset dekker, fra 50 til 16 uker, ifølge tall rapportert fra sykehuset til Norsk pasientregister. Ulikheter i funn fra journalene fra de to årene 2008 og 2011 ville kunne gi informasjon om effekter av allerede gjennomførte endringer i organiseringen av behandlingstilbudet.

Den andre kilden til informasjon i denne studien er resultater fra en spørreundersøkelse av typen QuestBack. Den omhandlet behandlingstilbudet for aktuell pasientgruppe. Denne formen for spørreundersøkelse er nettbasert, og sykehuset har abonnementsordning på denne tjenesten. Undersøkelsen ble administrert via e-post til alle behandlere ved Diakonhjemmet sykehus' psykiatriske enheter, til sammen 289 personer. Disse var fordelt på følgende sju yrkeskategorier: Lege, lege med spesialisering innen psykiatri, psykolog, psykologspesialist, sykepleier, spesialsykepleier, rehabiliteringskonsulenter, samt en "annet"-kategori. Det ble antatt at personalet på bakgrunn av sine erfaringer med aktuell pasientgruppe ville ha kvalifiserte oppfatninger av hva som kan utgjøre mangler og forbedringspotensiale i måten tilbudet er organisert på, med en mulighet for noe variasjon avhengig av profesjonsbakgrunn.

## **Prosedyre for datainnsamling**

### **Gjennomgang av pasientjournaler**

Pasientjournaler ble gjennomgått først. I en innledende runde ønsket vi å skaffe en bred oversikt over materialet. Gradvis utarbeidet vi et kodingsskjema med kvantifiserbare variabler som ble ansett som relevante for problemstillingene (appendiks 1). For å sikre felles registreringsrutiner, gjennomgikk vi seks like journaler hver for oss. Registreringene ble så sammenlignet og funnet å være i overensstemmelse med hverandre. I det videre

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

datainnsamlingsarbeidet gjennomgikk vi de resterende journalene hver for oss, men konfererte underveis der vi var i tvil om riktig registrering. Det endelige utvalget variabler omhandlet informasjon som kunne kodes kvantitativt. Variablene omfattet demografiske data, henvisningsinstans, enhet for første kontakt, VUP- lengde, fating av tvangsvedtak, utredningsprosedyrer, endringer til annen diagnosekategori, dokumentasjon av kontakt med pårørende, rusproblematikk, tidligere kontakt med psykisk helsevern og forekomst av alvorlig psykisk lidelse i nær familie. Også tid fra første kontakt til oppstart av medikamentell behandling, og til viderehenvisning til ekstern utredning og ekstern behandling ble registrert. Alle beregninger av tid ble omregnet og oppgitt i antall uker.

Det var ingen anledning til å etterprøve nedtegnede journalopplysninger. Der vi kom over mangler og motstridende registreringer i pasientjournalene, ble disse plassert i kategorien ”usikkert” dersom opplysninger var motstridende og som *data missing* i tilfeller der grunnleggende informasjon vi forventet å finne ikke forelå. VUP-beregninger manglet for til sammen 49 % av utvalget. Fordi vi fant at én og samme pasient ofte stod oppført med ulike F20-29-diagnoser i ulike journaldokumenter, valgte vi å ikke skille mellom ulike psykosedagnoser. Spesifikk psykosedagnose var heller ikke relevant for vår hovedproblemstilling.

### **Utvikling og administrering av QuestBack-undersøkelsen**

Valg av momenter ble gjort med utgangspunkt i relevant forskning, nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2011), og på bakgrunn av funn fra journalgjennomgangen. Videre ble utkast til undersøkelsen sendt en gruppe fagfolk både innenfor og utenfor Diakonhjemmet sykehus for evaluering. En endelig versjon inneholdt en liste på 27 utsagn som representerte faktorer som kan tenkes å hemme og fremme tidlig behandlingsoppstart for førstegangpsykosepasienter (appendiks 3). Eksempler på utsagn var: ”Førstegangpsykose bør være fast tema på samarbeidsmøter med fastlegekontorer”. ”Lav terskel for psykose-screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose”. ”Jeg vil gjerne delta når pasienter utredes for psykose av andre behandlere”. ”Det kan være vanskelig å beregne presis VUP for mange psykosepasienter”. Respons kunne gis på en 5-punkts Likert skala for hvert av utsagnene. De fem responskategoriene var *helt uenig*, *litt uenig*, *verken enig eller uenig*, *litt enig*, *helt enig*. Ved hjelp av såkalt routing-funksjon, kunne undersøkelsen utformes slik at påstander som gjaldt utredning, diagnostisering og beregning av VUP bare ble stilt personer i kategoriene *lege*, *psykiater*, *psykolog* og *psykologspesialist*, som er de behandlerne som har

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

ansvar for slike oppgaver. Ledelsen ved ulike avdelinger oppfordret på fellesmøter ansatte til å delta. Selve undersøkelsen ble sendt ut til personalets interne e-postadresser fra sykehusets administrasjon. Samtidig med at e-post med lenke til selve undersøkelsen (appendiks 2) ble sendt ut, ble det også sendt en orienterende e-post som beskrev undersøkelsens bakgrunn og hensikt (appendiks 4). Orienteringen forsikret også om anonymitet, og var undertegnet av ledelsen ved Voksenpsykiatrisk avdeling. Deltakere ble bedt om å svare innen en uke. Tre dager etter første utsendelse ble automatisk påminnelse ble sendt ut til alle som inntil da ikke hadde svart. En av respondentene ble plukket ut som en heldig vinner av et gavekort på 1000 kr fra XXL. Av i alt 289 personer som ble bedt om å delta i undersøkelsen, var det 90 som svarte. Dette utgjør en responsrate på ca 31 %.

### **Godkjenning, konfidensialitetssikring**

Fordi deler av datainnsamlingsprosessen omfattet innsyn i sensitivt materiale, kontaktet vi Regional etisk komité for å få klarhet i om det var nødvendig å søke om godkjenning av prosjektet. Vi mottok svar om at slik søknad ikke var påkrevet. Begrunnelsen for dette var at prosjektet var å anse som ledd i nødvendig kvalitetssikringsarbeid ved institusjonen. Pasientvernombudet ga godkjenning til innsyn i pasientjournaler. Konfidensialitet ble sikret ved at alle data som ble hentet ut fra journaler var anonymisert, og ved at oppgaven skal oppbevares med klausul. Registrerte opplysninger ble oppbevart i rom med smekklås inntil de kunne makuleres

### **Dataanalyse**

Dette var en deskriptiv studie. 39 pasienter ble inkludert i analysen av journaldata, av disse 12 fra 2008 og 27 fra 2011. Etter koding av registreringene ble disse plottet inn i programmet SPSS for statistisk analyse. Data fra QuestBack-undersøkelsen kunne analyseres direkte i QuestBack-programmet og kunne i tillegg overføres direkte for analyse i SPSS.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

# RESULTATER

## Resultater fra journalgjennomgangen

### Analyser

Det ble foretatt beskrivende statistikk av alle data. En sammenligning ble gjort basert på årstall (2008 og 2011), sted for førstekontakt (avdeling/poliklinikk) for all data. T- test av uavhengig data ble utført for å undersøke om forskjellen mellom noen av variablene var statistisk signifikant.

### Karakteristika ved utvalget

Datamaterialet hentet fra sykehusets journalarkiv bestod av 39 journaler til pasienter som fikk en diagnose i kategorien F20-29 (psykose eller schizofreni) i 2008 og 2011 ved Vinderen Voksenpsykiatriske avdeling. **Tabell 1** viser karakteristika for utvalget og demografiske variabler tidligere beskrevet i metodedel. Som det fremkommer av **tabell 1** inkluderte gjennomgangen færre journaler fra 2008 enn i 2011. Kjønn, gjennomsnittlig alder, antall pasienter under 25 år, andel pasienter med norsk etnisk opprinnelse og fordeling med henhold til utdanning og yrkesaktivitet fremkommer i **tabell 1**.

**Tabell 1.** Karakteristika for utvalget for årene samlet

	<b>2008 og 2001</b>
<b>N</b>	39
<b>Antall journaler i 2008/2011</b>	12/27
<b>Alder (gjennomsnitt)</b>	31,2 år
<b>Andel pasienter under 25 år</b>	35,9 %
<b>Andel pasienter med etnisk norsk opprinnelse</b>	79,5
<b>Menn</b>	51,3 %
<b>Kvinner</b>	48,7 %
<b>Andel pasienter som ikke har fullført VGS</b>	15,4 %
<b>Andel pasienter med høyere utdanning (3 år eller mer)</b>	23,1 %

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Yrkesaktiv fulltid	20,5 %
Trygd /sykemelding	53,8 %
Pasient bor sammen med andre	56,4 %

I denne undersøkelsen søker vi å finne svar på hva som hemmer og hva som fremmer tidlig behandlingsintervensjon for førstegangpsykosepasienter. Resultatene vil bli presentert i tråd med de tre etappene nevnt i forbindelse med beskrivelse av problemstillinger.

### Etappe 1

Som det fremkommer av **tabell 8** var det ingen forskjell i andel pasienter med rusproblematikk ved behandlingsoppstart i 2008 og 2011. De fleste pasientene bodde sammen med noen andre, se **tabell 1**. Det var liten forskjell i andel pårørende som var involvert i oppstart av behandling mellom de to årene, se **tabell 5**. Ca halvparten av pasientene samlet gikk på arbeidsledighetstrygd eller var sykemeldt noe som betyr at under halvparten var yrkesaktive (deltid/heltid) eller studenter, se **tabell 1**.

I **tabell 2** kan man se at over halvparten av pasientene hadde første kontakt på sykehuset i form av innleggelse på avdeling. Forekomsten av fattede tvangsvedtak var noe lavere i 2011 enn i 2008.

Ingen registrerte data fra journalene ga direkte informasjon om forsinkelser knyttet til etappe 1.

**Tabell 2.** Omstendigheter omkring mottak ved Diakonhjemmet sykehus

	2008	2011
Første mottak på poliklinikk	41,7 %	44,4 %
Første mottak på avdeling	58,3 %	55,6 %
Henvisingstid til poliklinikken	3,5 uker 3 (median)	1,8 uker 1 (median)
Andel pasienter med fattede tvangstiltak	58,3 %	44,4 %
Andel pasienter lagt inn i påvente av poliklinisk time	8,3 %	18,5 %

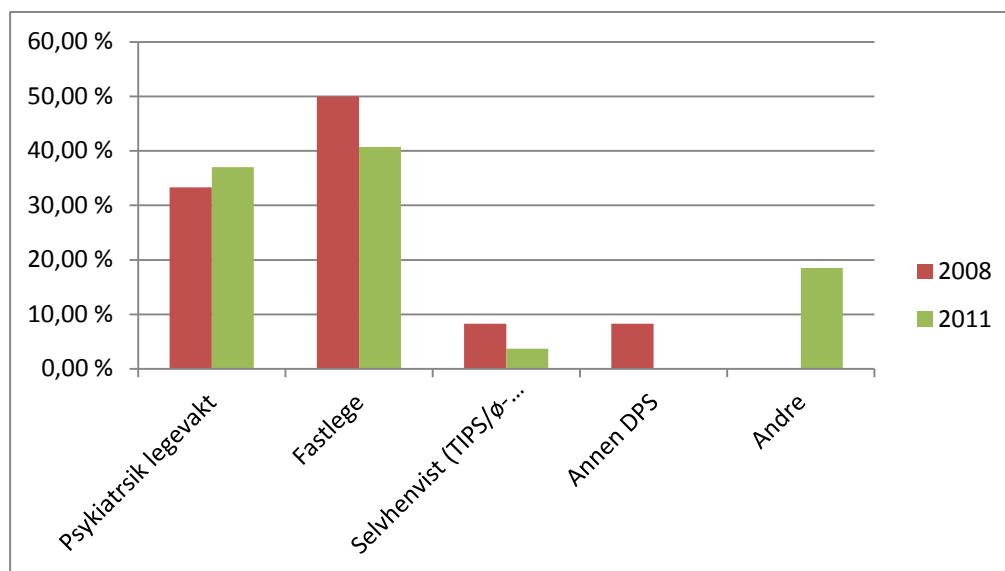
Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## Etappe 2

**Figur 2** illustrerer at de fleste av pasientene ble henvist til sykehuset av fastlegen, både i 2008 (50 %) og 2011 (40,7 %). Forskjellen mellom årene var liten. Det var en liten oppgang i antall henvisninger fra psykiatrisk legevakt i 2011. Videre var det få pasienter som selv tok kontakt for å få hjelp (selvhenvising via ø-hjelp, akutteam eller TIPS -telefonen) eller som ble henvist fra andre instanser. Dette gjaldt for begge årene.

I **tabell 3** kommer det frem at alle pasienter henvist fra psykiatrisk legevakt ble lagt inn til observasjon på avdeling. Ingen av disse hadde første kontakt på poliklinikken. De fleste av pasientene som ble henvist fra fastlegen, hadde behandlingsoppstart på poliklinikken.

Det ble ikke funnet noe estimat på hvor mange ganger pasientene hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten i forbindelse med psykoseproblematikk forut behandlingsoppstart. Journalgjennomgangen ga dermed ingen informasjon som kunne si noe om eventuelle forsinkelser knyttet til etappe 2. Gjennomgang av henvisningsbrev fra fastleger inneholdt ikke informasjon om antall tidligere kontakter pasienten hadde hatt med fastlegen om psykoseproblematikk.



**Fig. 2.** Fordeling av henvisningsinstanser i 2008 og 2011



**Tabell 3.** Sammenheng mellom henvisningsinstans og første kontakt på psykiatriskavdeling eller poliklinikk

	<b>Avdeling</b>	<b>Poliklinikk</b>
<b>Henvist fastlege</b>	5	12
<b>Henvist psykiatrisk legevakt</b>	14	0
<b>Selvhenvist (TIPS, ø-hjelp, akuttteamt)</b>	0	2
<b>Annen DPS</b>	1	0
<b>Andre</b>	2	3

### **Etappe 3**

#### *VUP i journal*

Det forelå noen flere beregninger av VUP i 2011 enn i 2008. Få behandlere gjorde rede for bakgrunnen for VUP-beregningene i eget dokument i 2011, ingen i 2008, se **Tabell 7** (begrunnelse for VUP i journal).

Som det fremkommer av **tabell 4** var beregnet gjennomsnitt av VUP kortere i 2011 enn i 2008. Det samme gjelder median VUP. Denne forskjellen mellom årene var imidlertid ikke statistisk signifikant (t-test av uavhengig utvalg). Median og gjennomsnitt av VUP for pasienter som hadde første kontakt på avdeling var kortere enn for pasienter som hadde første kontakt på poliklinikken. Forskjellen var ikke statistisk signifikant (t-test av uavhengig utvalg).

I 2008 og 2011 var det registrert kontakt mellom sykehus og pårørende i tiden omkring behandlingsoppstart for et flertall av pasientene, se **tabell 5**.

**Tabell 4.** VUP-beregninger

	<b>2008</b>	<b>2011</b>	<b>Avdeling</b>	<b>Poliklinikk</b>
<b>VUP-gjennomsnitt</b>	217,8 uker	40,2 uker	76 uker	105,5 uker
<b>VUP median</b>	50 uker	15,5 uker	12 uker	50 uker

**Tabell 5.** Registreringer som gjelder forekomst av pårørendekontakt

	<b>2008</b>	<b>2011</b>
<b>Andel journaler med registrert kontakt mellom pårørende og sykehus</b>	75 %	70,4 %
<b>Andel pårørende involvert i oppstart av behandling</b>	33,3 %	37 %

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

#### *Tid for oppstart av behandling*

Som det fremkom av **tabell 2** var den gjennomsnittlige henvisningstiden til poliklinikken kortere i 2011 enn i 2008. Denne forskjellen var imidlertid ikke statistisk signifikant (t-test av uavhengig utvalg). Mottak ved akutt- eller allmennpsykiatriskavdeling skjedde samme dag som henvisning fra psykiatrisk legevakt. For noen pasienter ble situasjonen så akutt mens de ventet på poliklinisk time, at de i mellomtiden ble lagt inn på avdeling. Dette gjaldt en noe høyere andel pasienter i 2011 enn i 2008.

De fleste av pasientene startet på antipsykotika ved behandlingsoppstart begge årene. **Tabell 7** viser at pasienter som ble mottatt på avdeling startet medisinerer umiddelbart etter mottak begge årene. For pasienter som kom inn via poliklinikken, fant vi en nedgang i antallet uker fra mottak til oppstart av medisinerer fra 2008 til 2011. Dette tyder på at poliklinikken har blitt raskere med igangsetting av medikamentell behandling.

Registrert forekomst av tidligere kontakt med Diakonhjemmet, BUP eller annen spesialistinstans var omtrent lik for begge årene, se **tabell 6**.

#### *Utredning og viderehenvisning*

Som det fremkommer av **Tabell 7** var det en klar økning i bruk av minst ett psykometrisk utredningsinstrument (PANSS, SCID osv) blant behandlere i 2011. I 2008 hadde ingen av journalene en egen utredningsplan som overskrift. I 2011 var det opprettet utredningsplan for over halvparten av pasientene.

Flere av pasientene hadde også en eller flere registrerte tilleggsdiagnoser begge årene. Tilleggsdiagnosene inkluderte rus-relaterte diagnoser. I både 2008 og 2011 hadde de fleste av pasientene fortsatt en diagnose i kategorien F20-29 (psykose- og schizofrenilidelser), se **tabell 8**.

Alle psykosepasienter som kommer til sykehuset kan tilbys utredning av en ekstern fagperson tilknyttet det såkalte TOP-prosjektet (Tematisk Område Psykose). **Tabell 7** viser at omtrent like mange pasienter ble henvist til ekstern utredning (TOP-prosjektet) i 2008 og 2011. Gjennomsnittlig tid fra mottak på sykehuset til henvisning til TOP ble sendt, gikk opp fra 2008 til 2011. I 2011 var den 10,5 uker (medianverdi). En liten andel pasienter ble tilbudt overføring til en annen spesialistinstans kalt Avdeling for førstegangpsykose (AFP). Andelen pasienter som viderehenvises var liten, både i 2008 og 2011, se **tabell 7**.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**Tabell 6.** Tidligere kontakt med spesialisthelsetjenesten

	2008	2011
Tidligere kontakt med psykiatrisk avdeling på Diakonhjemmet	25 %	33,3 %
Tidligere kontakt med annen spes. helsetjenesteinstans	33,3 %	33,3 %
Tidligere BUP kontakt	25 %	18,5 %

**Tabell 7.** Praksis for VUP- registrering, utredning, diagnostisering og medisinerings

	2008	2011
Andel VUP registrert	41,7 %	51,9 %
Andel begrunnelse for VUP i journal	0 %	33,3 %
Dokumentert bruk av psykometriske tester	16,7 %	63 %
Utredningsplan dokumentert i journal	0 %	52 %
Andel pasienter som har fått antipsykotisk medikasjon	83,3 %	96,3 %
Tid fra mottak og til oppstart av antipsykotika (avdeling)	0 uker 0 (median)	0,4 uker 0 (median)
Tid fra mottak og til oppstart av antipsykotika (poliklinikk)	10,6 uker 4 (median)	7 uker 2(median)
Andel pasienter henvist TOP	41,7 %	44,4 %
Tid fra mottak til henvisning til TOP	9,5 uker 9,5 median	16,9 uker 10,5 median
Andel pasienter viderehenvist AFP	16,7 %	18,5 %
Tid fra mottak til viderhenvisning til AFP	5,5 uker 5,5 median	8,2 uker 3 median

**Tabell 8.** Forhold som gjelder diagnoser i utvalget

	2008	2011
Andel pas. som hadde en tilleggdiagnose	41,7 %	40,7%
Andel pas som fremdeles har F20 diagnose i siste epikrise	66,7 %	85,2 %
Andel pasienter med et registrert rusproblem	33,3%	33,3 %

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## Resultater fra spørreundersøkelse rettet mot personalet

### Analyser

Det ble foretatt beskrivende statistikk av all data. Det ble gjort en sammenligning basert på profesjon (lege, psykolog, psykiater og psykologspesialist) når det gjaldt spørsmål relatert til utredning, diagnostisering og beregning av VUP.

### Karakteristika ved utvalget

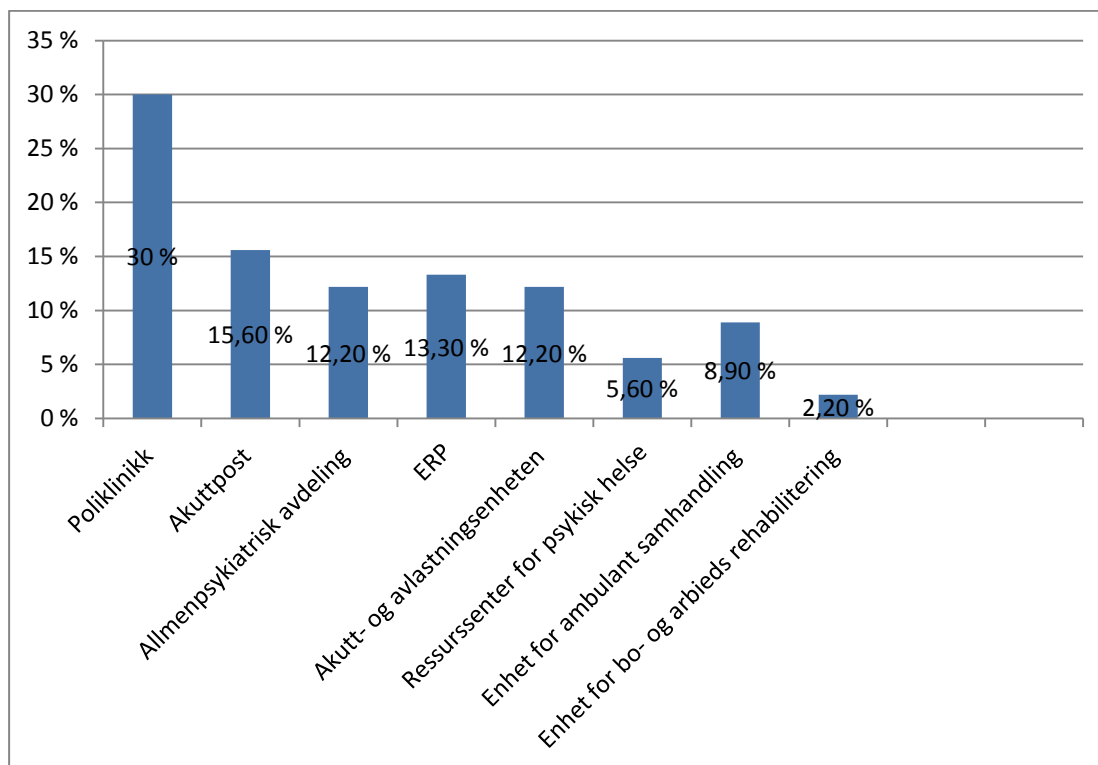
Som det fremkommer av **tabell 9** bestod utvalget av 90 ansatte ved Voksenpsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus. "Annet" kategorien bestod av sosionomer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og annet helsepersonell. Utvalget bestod av flest spesialistsykepleiere og helsepersonell i "annet" kategorien.

**Tabell 9.** Oversikt over yrkesfordeling i utvalget av behandlere

	Antall	%
<b>N</b>	90	100 %
<b>Lege</b>	7	7,8 %
<b>Psykiater</b>	12	13 %
<b>Psykolog</b>	7	7,8 %
<b>Psykologspesialist</b>	10	11,1 %
<b>Sykepleier</b>	5	5,6 %
<b>Spes.sykepleier</b>	21	23,3 %
<b>Rehab.konsulent</b>	0	0 %
<b>Annet</b>	28	31,1 %

**Figur 3** gir en oversikt over prosentandel responser fra de ulike avdelingene ved Voksenpsykiatrisk avdeling. De fleste respondentene er ansatt ved poliklinikken, etterfulgt av akuttposten.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?



**Fig. 3.** Svarprosent fra de ulike enhetene ved Voksenpsykiatrisk avdeling

### Etappe 1

Som det fremkommer av **tabell 10** var de fleste av respondentene *litt enige* i påstanden om at pasienter med førstegangpsykose er usikre på hvor de skal henvende seg med plagene sine og til påstanden om at pårørende er usikre på hvor de skal henvende seg. Det samme gjaldt påstanden om de berørte personene opplever skam i forbindelse med det å ha en psykoselidelse.

De fleste av respondentene var *helt enige* i påstanden om at det vil være nyttig å jevnlig besøke videregående skoler og informere elever, helsesøstre og lærere om symptomer, viktigheten av å komme raskt i behandling og hvor man skal ta kontakt. Nesten alle respondentene var *helt enige* i at det vil være nyttig å sørge for at Diakonhjemmets brosjyre til ungdom om psykose ("Kan det være psykose?") gjøres mer tilgjengelig for befolkningen. De fleste var *litt* eller *helt enige* i forslaget om å satse på kampanjer og informasjonstiltak rettet mot befolkningen, se **tabell 10**.

## Hvordan kan pasienter med førstegangspysykose komme raskere til behandling?

**Tabell 10.** Forsinkelser og tiltak som gjelder etappe 1

<b>I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påsander:</b>	<b>helt uenig</b>	<b>litt uenig</b>	<b>verken enig eller uenig</b>	<b>litt enig</b>	<b>helt enig</b>	<b>N</b>
1) Pasienter med førstegangspysykose er usikre på hvor de skal henvende seg med plagene sine	4,4 %	10,0 %	14,4 %	<b>44,4 %</b>	26,7 %	90
2) Pårørende er usikre på hvor de skal henvende seg for hjelp ved førstegangspysykose i familien	4,4 %	10,0 %	21,1 %	<b>41,1 %</b>	23,3 %	90
3) De berørte personene opplever skam knyttet til det å ha en psykoselidelse	0,0 %	3,3 %	20,0 %	<b>47,8 %</b>	28,9 %	90
4) Det vil være nyttig å jevnlig besøke videregående skoler i sektor og informere elever, helsesøstre og lærere om symptomer, viktigheten av å komme raskt i behandling og hvor man skal ta kontakt	2,2 %	4,4 %	8,9 %	24,4 %	<b>60,0 %</b>	90
5) Det vil være nyttig å sørge for at Diakonhjemmets brosjyre til ungdom om psykose ("Kan det være psykose?") blir mer tilgjengelig for befolkningen i vår sektor (f.eks gjennom fastlegekontorer, hos NAV, på skoler og i studenthelsetjenesten)	1,1 %	0,0 %	1,1 %	18,9 %	<b>78,9 %</b>	90
<b>I hvilken grad er du enig/uenig i følgende tiltak:</b>	<b>helt uenig</b>	<b>litt uenig</b>	<b>verken enig eller uenig</b>	<b>litt enig</b>	<b>helt enig</b>	<b>N</b>
Mer informasjon og kampanjer til befolkningen	1,1 %	1,1 %	15,6 %	<b>25,6 %</b>	<b>56,7 %</b>	90

## Etappe 2

Over halvparten av personalet ved Voksenpsykiatrisk avdeling var *helt enige* i påstanden om at fastleger bør senke terskelen for å henvise ved mistanke om psykoselidelse, og at tett samarbeid med BUP er viktig, se **tabell 11**.

Videre viser **tabell 11** at de fleste var *helt enige* i at psykosekurs for fastleger vil være nyttig, til at førstegangpsykose bør være fast tema på samarbeidsmøter med fastlegekontorer og til forslaget om mer arbeid ut mot primærhelsetjenesten.

**Tabell 11.** Forsinkelser og tiltak som kan redusere forsinkelser i etappe 2 (fastlegen)

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påsander:	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig	N
6) Fastleger bør senke terskelen for å henvise til utredning for mulig psykoselidelse	1,1 %	1,1 %	14,4 %	32,2 %	<b>51,1 %</b>	90
7) Psykosekurs til fastleger vil være nyttig	0,0 %	0,0 %	6,7 %	22,2 %	<b>71,1 %</b>	90
8) Førstegangpsykose bør være fast tema på samarbeidsmøter med fastlegekontorer	0,0 %	5,6 %	10,0 %	22,2 %	<b>62,2 %</b>	90
9) Tett samarbeid med BUP i både enkeltsaker og for kompetanseutvikling er viktig	0,0 %	0,0 %	4,4 %	15,6 %	<b>80,0 %</b>	90
I hvilken grad er du enig/uenig i følgende tiltak:	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig	N
Mer arbeid ut mot primærhelsetjenesten som fastleger	0 %	0 %	4,4 %	32,2 %	<b>63,3 %</b>	90

## Etappe 3

Den største andelen av respondentene var *verken enige eller uenige* i påstanden om at behandlere gir rask respons på henvisninger som gjelder mulig psykoseproblematikk. Dette gjaldt også påstanden om at mange pasienter ikke møter til førstegangskonsultasjon ved poliklinikken. De fleste var imidlertid *litt* eller *helt enig* i at personalet på Voksenpsykiatrisk avdeling har nødvendig kunnskap om viktigheten av tidlig behandling av psykose, se **tabell 12**.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**Tabell 12.** Forsinkelser og tiltak som kan redusere forsinkelser i etappe 3

<b>I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påsander:</b>	<b>helt uenig</b>	<b>litt uenig</b>	<b>verken enig eller uenig</b>	<b>litt enig</b>	<b>helt enig</b>	<b>N</b>
10) Behandlere på Voksenpsykiatrisk avdeling gir rask respons (innen 7 dager) når de har fått en pasient henvist med spørsmål om psykose?	0,0 %	8,9 %	<b>38,9 %</b>	33,3 %	18,9 %	90
11) Personalet på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen har nødvendig kunnskap om viktigheten av tidlig behandling av psykose	1,1 %	10,0 %	4,4 %	<b>38,9 %</b>	<b>45,6 %</b>	90
12) Mange pasienter møter ikke til førstegangskonsultasjon ved poliklinikken	1,1 %	10,0 %	<b>47,8 %</b>	31,1 %	10,0 %	90
<b>Diagnostiseringsvansker/ utredning</b>						
13) Diagnostisering av psykoselidelser er vanskelig tidlig i sykdomsutviklingen	2,2 %	12,2 %	7,8 %	<b>44,4 %</b>	33,3 %	90
14) Lav terskel for psykose-screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose	3,3 %	4,4 %	23,3 %	<b>36,7 %</b>	32,2 %	90
15) Rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering av psykoselidelser.	0 %	5,6 %	0 %	<b>47,2 %</b>	<b>47,2 %</b>	36
16) Jeg ønsker meg økt kompetanse i å utrede pasienter med tvetydige symptombilder som kan være tegn på psykose i utvikling	5,6 %	2,8 %	16,7 %	27,8 %	<b>47,2 %</b>	36
17) Hvis jeg mistenker psykoseproblematikk nøler jeg ikke med å utrede nærmere	0 %	0,0 %	0 %	8,3 %	<b>91,7 %</b>	36
18) TOP-utredning sikrer god utredning av førstegangpsykose ved Diakonhjemmet sykehus	0 %	6,7 %	25,6 %	26,7 %	<b>41,1 %</b>	90
19) Jeg vil gjerne delta når pasienter utredes for psykose av andre behandlere	4,4 %	3,3 %	41,1 %	<b>17,8 %</b>	<b>33,3 %</b>	90
20) Det bør opprettes et eget team for tidlig identifikasjon ved psykose	1,1 %	6,7 %	18,0 %	31,5 %	<b>42,7 %</b>	90
<b>I hvilken grad er du enig/uenig i følgende tiltak:</b>	<b>helt uenig</b>	<b>litt uenig</b>	<b>verken enig eller uenig</b>	<b>litt enig</b>	<b>helt enig</b>	<b>N</b>
Eget TIPS team	1,1 %	10,0 %	21,1 %	<b>28,9 %</b>	<b>38,9 %</b>	90
Eget psykose team	1,1 %	7,8 %	27,8 %	<b>28,9 %</b>	<b>34,4 %</b>	90
Mer kompetansetilførsel/opplæring av de ansatte	0 %	1,1 %	7,8 %	<b>35,6 %</b>	<b>55,6 %</b>	90



## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

### VUP

I vår spørreundersøkelse ble bare leger, psykiatere, psykologer og psykologspesialister bedt om å ta stilling til påstander som gjaldt utredning og diagnostisering av psykoselidelser og påstanden som gjaldt vansker med beregning av VUP. Som det fremkommer i **tabell 13** var de fleste av behandlerne *helt enige* i at det kan være vanskelig å beregne presis VUP for mange pasienter med psykoselidelse. De fleste av respondentene var *litt enige* i at beregning av VUP for pasienter på Diakonhjemmet gir en god indikasjon på kvalitet ved behandlingstilbudet og at VUP-beregninger representerer informasjon som er nyttig for å forstå pasienters sykdomsbilde.

**Tabell 13.** VUP

I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påsander:	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig	N
21) Det kan være vanskelig å beregne presis VUP for mange psykosepasienter	0 %	2,8 %	2,8 %	27,8 %	<b>66,7 %</b>	36
22) Å beregne VUP for pasienter på Diakonhjemmet gir en god indikator på kvalitet ved behandlingstilbudet	11,1 %	13,3 %	22,2 %	<b>35,6 %</b>	17,8 %	90
23) VUP-beregninger representerer informasjon som er nyttig for å forstå pasienters sykdomsbilde.	5,6 %	11,1 %	27,8 %	<b>37,8 %</b>	17,8 %	90

### Utredning, diagnostisering og viderehenvisning

De fleste av psykologene, psykologspesialistene, legene og psykiaterne var *helt enige* i at de ønsker seg økt kompetanse i å utrede pasienter med tvetydige symptombilder. Nesten alle var *helt enige* i at de ikke nøler med å utrede dersom de mistenker psykoseproblematikk. Nesten alle var *litt* eller *helt enige* i at rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering av psykoselidelser, se **tabell 12**.

Av alle respondentene var de fleste *litt enige* i at lav terskel for psykose-screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose, og i at diagnostisering av psykoselidelser er vanskelig tidlig i sykdomsutviklingen, se **tabell 12**. Videre var de fleste av respondentene ved Voksenpsykiatrisk avdeling *helt enige* i at ekstern utredning igjennom TOP- prosjektet sikrer

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

god utredning av førstegangpsykose ved Diakonhjemmet sykehus. De fleste var *litt eller helt enige* til påstanden om de vil delta når pasienter utredes for psykose av andre behandlere.

I **tabell 12** kommer det frem at de fleste var *helt enige* i at det bør opprettes et eget team for tidlig identifikasjon ved psykose. De fleste sa seg *litt eller helt enige* i påstander som gjaldt tilføring av mer kompetanse og opplæring om psykose for ansatte ved Diakonhjemmet sykehus, opprettelse av eget TIPS-team og eget psykoseteam.

**Tabell 14** viser en oversikt over de ulike yrkesgruppene representert i undersøkelsen og deres mening om egen kompetanse, utrednings- og diagnostiseringsvansker og VUP-beregninger. Respondenter i de ulike yrkesgruppene svarte likt på påstanden som gjaldt vansker med å beregne VUP, hvorvidt de nøler med å utrede dersom de mistenker psykoseproblematikk, og at rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering. Det var færre psykiatere enn leger, psykologer, psykologspesialister som var *helt eller litt enige* i at diagnostisering av psykoselidelser er vanskelig tidlig i sykdomsutviklingen. Færre psykologer enn de andre yrkesgruppene var *helt eller litt enige* i at lav terskel for psykose screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose. Flere psykologer enn de andre yrkeskategoriene ønsket økt utredningskompetanse.

**Tabell 14.** Ulike yrkesgrupper respons mht utrednings og diagnostiseringsvansker

	Lege	Psykiater	Psykolog	Psykolog spesialist
Det kan være vanskelig å beregne presis VUP for mange psykosepasienter	Helt enig 85,7 % Litt enig 14,3 %	Helt enig 58,3 % Litt enig 33,3 %	Helt enig 71,4 % Litt enig 28,6 %	Helt enig 60 % Litt enig 30 %
Rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering av psykoselidelser.	Helt enig 57,1 % Litt enig 42,9 %	Helt enig 16,7 % Litt enig 83,3 %	Helt enig 71,4 % Litt enig 14,3 %	Helt enig 60 % Litt enig 30 %
Diagnostisering av psykoselidelser er vanskelig tidlig i sykdomsutviklingen	Helt enig 42,9 % Litt enig 42,9 %	<b>Helt enig 25 %</b> <b>Litt enig 25 %</b>	Helt enig 28,6 % Litt enig 71,4 %	Helt enig 60 % Litt enig 30 %
Jeg ønsker meg økt kompetanse i å utrede pasienter med tvetydige symptombilder som kan være tegn på psykose i utvikling	Helt enig 42,9 % Litt enig 28,6 %	Helt enig 33,3 % Litt enig 33,3 %	<b>Helt enig 57,1 %</b> <b>Litt enig 42,9 %</b>	Helt enig 60 % Litt enig 10 %
Lav terskel for psykose-screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose	Helt enig 28,6 % Litt enig 28,6 %	Helt enig 33,3 % Litt enig 50 %	<b>Helt enig 28,6 %</b> <b>Litt enig 14,2 %</b>	Helt enig 20 % Litt enig 40 %
Hvis jeg mistenker psykoseproblematikk nøler jeg ikke med å utrede nærmere	Helt enig 85,7 % Litt enig	Helt enig 91,7 % Litt enig	Helt enig 85,7 % Litt enig	Helt enig 100 %

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

	14,3 %	8,3 %	14,3 %	Litt enig 0 %
--	--------	-------	--------	------------------

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## DISKUSJON

Formålet med denne undersøkelsen var å identifisere faktorer som hemmer og fremmer rask behandlingsoppstart for pasienter med førstegangpsykose.

Ut fra journalopplysninger fant vi at total VUP er kraftig redusert siden 2008. Vi fant også at lengden på etappe 3 er kortet ned. Etappe 3 er den eneste vi har så sikre opplysninger om at vi kan beregne denne separat. Ved å trekke etappe 3 fra total VUP, ser vi at etappe 1 og 2 utgjør en større del av total VUP enn etappe 3 for begge årene, men vi kan ikke si noe om hvor skillet mellom etappe 1 og 2 kan trekkes. Gyldigheten av dette regnestykket er videre avhengig av i hvilken grad VUP-beregningene som forelå var riktige. Dette vil vi komme tilbake til.

Funn fra spørreundersøkelsen viser at behandlere opplever at rask vei fram mot behandlingsoppstart for den aktuelle pasientgruppen hindres av manglende informasjon om psykoselidelser i befolkningen og om hvor man skal henvende seg for å få hjelp. Resultater fra spørreundersøkelsen gir også grunn til å anta at forsinkelsene i primær- og spesialisthelsetjenesten kan reduseres ved å styrke utrednings- og diagnostiseringskompetanse både i primær- og i spesialisthelsetjenesten. Det er ønske om mer samarbeid på tvers av instanser og om etablering av eget tidligdeteksjonsteam (TIPS-team).

### **Etappe 1**

Etappe 1 omfatter tiden fra de første symptomene oppstod til pasienten tok kontakt med behandlingsapparatet. Forhold som gjelder etappe 1 er nært knyttet kunnskap om psykose i befolkningen, til pårørendes involvering i behandlingsoppstart, samt til demografiske variabler.

### **Tegn på manglende informasjon i befolkningen**

For over halvparten av pasientene i utvalget innebar første kontakt med spesialisthelsetjenesten en innleggelse på psykiatrisk avdeling. For den andre pasientgruppen var første møte en planlagt poliklinisk konsultasjon. At første kontakt for halvparten av pasientene i vårt utvalg innebar en innleggelse, samt at vi har funnet at det fattes tvangsvedtak

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

for litt under halvparten av pasientene i 2011, kan tolkes som tegn på høyt symptomtrykk ved mottak, hvilket igjen kan indikere at disse pasientene har ventet uheldig lenge med å søke hjelp.

At mange pasienter ser ut til å vente for lenge med å søke hjelp, kan igjen forstås som et tegn på manglende kunnskaper om psykoselidelser og viktigheten av å komme raskt i behandling. Som det fremkom av journalene, var det relativt få pasienter som selv tok kontakt med spesialisthelsetjenesten (øyeblikkelig hjelp eller akutteam-telefon) for å søke hjelp. Dette kan være et uttrykk for manglende informasjon og kunnskap om at man kan ta direkte kontakt.

Omtrent halvparten av pasientene i vår studie bodde sammen med andre, og for i overkant 1/3 av pasientene var pårørende involvert i å etablere kontakt med behandlingssystemet og i å søke hjelp. Dette understreker viktigheten av pårørendes involvering oppsøking av hjelp. Også andre har funnet at familien utgjør en viktig ressurs for mange pasienter når det gjelder å oppsøke hjelp (Morgan et al., 2006). Funn fra andre studier viser imidlertid at det kan stilles spørsmålsteget ved om pårørende har nok kunnskap om psykose og hvor de bør henvende seg (Etheridge et al. 2004). Pårørende kan forveksle psykotiske symptomer med ungdomsopprør, rusmisbruk og andre psykologiske vansker (Tanskanen et al., 2011. Kanskje kunne flere pårørende vært involvert i å oppsøke hjelp, og VUP-beregningene ved Diakonhjemmet sykehus vært lavere, dersom befolkningen hadde hatt mer kunnskap om psykose.

Studiene vi refererer til over omfattet pasienter og pårørendes oppfatninger av psykose og det å oppsøke hjelp. Resultater fra vår spørreundersøkelse tilfører behandlerens perspektiv til litteraturen. Respondentene var enige i påstander som omhandlet pasienter og pårørendes mangelfulle kunnskap om psykose, og at de ikke visste hvor de skulle søke hjelp. Dette understreker behovet for å øke det generelle kunnskapsnivået om psykoselidelser og nødvendigheten av å gjøre behandlingstilbudet mer kjent i Diakonhjemmet sektor.

Brosjyremateriell er i liten grad blitt utviklet og distribuert av sykehuset, og det drives ikke informasjonssamarbeid med videregående skoler i området rundt. De brosjyrene som finnes (som for eksempel brosjyren "Kan det være psykose") er gjerne ikke tilgjengelige før man allerede er i kontakt med sykehuset. Det er altså liten grunn til å tro at kunnskapsnivået i befolkningen i Diakonhjemmet sektor har økt på dette området.

Sykehuset har en ambulant akuttvirksomhetstjeneste der pasienter kan ta direkte kontakt uten henvisning, men det ser ikke ut til at det har lyktes sykehuset å nå ut med

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

informasjon om at dette tilbudet finnes, for ifølge våre journalfunn var det i årene 2008 og 2011 så å si ingen som kom inn i behandlingssystemet ved selv å ta direkte kontakt. Dette støtter funn fra spørreundersøkelsen som viste at behandlere etterspør informasjon til befolkningen om hvor en kan henvende seg. Etableringen av et tidligdeteksjonsteam uten at det samtidig iverksettes informasjonstiltak ser ikke ut til å kunne redusere total VUP (Petersen et al., 2005).

### **Andre forklaringer på forsinkelser i etappe 1**

De fleste av respondentene i vår spørreundersøkelse antok at skam over det å ha en psykoselidelse hindrer pasienter i å oppsøke hjelp. Dette funnet samsvarer med funn gjort av andre (Tanskanen et al. 2011; Yamazawa et al., 2004)

Litteraturen impliserer at pasienter med en mer gradvis sykdomsdebut kommer senere i behandling og dermed har lengre VUP enn de med et mer akutt forløp (Morgan et al., 2006; Compton, Chien, Liener, Goulding & Weiss, 2008). I vårt utvalg var median VUP lengre for de som kom til mottak ved poliklinikken sammenlignet med de som hadde første kontakt med avdeling. Kanskje bidrar selve symptombildet til disse pasientene til forsinkelser med å søke hjelp, og dermed høy VUP ved Diakonhjemmet sykehus

Ca 1/3 av pasientene i vår undersøkelse hadde et kjent rusproblem ved oppstart. Et tilleggsproblem i form av rus kan svekke sannsynligheten for at pasienter tar kontakt med behandlingssystemet. Ethridge et al. (2004) fant at flere pårørende mistolket psykosesymptomene dersom det også forelå et rusmisbruk, og at dette kunne medføre at de utsatte å søke helsehjelp.

Relativt få pasienter i vårt utvalg var yrkesaktive ved behandlingsoppstart. Litt over halvparten var sykemeldt, gikk på arbeidsledighetstrygd eller andre støtteordninger ved mottak på avdeling/poliklinikk. Dette kan tenkes å redusere sannsynligheten for at kollegaer eller arbeidsgiver sender bekymringsmelding eller oppfordrer pasienten til å ta kontakt med behandlingsapparatet. Andre forskere har funnet sammenheng mellom det å være yrkesaktiv og det å ha kortere VUP (Yamazawa et al., 2004; Morgan et al., 2006; og Oliveira et al., 2010).

Det er lite som tilsier at vårt utvalg på noen bestemt måte skiller seg fra andre når det gjelder demografi og generelle karakteristika, eller at dette har endret seg på noen betydningsfull måte siden 2008. Dermed er det ikke sannsynlig at slike forhold kan forklare nedgangen i total VUP.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Oppsummert fremkommer det at de viktigste modererbare faktorene som kan knyttes til forsinkelsene i etappe 1 i vårt pasientutvalg er manglende informasjon hos pasienter og pårørende og skam over det å ha en psykoselidelse. Mer eller mindre konstante karakteristika ved utvalget, som rusmisbruk, hvordan psykosen debuterer og arbeidsledighet, kan også tenkes å bidra til forsinkelser.

### **Anbefalinger knyttet til etappe 1**

Behandlere mener at brosjyremateriell bør gjøres mer tilgjengelig, og støtter også et generelt forslag om å øke publikumsrettet informasjonsvirksomhet. Uten å sikre at befolkningen har nødvendige kunnskaper om psykoselidelser og om hvor man skal henvende seg for å få hjelp, kan man ikke lykkes i å redusere VUP (Lloyd-Evans et al., 2011). Det kan antas at dersom pårørende har kunnskap om symptomer og har forstått at tidlig intervensjon kan ha betydning for utfall, så øker sannsynligheten for at de raskere tar kontakt på vegne av den syke. Derfor er det viktig at informasjonen som går ut også er rettet mot pårørende, da mange pasienter ikke alltid selv ser problemene sine tydelig (Skeate et al., 2002).

Forskning viser at for å være effektive, bør informasjonskampanjer være svært intensive (Lloyd-Evans et al., 2011; Joa et al., 2008). Et enkeltsykehus har begrensede ressurser til å drive stortilt informasjonsvirksomhet, men det å få laget nytt og bedre informasjonsmateriell kan være mulig, for eksempel med utgangspunkt i allerede eksisterende materiell utviklet ved TIPS Rogaland (<http://www.tips-info.com/informasjonsarbeid>). I tillegg vil det være mulig å sørge for at denne informasjonen gjøres mer tilgjengelig utenfor sykehuset. Dette kan skje ved at brosjyrer jevnlig distribueres og gjøres tilgjengelig på fastlegekontorers venteværelser, på videregående skoler, i studenthelsetjenesten og på NAV-kontorer.

Informasjonskampanjen som TIPS-prosjektet i Rogaland gjennomførte, omfattet tilbud om kursing av alle lærere i videregående skole i regionen (Joa et al., 2008). Et tettere samarbeid mellom Diakonhjemmet sykehus og skoler i sektoren som sykehuset dekker kunne være nyttig, og behandlere ser ut til å være positivt innstilt til at et slikt samarbeid etableres. Mange pasienter i vårt utvalg har ikke fullført videregående skole, og det er tenkelig at enkelte av dem kan ha hatt et funksjonsfall allerede sent i tenårene. Dette er en periode der det dermed er ekstra viktig å nå fram med informasjon og tilbud om hjelp.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Forslaget om å etablere TIPS-team har støtte blant et stort flertall av respondentene i vår spørreundersøkelse. Vi kan anta at tilbudet om direktehenvisning som allerede finnes (Akutt- og avlastningsteam, ATA) ikke er godt nok kjent i sektoren, ettersom det så sjelden ble benyttet av brukere i vårt utvalg. Etablering av et tidligdeteksjonsteam med mulighet for direktehenvendelse, uten samtidig å drive informasjonsvirksomhet gir ikke nedgang i VUP (Nordentoft et al., 2008). Det vi fant var at ATA kontaktes av pårørende og pasienter som allerede er i systemet. Man kan anta at disse kjenner til tilbudet gjennom sykehuset, fordi behandlere rutinemessig informerer om det. Tilbud om et sted der pårørende kan ta kontakt for å få svar på spørsmål om hvordan de skal håndtere vanskelige situasjoner, med mulighet for besøk i hjemmet, blir ellers ofte etterspurt av pårørende der et slikt tilbud ikke finnes (deHaan et al., 2002). Etablering av TIPS-team kan også redusere behov for innleggelse (Johannessen et al., 2005). Færre og kortere innleggelse er en hovedgrunn til at et spesialtilpasset tjenestetilbud kan være kostnadsbesparende (Wong et al., 2011). Et nyopprettet TIPS-team på Diakonhjemmet bør bekjentgjøres for publikum.

De fleste av respondentene i vår spørreundersøkelse antok at skam og stigma hindrer pasienter i å oppsøke hjelp. Helsedirektoratet (2011a) uttaler at alle regionale helseforetak bør ha en strategisk plan for å reduserer stigma knyttet til psykoselidelser. Diakonhjemmet bør ha dette med seg i planleggingen både av TIPS-team, informasjonsmateriell og i kontakten med skoleungdom.

Bruk av tvang er fremdeles hyppig forekommende i vårt utvalg. I en tidlig sykdomsfase ser gjerne pasienten situasjonen sin klarere, og det er lettere å samarbeide om behandling. Dersom man ved hjelp av tiltakene nevnt over lykkes i å få pasienter inn på et tidligere sykdomsstadium er det tenkelig at den høye andelen fattede tvangsvedtak også kan gå ned. Dette vil være i tråd med anbefalinger fra helsemyndighetene (Helsedirektoratet, 2011 b).

## **Etappe 2**

Etappe 2 omfatter tiden fra første kontakt med primærhelsetjenesten til henvisning til spesialisthelsetjenesten er sendt. Forhold som gjelder etappe 2 er nært knyttet til fastlegens og andre henvisningsinstansers praksis og kompetanse.



### **Fastlegers rolle**

I både 2008 og 2011 kom flesteparten av førstegangpsykosepasientene til sykehuset etter henvisning fra fastlege. Dette understreker fastlegens sentrale funksjon i prosessen med å etablere kontakt mellom psykosepasienter og spesialisthelsetjenesten.

I flere studier har fastlegen blitt identifisert som en viktig kontaktperson på veien fram til behandling for pasienter med førstegangpsykose. Ifølge en studie av Norman et al. (2004) var fastlegen i 40 % av tilfellene den første pasienten tok kontakt med i forbindelse med psykosesyntomer. Våre funn stemmer godt overens med dette. Videre har involvering av fastlegen blitt forbundet med mindre dramatikk omkring behandlingsoppstart (Burnett et al., 1999; Cole, Leavy, King, Johnson-Sabine & Hoar, 1995). Vår studie er i tråd med dette på den måten at de fleste pasientene henvist fra fastlegen kom til mottak på poliklinikken og ikke til akutt innleggelse på avdeling. Fastlegers rolle er altså sentral, og det er dermed viktig at fastleger er godt orientert om tidlige tegn på psykose.

### **Fastlegers kompetanse**

Gjennomgang av scannede henvisningsbrev ga ingen opplysninger som kunne indikere antall møter pasientene hadde hatt med primærhelsetjenesten om psykoserelatert problematikk før henvisning ble sendt. Dersom vi hadde funnet at pasienter hadde hatt flere møter med fastlegen som gjaldt problemer tilknyttet psykose før de ble henvist, kunne dette tolkes som en indikasjon på manglende kompetanse til å identifisere tidlige tegn på psykoselidelse blant fastleger. Imidlertid sa de fleste av behandlerne seg enig i påstanden om at det er vanskelig å diagnostisere psykoselidelser tidlig i sykdomsforløpet. Når behandlere i spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern opplever at diagnostisering er vanskelig, må det kunne antas at dette også gjelder for fastleger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten, både fordi disse treffer pasienter på et tidlig sykdomsstadium, og fordi de ofte har mindre spesialisert kompetanse.

Etheridge et al. (2004), Norman et al. (2004) og Tanskanen et al., (2011) fant at pårørende og pasienter opplever at fastleger og annet helsepersonell mangler nødvendig kompetanse og kunnskap om psykoselidelse. Vår spørreundersøkelse bidro med behandlerens perspektiv på egen og fastlegers kompetanse, og styrker antagelsen om at manglede relevant kompetanse i primærhelsetjenesten kan utgjøre en forsinkende faktor.

Sykehuset har sendt et skriv til alle fastleger i aktuell sektor hvor de informerer om tidlige tegn på psykose og ber fastleger være oppmerksomme. Det foregår allerede et

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

pasientsamarbeid mellom fastleger på poliklinikken ved Vinderen Voksenpsykiatrisk avdeling i form av faste møter. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad disse møtene omhandler psykoseproblematikk spesielt.

### **Samarbeid med andre helsefaglige instanser, som BUP, helsesøstre og helsestasjon for ungdom**

I vårt utvalg hadde en liten andel av pasientene tidligere vært i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), uten at vi har registreringer av tidspunkt for eller årsaker til kontakten. Ingen var blitt henvist fra helsesøster eller helsestasjon for ungdom.

Flere studier understreker viktigheten av å fange opp unge pasienter med psykose tidlig. Lav alder korrelerer med lang VUP (Norman et al., 2004). Redsel for falske positive ble antatt å være en delforklaring på denne sammenhengen. Amminger et al. (2011) fant at tidlig deteksjon og alderstilpasset behandling av førstegangpsykose kan øke sjansen for bedre utfall og fungering på sikt. Samarbeid mellom Diakonhjemmet sykehus og andre relevante helsetjensteinstanser er lite sikret.

Oppsummert antar vi at manglende kunnskaper blant fastleger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten kan gi forsinkelser i etappe 2 i vårt utvalg. Lite pasientsamarbeid mellom sykehuset og andre helsefaglige instanser kan også tenkes å hindre optimal flyt av informasjon og overføringer.

### **Anbefalinger knyttet til etappe 2**

Funn fra spørreundersøkelsen tyder på at behandlere i spesialisthelsetjenesten ser behov for at kompetansen til helsepersonell i primærhelsetjenesten knyttet til psykoselidelser heves. Det er ønskelig at henvisningsterskelen deres senkes. Det er bred støtte til forslag om mer samarbeid med fastleger og til forslag om å ha førstegangpsykose som fast tema på fastlegemøtene.

De aller fleste av behandlerne mente tett samarbeid med BUP er viktig både i enkeltsaker og med tanke på kompetanseutvikling. Dette anbefales også av andre (Brunet et al., 2007; Norman et al., 2004). Det bør etableres mer formaliserte samarbeidsrutiner mellom sykehuset og BUP i aktuell sektor.

Etablering av TIPS-team kan gi reduksjoner også i etappe 2 dersom dette øker andel selvhenvisninger. En pasient som tar direkte kontakt med spesialisthelsetjenesten unngår hele etappe 2.

### **Etappe 3**

Etappe 3 omfatter tiden fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten og fram til behandlingsoppstart. Forhold som gjelder etappe 3, er nært knyttet til intern organisering av prosedyrer på sykehuset, som er det vi har de sikreste opplysningene om. Etappe 3 kan igjen deles inn i *henvisningstid* og *tiden fra mottak på sykehuset og fram til adekvat behandlingsoppstart*.

#### **Henvisningstid**

Henvisningstiden innebærer et opphold i ”ingenmannsland” mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ved Diakonhjemmet sykehus er dette tidsrommet for pasienter som kommer inn via poliklinikken redusert fra 3 uker til 1 uke siden 2008 (medianverdier, ikke statistisk signifikante). For pasienter som kommer inn via innleggelse på avdeling, er henvisningstiden minimal, da de som regel kommer inn umiddelbart etter en henvisning fra psykiatrisk legevakt.

I 2010 ble det opprettet en såkalt *Behandlingslinje for psykose* ved Diakonhjemmet sykehus (Diakonhjemmet, 2010), der både mottaks- og utredningsprosedyrer er beskrevet i et flytdiagram. *Behandlingslinje for psykose* angir ikke hvor lang tid ulike deler av inntaksprosessen skal ta, men nedkorting av henvisningstid ved mistanke om psykoselidelse har vært et uttalt mål siden 2010. Det ser altså ut til at felles prosedyrer for inntak samt raskere respons på henvendelser har gitt gode resultater. Forskningsresultater fra TIPS-prosjektet har vist at et tett og velfungerende samarbeid mellom tidligdeteksjonsteam og sykehuset forkorter henvisningstiden (Johannessen et al., 2005). Etersom sykehusets tilbud om selvhenvising ikke benyttes av brukere, viser våre funn at det er mulig å redusere henvisningstiden ved å prioritere inntak av pasienter med mulig psykoseproblematikk høyt, også uten et fungerende tidligdeteksjonsteam/selvhenvisingstilbud.

#### **Tiden fra mottak på sykehuset og fram til adekvat behandlingsoppstart**

Etter at pasienter er tatt imot på sykehuset, kan det gå enda en tid før adekvat behandling igangsettes.

For de av pasientene som i denne studien hadde første kontakt med sykehuset i form av en innleggelse, fant vi ingen forsinkelse i tiden etter mottak. Alle disse pasientene ble umiddelbart medisineret etter at de var lagt inn på avdelingen.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Så å si alle pasienter som ble tatt inn via poliklinikken, er også blitt behandlet medikamentelt, men for denne pasientgruppen går det ifølge våre registreringer nå 2 uker (medianverdi) fra første kontakt på sykehuset og fram til oppstart av antipsykotisk medisiner. Dette innebærer en halvering sammenlignet med 2008.

Det er ikke utenkelig at noe av den registrerte nedgangen kan knyttes til innføringen av standardisering av prosedyrer for utredning beskrevet i *Behandlingslinje for psykose* nevnt over, uten at vi har lyktes i å finne studier som har undersøkt denne sammenhengen spesielt. *Behandlingslinjen* angir retningslinjer for planlegging av behandling og valg av utredningsinstrumenter. Siden 2008 er praksis for utredning blitt mer standardisert, og flere benytter nå instrumenter i utredningsarbeidet. Samtidig er oppfølging av en ny rutine på 50 % likevel lav og har et forbedringspotensiale.

Der er siden 2008 innført faste informasjons- og undervisningsmøter i personalet som har omfattet et vidt spekter av tema som omhandler psykose, det er arrangert kurs i bruk av noen psykometriske instrumenter, og det er drevet gruppeveiledning. Uten at vi vet hva behandlere mente om viktigheten av tidlig deteksjon og lav terskel for screening i 2008, tyder resultatene vi har på at holdinger i personalet i dag i høy grad er i tråd med anbefalinger som sier at dette er viktig (Helsedirektoratet, 2011a).

Våre funn antyder at noe av nedgangen i tiden mellom mottak og behandlingsoppstart for pasienter som kommer inn via poliklinikken, kan tenkes å ha sammenheng med økt kunnskapsnivå om psykoselidelser og økt grad av formalisering av utredningsprosedyrer, da dette ifølge våre funn sammenfaller med raskere behandlingsoppstart etter mottak i spesialisthelsetjenesten.

### **Utrednings- og diagnostiseringsvansker**

Samtidig indikerer funnene vi har fra spørreundersøkelsen blant behandlere at de synes utredning og diagnostisering av psykoselidelser kan være utfordrende. Fra journalgjennomgangen ser vi at en del av utredningsplanene er mangelfullt utfylt, og at mange av utredningsinstrumentene som står oppført i behandlingslinjen, ikke er i bruk. Det kan være betegnende at registrering av spesifikk F20-20-diagnose for én og samme pasient var såpass inkonsekvent at vi valgte å ikke inkludere den i datainnsamlingen.

Våre funn viser et sammenfall mellom grad av spesialisering og grad av ønske om kompetansehevende tiltak. Leger og psykologer uttrykker mer usikkerhet og tydeligere ønske om kompetansestyrking enn psykiatere og psykologspesialister. Vi har ikke funnet andre

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

studier som har undersøkt dette. En mulig forklaring på hvorfor det er slik, er at økt erfaring i seg selv gir økt kompetanse. Det kan være verdt å minne om at det at behandlere selv uttrykker ønske om kompetanseheving ikke er ensbetydende med mangel på kompetanse, men at det gjerne kan vitne om innsikt i hvor vanskelig arbeidet med psykosepasienter faktisk kan være.

Vi har heller ikke funnet studier som undersøker problemer med diagnostisering av psykoselidelser sett fra et behandlerståsted. Våre funn er i overensstemmelse med funn sett fra et brukerperspektiv, som viser at diagnostisering kan være en utfordring blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten (Brunet et al., 2007).

### *Rus*

Behandlerne ved sykehuset opplever at rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering av førstegangpsykosepasienter. Dette er i tråd med funn som Brunet et al.(2007) og Tanskanen et al. (2011) har gjort. Behandlerne ved Diakonhjemmet møter en betydelig andel psykosepasienter som også har et rusproblem; I overkant av 30 % av pasientene i vårt utvalg står registrert med rusproblematikk, en andel som stemmer godt overens med funn fra en annen studie fra Oslo-regionen (Nesvåg et al., 2010).

### *Tvetydige symptombilder*

Et flertall behandlere uttrykker også ønske om ytterligere kompetanseheving når det gjelder utredning av pasienter med uklare symptombilder. Om lag 40 % av pasientene i vårt utvalg er registrert med andre diagnoser (rusdiagnoser inkludert) i tillegg til psykosed diagnose.

Forekomsten av tilleggspromblematikk kan være tegn på at behandlere ofte møter psykosepasienter med uklare symptomer, selv om samtidig tilstedeværelse av flere lidelser ikke med nødvendighet betyr at psykosesymptomene er utydelige

### *Mulig underdiagnostisering*

Omtrent 1/3 av pasientene i vårt utvalg har tidligere vært i kontakt med Diakonhjemmets psykiatriske avdelinger før kontaktserien der psykosed diagnose ble stilt. Tallet er uendret siden 2008. En omtrent like stor andel pasienter har tidligere vært i kontakt med annen spesialisthelsetjeneteinstans. Vi har ingen data som sier noe faktisk om en mulig sammenheng mellom symptomer den gangen og senere psykoseutvikling. Imidlertid viser forskning at pasienter i lang tid før faktisk psykosegjennombrudd kan ha ulike psykiske plager som lett

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

forveksles med andre lidelser, som søvnproblemer, angst og depresjon, plager som bare i retrospekt sikkert kan identifiseres som uttrykk for en prodromaltilstand (Yung og McGorry, 1996). Forsøk på diagnostisering av psykoseproblematikk i tiden før gjennombrudd, i en såkalt ultrahøyrisikofase, har vist seg vanskelig (Yung et al. 2005, Cannon et al., 2008). Pasienter kan også gå aktivt inn for å skjule symptomene sine (Tanskanen et al., 2011) Vi merket oss at vi bare fant to pasienter som konverterte til aktiv psykose i løpet av en pågående konsultasjonsserie. Det kan være vanskelig å få øye på en konvertering til aktiv psykose i en situasjon der man allerede hadde gjort seg opp en formening om hva pasientens vansker bestod i (Malla et al., 2006).

Uten at vi har registrert tidspunkt for kontakten eller hvilken diagnose som tidligere er blitt gitt, kan det, basert på disse funnene fra andre studier, ikke utelukkes at enkelte pasienter i vårt utvalg har blitt utskrevet i en prodromalfase eller på et tidlig sykdomsstadium. Ifølge funn fra spørreundersøkelsen heller imidlertid behandlerne i dag prinsipielt mot å prioritere lav terskel for screening framfor fare for falske positive.

#### *Mulig undervurdering av alvorlighet*

En liten gruppe pasienter som var henvist til poliklinikken ble innlagt på avdeling i påvente av inntak på poliklinikken. Dette kan være uttrykk for at det har vært vanskelig å vurdere alvorlighetsgraden av tilstanden disse pasientene er i. De fleste pasienter vurderes ut fra henvisningsbrev, mens en liten andel første gang vurderes ved oppmøte på poliklinikken. Det er vanskelig å si om vurderingene ikke var presise nok, om beskrivelser i henvisningsbrevet ikke i tilstrekkelig grad understreket alvorlighet, eller om tilstanden forverret seg etter vurdering. Vi har ikke funnet andre studier som beskriver funn knyttet til innleggelse i påvente av poliklinisk konsultasjon, men våre funn tyder altså på at det kan forekomme undervurdering av alvorlighet.

#### *Mulig feil- eller overdiagnostisering*

En viss andel av pasientene i vårt utvalg hadde fått endret sin diagnosekategori i siste registrerte epikrise. En slik endring vil ikke gi utslag på statistikk som måler VUP, men nevnes her da dette funnet kan tolkes som en (usikker) indikasjon på at feil- og/eller overdiagnostisering kan forekomme. En nedgang i forekomsten av dette fra 2008 til 2011 kan være uttrykk for mer systematisk utredningspraksis og/eller økt utrednings- og diagnostiseringskompetanse, men kan også forklares av at disse pasientene ikke har vært like

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

lengde i systemet som de som kom inn for tre år siden. Tallet kan komme til å øke. Vi har ellers ingen registrering som sier noe om hvilken diagnose som eventuelt har erstattet F20-29-diagnosen. Fravær av psykosediagnose i siste epikrise betyr dessuten ikke at psykoseproblematikken ikke var reell ved mottak, da pasienten kan ha blitt symptomfri. Vi ser av forskning at faren for falske positive forut for eller svært tidlig i sykdomsforløpet er reell (McGorry et al., 2006; Yung & MacGorry, 1996). Vi har ikke funnet studier som undersøker forekomst av feil- og overdiagnostisering av pasienter som allerede er diagnostisert som aktivt psykotiske, og som er medisinerert med det som utgangspunkt. Våre funn gir ikke sikker informasjon om forekomsten av over- eller feildiagnostisering, men kan indikere at det forekommer.

### **Ekstern utredning**

Pasienter som ønsker, skal ifølge *behandlingslinjen* henvises til utredning av ekstern fagperson tilknyttet den såkalte TOP-studien (Tematisk Område Psykose), som er et omfattende tverrfaglig forskningsprosjekt tilknyttet Universitetet i Oslo. Nesten halvparten av pasientene i vårt utvalg viderehenvises i dag til slik utredning. Uten at vi vet hvorfor, ser vi at antall uker som går før slik henvisning sendes, har økt noe siden 2008. I tillegg går det ytterligere flere uker før den faktisk gjennomføres. Dette forholdet gir heller ikke utslag i beregningen av VUP, ettersom medikamentell behandling allerede vil være igangsatt når den eksterne utredningen finner sted. Likevel kan den lange ventetiden være uheldig. Eksempelvis fant vi at en pasient etter slik utredning fikk forandret sin diagnosekategori til bipolar lidelse, med påfølgende endring i medisineringsregime.

Generelt kan man ellers tenke seg at interessen for resultater av en grundig, ekstern utredning kan være størst i tiden omkring behandlingsoppstart. Den kan ha dalt noe når en diagnose alt er stilt, behandling igangsatt og pasienten allerede er observert over noe tid. Det kan i tillegg tenkes at det ligger en viss barriere i det at man i disse utredningene diagnostiserer ut fra klassifiseringssystemet DSM-IV, og ikke ICD-10, som er systemet som benyttes på sykehuset. Til støtte for at behandlere likevel anser disse utredningene som verdifulle, er funn fra spørreundersøkelsen, som viser at mange behandlere ønsker å være til stede når eksterne utredninger finner sted, for å lære av dem.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

### **Innføring av VUP-beregninger**

Ifølge sykehusets *Behandlingslinje for psykose* skal VUP beregnes og rapporteres i eget skjema for alle førstegangpsykosepasienter. Beregninger på gruppenivå kan fungere som indikator på tilgjengeligheten av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2008). På individnivå kan slike beregninger gi nyttig informasjon om pasienters sykdomsbilde. Som nevnt innledningsvis, utvikler psykosesyntomer seg for noen pasienter langsomt, mens utbrudd for andre kan komme relativt brått. Likevel argumenterer McGorry et al. (2006) for at en vurdering av sykdomsstadium, i form av hvor lenge en tilstand har fått utvikle seg uten behandling, bidrar med svært viktig tilleggsinformasjon utover selve diagnosen som stilles. Det henvises til betydningen av slik tenkning innen somatisk medisin.

Alle pasienter i vårt utvalg stod oppført med skjema for beregning av VUP, men skjemaet var i svært mange tilfeller ufullstendig utfyllt. Bare et fåtall behandlere oppretter eget dokument med begrunnelse for sine beregninger. Dette må betegnes som en dårlig oppfølging av vedtatt praksis. Vi har ikke funnet studier som undersøker behandleres holdninger til det å beregne VUP eller verdien de mener slike beregninger har. Personalet i denne studien gir middelmådig støtte til påstander som gjelder nytten av VUP-beregninger.

Vi har heller ikke om andre som har undersøkt i hvilken grad behandlere synes det er vanskelig å beregne VUP. Våre funn viser at nesten samtlige respondenter (det vil her si leger, psykiatere, psykologer og psykologspesialister) syntes dette er vanskelig.

Funnene våre indikerer at oppgavens vanskegrad kan være en årsak til at få beregner VUP. Det kan også være at mange ikke ser verdien av å gjøre det.

### **Hva behandlingsoppstart innebærer**

Oppstart av adekvat behandling var for alle pasienter i vårt utvalg ensbetydende med oppstart av antipsykotisk medikasjon. Det anbefales at slik behandling tilbys alle førstegangpsykosepasienter (Helsedirektoratet, 2011a). Samtidig anbefales det at denne pasientgruppen også tilbys organisert familiesamarbeid og kognitiv terapi med en varighet av minst 15–20 samtaler (ibid.).

Omtrent 20 % av førstegangpsykosepasientene ved sykehuset viderehenvises til behandling ved spesialinstitusjonen Avdeling for førstegangpsykose (AFP), som har spisskompetanse når det gjelder behandling av psykoselidelser blant unge mennesker. Som for henvisning til ekstern utredning er antall uker som går før henvisning til ekstern



## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

behandling sendes, også gått noe opp siden 2008. Dette skyldes først og fremst forhold ved AFP (R Nesvåg, personlig kommunikasjon, 20.04.2012).

For den store andelen av førstegangpsykosepasienter som ikke viderehenvises, vil det være viktig å sørge for at behandlingsoppstart i praksis ikke bare betyr oppstart av medikamentell behandling, men at det også sikres at andre former for behandling påbegynnes

Ingen av journalene vi gjennomgikk, inneholdt tydelige behandlingsplaner for annen type behandling enn medikamentell. For å gi et mer fullverdig behandlingstilbud, vil det være viktig at oppstart av medikamentell behandling ikke skjer på bekostning av at også annen behandling settes i gang. At det i journalene til en pasientgruppe med så alvorlig psykisk lidelse ikke fremkommer tydeligere hva behandlingstilbudet består av utover medikamentell behandling, vurderes som suboptimalt.

Andre studier har vist at det å utsette oppstart av psykososiale tiltak for psykosepasienter kan ha uheldig virkning på sykdomsforløpet (deHaan et al., 2002). Videre er bredspektret behandlingstilbud spesielt tilrettelagt for brukergruppen forbundet med lavere frafall og bedre oppfølging av medisinerer fra pasienters side, uavhengig av VUP (Craig et al., 2004; Petersen et al., 2005; Lester et al., 2009) Uten at vi foretok systematiske registreringer av forhold utover tiden omkring behandlingsoppstart, noterte vi oss at etterlevelse av behandlingsopplegg var et problem i videre behandlingsforløp for en hovedandel pasienter. Mange avsluttet medisinerer på eget initiativ, hvilket ga symptomforverring og ofte (gjen-) innleggelse. Årsakene til dette kjenner vi ikke, men slike problemer ses oftere i tilbud som ikke er spesielt tilrettelagt for brukergruppen (Craig et al., 2004, Petersen et al., 2005; Gariety & Rigg, 2001).

Når dette er sagt, viser nye resultater fra en brukerundersøkelse foretatt ved sykehuset at pasienter og pårørende i høy grad er fornøyde med tilbudet de får i.

### **Anbefalinger knyttet til etappe 3**

For etappe 3 anbefaler vi, samlet sett, at arbeidet med å etablere et spesialisert ambulant tidligdeteksjonsteam (TIPS-team) gjennomføres. Et slikt team kan ha relevans for etappe 3 fordi aktiv screeningvirksomhet og tett samarbeid mellom teamet og psykiatriske enheter ved sykehuset muligens vil kunne gi ytterligere redusert henvisningstid. Et første møte med spesialisthelsetjenesten i form av en vurdering foretatt på hjemmebesøk, der realistisk, men håpefull informasjon blir gitt, kan gi grunnlag for et godt videre samarbeid. Et team med

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

spesialkompetanse innen diagnoseproblematikk vil også kunne ha en viss funksjon som kunnskapssentral for hele personalet.

Det er ikke å forvente at feilvurderinger ikke vil forekomme, ettersom ryddig og grei ”innpakning” sjelden er det som karakteriserer psykoselidelser (Lloyd-Evans et al., 2011). Behandlers eget ønske om kompetansehevende tiltak bør uansett tas til etterretning og etterkommes. Forslag om opplæring som spesielt omhandler dobbeltdiagnose rus/psykose og tvetydige symptombilder er positivt mottatt.

Det bør også gis mulighet for å kunne observere arbeidet som foretas på sykehuset av eksterne utredere tilknyttet TOP-studien, så sant disse utrederne samtykker til det. Henvisning til slik ekstern utredning bør skje raskere enn det som tilfelle i dag.

Uten at vi har spurt behandlere om dette, kan det være at noen er usikre på bruk av enkelte av de psykometriske instrumentene som er inkludert i *Behandlingslinje for psykose*. Denne antakelsen er basert på at mange av instrumentene ikke er i bruk. Grunnen til at det er slik bør undersøkes.

Videre er det tenkelig at det er behov for mer opplæring i det å beregne VUP, fordi mange behandlere uttrykker at de synes det er en vanskelig oppgave. Mer nøyaktige og bedre begrunnede beregninger vil ikke kunne endre noe på faktiske VUP-tall, men vil kunne gi viktig informasjon til sykehuset om tilbudets tilgjengelighet. På individnivå vil beregningene kunne fungere som et reelt felles verktøy for mer presis forståelse av pasienters sykdomsbilde/-stadium. Det bør dessuten oppfordres til at flere foretar slike beregninger og til at beregninger blir begrunnet i eget dokument, da det stadig er mange behandlere som ikke gjør det. Vi har registrert hyppig forekomst av kontakt mellom sykehuset og pårørende. Den hyppige forekomsten indikerer at det for mange pasienters vedkommende har vært anledning til å innhente komparentinformasjon som kunne sannsynliggjøre hvor lange pasienten har hatt symptomer. Vi vet ikke hva som er de fleste behandleres praksis, men det bør uansett oppfordres til at beregningene, i tillegg til pasienters beskrivelser, baseres på komparentinformasjon der dette er mulig. VUP-beregninger som er foretatt på bakgrunn av informasjon fra flere informanter, blir mer presise (Compton et al., 2007).

På bakgrunn av at et flertall av behandlere synes det er vanskelig å beregne VUP, og at mange unnlater å gjøre det, anbefales å undersøke hvorfor det er slik samt å tilby mer opplæring i dette.

Til sist anbefales det at mer oppmerksomhet bør være rettet ikke bare mot effektivitet, men også mot mer kvalitative aspekter ved forhold knyttet til behandlingsoppstart (McGorry

et al. 2010). Sykehuset bør forsikre seg bedre om at det gir pasienter et fullverdig behandlingstilbud. At det i journalene til en pasientgruppe med så alvorlig psykisk lidelse ikke fremkommer tydeligere hva behandlingstilbudet består av utover medikamentell behandling, vurderes som mangelfullt. Dette forholdet bør utbedres.

## Styrker og begrensninger

Av til sammen ca 289 ansatte ved psykiatrisk divisjon på Diakonhjemmet sykehus var det 90 som besvarte spørreundersøkelsen ”Varighet av ubehandlet psykose ved Diakonhjemmet sykehus”. Dette utgjør en svarprosent på ca 31 %. Andre undersøkelser av typen QuestBack som er gjennomført på Diakonhjemmet sykehus har hatt varierende responsrate, fra 30 % til 100 % (K. Waage, personlig kommunikasjon, 15.04.2012). Enkelte kan ha unnlatt å besvare vår spørreundersøkelse fordi de kun er perifert ansatte. Undersøkelsen kan også ha blitt sendt til en del av disse, fordi vi i utgangspunktet hadde en lang e-postadresseliste å forholde oss til.

Spørsmål som gjaldt utredning, diagnostisering og beregning av VUP, ble bare stilt til behandlere som utfører slike oppgaver, det vil si leger/psykiatere, psykologer/psykologspesialister. 19 av i alt 24 ansatte leger/psykiatere og 17 av i alt 29 ansatte psykologspesialister besvarte undersøkelsen. Respondenter fra disse yrkesgruppene var altså godt representert. Vi anser det ellers for å være en styrke at flere yrkesgrupper var inkludert i undersøkelsen, da dette gir økt representativitet og generaliserbarhet ved at stemmer med ulik bakgrunn og funksjon ble hørt.

Pasientutvalget som lå til grunn for dataanalysen av journalmateriale, var relativt lite (n=39). Samtidig er det svært representativt ettersom alle pasienter kunne inkluderes fordi vi ikke var avhengig av innhentet samtykke. Ifølge McGlashan (1999) er det gjerne i gruppen lang VUP man finner flest personer som ikke ønsker å delta i forskningsprosjekter. I vårt pasientutvalg unngikk vi en slik utvalgsproblematikk.

Gjennomgangen av journaldata er foretatt på skjønnsbasert grunnlag. For mange av variablene ble informasjon registrert kvalitativt for deretter å bli kodet kvantitativt. Dette kan ha bidratt til at informasjon kan ha gått tapt. For noen variabler, som for eksempel bruk av tvang og rusmisbruk, ga våre registreringer ikke mulighet til å ta hensyn til alvorlighetsgrad, omfang og varighet av ulike typer problematikk. Mål på funksjonsnivå og symptomtrykk ved behandlingsoppstart ble heller ikke registrert.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Vi tok ikke hensyn til registrert spesifikk F20-29-diagnose, da det forelå for stor grad av inkonsistens i journalregistreringene til at dette virket hensiktsmessig. Type psykose- eller schizofrenilidelse var imidlertid heller ikke relevant for våre problemstillinger.

Innsamlede data ga førstehåndsinformasjon om omstendigheter knyttet til behandlingsoppstart i spesialisthelsetjenesten, sett fra behandleres perspektiv. Vi har ikke funnet andre studier som undersøker forsinkelser på veien fram mot behandlingsoppstart sett fra behandleres ståsted. Det er deres beskrivelser og meninger som framkommer både i journaler og i spørreundersøkelsen. Disse har imidlertid svært ulik funksjon og karakter. Den ene er underlagt strenge formalitetskrav og er i prinsippet pasienters eie. Den andre er usensurert og anonymisert. Vi finner likevel ikke noen klare uoverensstemmelser mellom resultatene fra de to informasjonskildene, for eksempel i form av at journalene ga et mer flatterende inntrykk av forholdene enn spørreundersøkelsen. Questback-undersøkelsen er i stor grad basert på subjektive meninger/oppfatninger, men tilbakemeldingene kan anses for å være kvalifiserte, ettersom de er basert på informanternes direkte erfaring. Anonymitet var godt sikret og opplyst om, så vi kan anta at respondentene følte seg frie til å gi ærlige tilbakemeldinger.

Omstendigheter knyttet til tiden før kontakt med sykehuset ble etablert, har vi kun annenhåndsinformasjon om, unntatt det som måtte komme fram i fastlegers hensvisningsbrev, som var skannet inn i journalene der slike fantes. Ut fra disse fant vi imidlertid ikke informasjon som kunne indikere noe om forsinkelser knyttet til etappe 2.

Beregningene vi har gjort av VUP for pasientene i utvalget, stemmer for begge årene overens med sykehusets egne. Forskjellen mellom beregnet VUP i 2008 og 2011 som vi selv fant, var ikke statistisk signifikant. En av forklaringene på dette kan være det relativt lite utvalget av journaler fra 2008. Vi inkluderte bare pasienter der VUP forelå ferdigberegnet i antall uker, mens sykehuset i sin beregning også inkluderte pasienter der dato for første psykotiske symptomgjennombrudd var oppgitt, og fant et antall uker ut fra den. Både vår og sykehusets egen beregning av VUP for 2008 er svært høyt. Sykehuset har vært i tvil om egne beregninger, uten av det sikkert kan sies i hvilken grad de eventuelt er unøyaktige (R. Nesvåg, personlig kommunikasjon, 20.01.2012). Når vi med utgangspunkt i regnestykket nevnt innledningsvis i diskusjonen ser at etappe 1 og 2 til sammen er kraftig nedkortet, samtidig som at det ikke i særlig grad er gjennomført tiltak som er rettet mot å redusere forsinkelser i disse etappene, gir dette grunn til å mistenke at beregnet VUP for 2008 gjenspeiler en overdrevent lang VUP, eventuelt kan 2011-tallet være for lavt. Vi antar likevel at sykehusets

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

egne beregninger for perioden 2008 - 2011, sammen med våre, indikerer en *tendens* i form av reell nedgang i VUP.

VUP som nasjonal kvalitetsindikator har vært lite prioritert fra Helsedirektoratet de siste årene, og det fremkommer ikke nasjonale oversikter for tiden, fordi definisjon og rapporteringsmåte for VUP er under revisjon.

Tidsrom-beregninger som er knyttet til tiden etter at pasienter har kommet inn på sykehuset, er basert på førstehåndsinformasjon. På den måten er de mer pålitelige enn beregninger som gjelder total VUP og for tiden før det var opprettet kontakt mellom pasient og sykehus.

Ettersom data i denne undersøkelsen kun er hentet fra én sykehussektor, er resultatene vi har presentert, av begrenset generaliserbarhet.

### **Fremtidige studier**

Forhold knyttet til etappe 1 og 2 er verdt nærmere undersøkelse. En studie som undersøker tilsvarende forhold som vi har undersøkt, sett fra brukernes perspektiv, ville kunne gi verdifull tilleggsinformasjon om tidsrommet mellom symptomoppstart og mottak i spesialisthelsetjenesten.

Utforskning av holdninger til og kunnskaper om psykoselidelser i befolkningen som sykehusetektoren dekker, ville bidra med utfyllende informasjon om årsaker til forsinkelser i etappe 1.

Intervju med fastleger, helsesøstre og/eller gjennomgang av journaldata fra primærhelsetjenesten i den samme eller en tilsvarende sykehussektor ville kunne gi sikrere informasjon om i hvilken grad primærhelsetjenesten utgjør et forsinkende ledd i prosessen med å komme i adekvat behandling. Slike data ville gjøre det mulig å si noe om hvor skillet mellom etappe 1 og 2 kan trekkes.

Det ville også være meningsfullt å foreta en nærmere undersøkelse, for eksempel i form av gruppe- eller dybdeintervjuer, av hva behandlere opplever som mest utfordrende i arbeidet med å utrede og behandle førstegangpsykosepasienter, og hva slags kompetansestyrkende tiltak de synes at de kunne ha aller mest nytte av. Det vil også være interessant å gjøre undersøkelser av behandleres holdninger til VUP som indikator på kvalitet og som anvendbar tilleggsinformasjon til enkeltpasienters diagnose.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

For å øke generaliserbarheten av funnene vi har gjort i vår studie, ville det være interessant å foreta en lignende undersøkelse ved et annet sykehus i Oslo-regionen.

## KONKLUSJON

På bakgrunn av funnene vi har gjort i denne undersøkelsen, samt det som i dag blir ansett for å være ”best practice”, ser vi at man på Diakonhjemmet sykehus er godt på vei mot å gi førstegangpsykosepasienter et bedre tilpasset behandlingstilbud. Samtidig kan ytterligere forbedringer gjøres.

Median VUP er redusert fra 50 til 16 uker. Det er sannsynlig at etappe 1, perioden før pasienter søker helsehjelp, stadig kunne vært kortet ned. Befolkningen ser ut til å mangle nødvendig informasjon om psykoselidelser og om hvor man søker hjelp. Det bør arbeides med å utvikle og distribuere informasjonsmateriell som opplyser om dette. I tillegg bør det etableres kontakt mellom sykehuset og omkringliggende videregående skoler. Begge disse tiltakene har støtte blant de ansatte.

Gjennomgang av journaler har ikke gitt sikker informasjon om forsinkelser knyttet til etappe 2, som omfatter tiden i primærhelsetjenesten, men vi antar at unødvendig forsinkelser fremdeles kan ligge her også. Spørreundersøkelsen sendt behandlere i spesialisthelsetjenesten, viser at de støtter forslag om opptrapping av samarbeid med primærhelsetjenesten og tilbud om psykosekurs til fastleger. Et systematisk samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk tjeneste bør også sikres. Ansatte uttrykker støtte også for dette. Andre samarbeidsinstanser bør også vurderes.

Tiltakene sykehuset så langt har gjennomført er særlig rettet mot å redusere forsinkelser i etappe 3. Dette har man delvis lykkes med å få til. Vi antar at flere av tiltakene som allerede er iverksatt ved sykehuset kan forklare noe av nedgangen i forsinkelser i etappe 3, altså i tiden etter at sykehuset har mottatt henvisning og fram til behandlingsoppstart. Dette viser seg mest tydelig i nedgangen i henvisningstid etter at det ble bestemt å gi henvendelser som gjaldt mulig psykoseproblematikk ekstra høyt prioritert. Ventetiden er nå bare omtrent en uke. Økt systematikk i utredningsprosedyrer og bevisstgjøring og opplæring internt kan også være noe av forklaringen på at adekvat behandling igangsettes raskere etter at pasienten er mottatt på sykehuset. Samtidig ønsker behandlere seg mer opplæring. Det bør foretas en nærmere undersøkelse av hva behandlere selv opplever at ville være til nytte, og kompetansestyrkende tiltak bør tilbys i tråd med dette. Det bør også gis mulighet til observasjon av utredninger som foretas av eksterne fagfolk, dersom disse samtykker til dette.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Mange behandlere synes det er vanskelig å beregne VUP, og mange unnlater å gjøre det. Det kan også være at beregningene som gjøres ikke er tilstrekkelig presise. Det bør undersøkes hva behandlere opplever som problematisk ved det å beregne VUP, og opplæring bør tilbys.

Behandlere støtter forslag om etablering av eget ambulant tidligdeteksjonsteam (TIPS-team). Vi fant at tilbudet om selvhenvising og oppsøkende virksomhet som allerede har eksistert i tre år sjelden blir brukt. Ved å arbeide for å gjøre dette tilbudet kjent, vil antallet selvhenvisninger kunne øke. Dette vil redusere forsinkelser knyttet til etappe 2. Rask viderehenvising fra teamet til poliklinikken eller avdeling vil muligens kunne gi ytterligere nedkorting av etappe 3.

Etableringen av et TIPS-team gir også muligheten til å legge godt til rette for at pasienters opplevelse i møtet med sykehuset blir så gode som mulig. I tillegg til kvantitative, bør også kvalitative hensyn tas i når behandlingstilbudet skal videreutvikles. I arbeidet med å sikre at førstegangpsykosepasienter så raskt som mulig mottar medikamentell behandling, må det sikres at også annen form for behandling igangsettes, gjennomføres og evalueres.



## Referanser

- Amminger, G. P., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Alvarez-Jiminez, M., Herrman, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2011). Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, *131*, 112-119.
- Barnes, T. R. E., Hutton, S. B., Chapman, M. J., Mutsatsa, S., Puri, B. K., & Joyce, E. M. (2000). West London first-episode study of schizophrenia: Clinical correlates of duration of untreated psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *177*, 207-211.
- Bertolote, J. & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry*, *87(48)*, 16-119.
- Brunet, K., Birchwood, M., Lester, H., & Thornhill, K. (2007). Delays in mental health services and duration of untreated psychosis. *Psychiatric Bulletin*, *31*, 408-410.
- Burnett, R., Mallet, R., Bhugra, D., Hutchinson, G., Der, G. & Leff, J. (1999). The first contact of patients with schizophrenia with psychiatric services: social factors and pathways to care in a multi-ethnic population. *Psychological Medicine*, *29*, 475-483.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., Seidman, L. J., Perkins, D., Tsuang, M., McGlashan, T. & Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at clinical risk. A multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry*, *65(1)*, 28-37.
- Carr, A. (2006). Schizophrenia. I A. Carr (Red), *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology, a contextual approach*. (s 843-895). East Sussex: Routledge.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Cole, E., King, G. L.M., Leavey, G., Johnson-Sabine, E. & Hoar, A. (1995). Pathways to care for pasients with a first episode of psychosis. A comparison of ethnic groups. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 770-776.

Combs, D. R., Mueser, K. T. (2007). Schizophrenia. I. M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel (Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis, fifth edition* (s.234-285). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Compton, M. T., Carter, T., Bergner, E., Franz, L., Stewart, T., Trotman, H., McGlashan, T. H., & McGorry, P. D. (2007). Defining, operationalizing and measuring the duration of untreated psychosis: Advances, limitations and future directions. *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 236-250.

Compton, M. T. , Chien, V. H., Liener, A. S., Goulding, S. M. & Weiss, P. S. (2008). Mode of onset of psychosis and family involvement in help seeking as determinants of duration of untreated psychosis. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 43, 975-982.

Corrigan, P. & O'Shaughnessy, J. (2007). Changing mental illness stigma as it exists in the real world. *Australian Psychologist*, 42, 90-97.

Craig, T. K. J., Gariety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo & M., Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *British Medical Journal*, 329, 1067.

Diakonhjemmet sykehus (2010) Behandlingslinje for psykose. Hentet 25. april 2012 fra <http://www.diakonsyk.no/prosesskart/psykose/BusinessProcessNetwork/6530753a-90b8-4a8a-a201-de5515f3ee24.htm>

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

- deHaan, L., Kramer, L., Van Ray, Weir, M., Gardner, J., Akselson, S., Ladinser, E., McDaid, S., Hernandez Dols, S. & Wouters, L. (2002). Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations. *European Psychiatry*, 17, 425-433.
- Drake, R. J., Haley, C. J., Akhtar, S. & Lewis, S. W. (2000). Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 511-515.
- Etheridge, K., Yarrow, L. & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 125-128.
- Gariety, P. A. & Rigg, A. (2001). Early psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 537-544.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization. Pursuits of self-interest and routes to destigmatization. *The British Journal of Psychiatry*. 178, 207-215.
- Hegelstad, W. T. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haar, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Langevold, J., Melle, I., Opjordsmoen, S., Rossberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Sundet, K., Vaglum, P., Friis, S. & McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: Effects on 10-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1176.
- Helsedirektoratet (2008). *Indikator nr N-015. Versjons nr. 1.3. Indikator relatert til Nasjonalt indikatorsett Psykisk helsevern (Voksne og BUP), Varighet av ubehandlet psykose (VUP) ved første episode ikke-affektiv psykose*. 2008. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011a). Nasjonal faglig retningslinje. *Utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. Utkast til ekstern høring. IS-1957. Utgitt I 2012 2011 Oslo: Helsedirektoratet.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Helsedirektoratet (2011b). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010*. rapport. IS-1941. 2011. Oslo: Helsedirektoratet.

International Early Psychosis Association Writing Group. (2005) International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187(48), 120-124.

Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Vaglum, P & Larsen, T. K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: Information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 466-472.

Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Joa, I., Melle, I., Friis, S., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P & McGlashan, T. (2005). Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector. *British Journal of Psychiatry*, 187, 24-28.

Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework of linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia. *American Journal Psychology*, 160(1), 13-23.

Larsen, T. K., Johannessen & J. O., Opjordsmoen, S. (1998). First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis: Pathways to care. *British Journal of Psychiatry*, 172, 45-52.

Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Rishovd-Rund, B., Rossberg & J. I., Simonsen, E. (2010). Early Detection in Psychosis: 5 year Outcome in the Scandinavian Tips-Study. *European Psychiatry*, 26, 1461-1469

Lester, H., Birchwood, M., Bryan, S., England, E., Rogers, H. & Sirvastava, N. (2009). Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 446-450.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

- Lincoln, C., Harrigan, S. & McGorry, P.D. (1998). Understanding the topography of early psychosis pathways: an opportunity to reduce delays in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 172, 21-25.
- Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Stockton, S., Pilling, S., Hobbs, L., Hinton, M., & Johnson, S. (2011). Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 256-263.
- Malla, A., Bechard-Evans, L., Jooper, R., King, S. & Abadi, S. (2006). Understanding the complexities of delay in treatment of psychosis and relevance for early detection interventions. *Schizophrenia Research*, 86(1), 40.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first episode patients, a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62, 975-983.
- McGlashan, T. (1999). Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry*, 46, 899-907.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 616-622.
- McGorry, P., Johannessen, J. O., Lewis, S., Birchwood, M., Malla, A., Nordentoft, J., Addington, J. & Yung, A. (2010). Early intervention in psychosis: Keeping in faith with evidence-based health care. *Psychological Medicine*, 40, 399-404.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., & McGlashan, T. (2008). Prevention of negative symptom psychopathologies in first- episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 65 (6), 634-640.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Melle, I. Larsen, T. K., Haar, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Rund, B. R., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated psychosis. Effects on clinical presentation. *Archives of General Psychiatry*, 61(2), 143-150.

Michalopolous, C., Harris, M. , Henry, L., Harrigan, S., & McGorry, P. (2009). Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 909-918.

Morgan C., Abdul-Al, R., Lappin, J. M., Jones, P., Fearon, P., Leese, M, Croudace, T., Morgan, K., Dazzan, P., Crag, T., Leff, J., & Murray, R. (2006). Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the ÆSOP first psychosis study. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 226-452.

Nesvåg, R., Lange, E. H., Færden, A., Barrett, E. A., Emilsson, B., Ringen, P. A., Andreassen, O. A., Melle, I. & Agartz, I. (2010). The use of screening instruments for detecting alcohol and other drug disorders in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 177, 228-234.

Nordentoft, M., Thorup, A., Petersen, L., Øhlenschläger, J., Christensen, T.Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. & Jeppesen, P. (2008). Does a detection team shorten duration of untreated psychosis? *Early intervention in Psychiatry*, 2, 22-26.

Norman, R. M. G., & Malla, A. K. (2001). Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 31, 381-400.

Norman, R. M. G., Malla, A. K., Verdi, M. B., Hassall, L. D., & Fazekas, C. (2004). Understanding delay in treatment for first episode psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 255-266.

Oliveira, A. M., Menezes, P. R., Busatto, G. F., McGuire, P. K., Murray & R. M., Scazufca, M. (2010). Family context and duration of untreated psychosis (DUP): Results for the Sao Paulo study. *Schizophrenia Research*, 119, 124-130.

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J.A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: A critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1785-1804.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M. B., Øhlenslæger, J., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P. & Nordentoft, M. (2005). A randomized multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with first episode of psychotic illness. *British Medical Journal*, *331*, 602-605.
- Scholten, D. J., Malla, A. K., Norman, R. M., McLean, T.S., McIntosh, E. M., McDonald, C. L. Eliasziw, M. & Speechley, K. N. (2003). Removing barriers to treatment of first episode psychotic disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*, 561-565.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., & Rosenhan, D. L. (2001). The schizophrenias. I M. E. P Seligman, E. F. Walker & D. L. Rosenhan (Eds). *Abnormal psychology* (s 415-467). New York: W.W. Norton & Company.
- Shah, J., Mizrahi, R. & McKenzie, K. (2011). The four dimensions: A model for the social aetiology of psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 11-14.
- Skeate, A., Jackson, C., Birchwood, M., & Jones, C. (2002). Duration of untreated psychosis and pathways to care in first-episode psychosis: Investigations of help-seeking behaviour in primary care. *The British Journal of Psychiatry*. *181*(43), 73 -77.
- Stahl, S. M. (2008). Psychosis and Schizophrenia. I S. M. Stahl (Ed), *Antipsychotics and Mood Stabilizers: Stahl's Essential Psychopharmacology, Third Edition* (s. 1-10). New York: Cambridge University Press.
- Tanskanen, S., Morant, N., Hinton, M., Lloyd-Evans, B., Crosby, M., Killaspy, H., Raine, R., Pilling, S. & Johnson, S. (2011). Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: A UK qualitative study. *BioMedCentral Psychiatry*, *11*, 157.

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

TIPS Rogaland. Informasjonsarbeid. Aktuelle kampanjer. Er det mulig å få en befolkning til mer aktivt å søke tidlig hjelp ved begynnende psykiske lidelser? Hentet 24. april 2012 fra <http://www.tips-info.com/informasjonsarbeid>

TIPS sør-øst (u.å.) *Veileder for registrering og rapportering av VUP*. Oslo: Helse sør-øst. Oslo Univeristetssykehus, Ullevål

Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T, Miura, Y., Murakami, M. & Kashima, H. (2004). Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 76-81.

Yung, A. R. & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.

Yung, A.R., Yuen, H. P., McGorry, P., Philops, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E., Stanford., C., Godfrey, K.& Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: The Comprehensive assessment of At Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964-971.

Wong, K. K., Chan, S. K. W., Lam, M. M. L., Hui, C. L. M., Hung, S. F., Tay, M. & Chen, E. Y. H. (2011). Cost effectiveness of an early assessment service for young people with early psychosis in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 673-680.



Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

# Appendiks

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## **Appendiks I**

**Pasientregistreringsskjema, kodenøkkel.**

Vårt pasientnummer:

NPR-nummer:

**1. Pasientnummer**

SPSS.....

**2. Årstall**

2008 = 1

2011

=2.....

**3. Kjønn**

K = 1

M =

2.....

**4. Alder ved**

behandlingsoppstart.....

**5. VUP-lengde rapportert til NPR/ikke**

beregnet.....

**6. Ved hvilken enhet hadde pasienten første kontakt på Diakonhjemmet (utenom ø-hjelp) ang. psykoseproblematikk?**

Avdeling = 1

Poliklinikk =

2.....

**7. Ved hvilken enhet er VUP-skjema blitt fylt ut?**

Avdeling = 1

Poliklinikk = 2

Begge enheter =

3.....

**8. Har pasienten fremdeles hoveddiagnose i kategorien F20 i siste i siste registrerte epikrise?**

Ja = 1

Nei = 2

Usikkert =

3.....

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**9. Er pasienten tidligere registrert ved Diakonhjemmet med en annen diagnosekategori enn F20? (Ved aktuell eller tidligere behandlingskontakt.)**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**10. Er det registrert tilleggsdiagnoser for pasienten?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**11. Etnisitet**

**Norsk =1**

**Ikke norsk =**

**2.....**

**12. Sivilstatus**

**Alene = 1**

**I parforhold = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**13. Bosituasjon**

**Bor alene = 1**

**Bor sammen med andre = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**14. Utdanning**

**Avbrutt/ikke fullført videregående skole =1**

**Fullført videregående skole = 2**

**Høyere utdanning = 3**

**Usikkert =**

**4.....**

**15. Yrkesaktivitet**

**Arbeidsledig/langtidssykemeldt/NAV-stønnad = 1**

**Vikar/deltidsarbeid = 2**

**Fulltidsarbeid = 3**

Student =

4.....

**16. Har det vært kontakt mellom sykehus og pårørende?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**17. Er pårørendesamtale og/eller familiesamtale og/eller komparentopplysninger dokumentert?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**18. Forekommer alvorlig psykisk lidelse blant 1. og 2. grads slektninger (psykose, bipolaritet, alvorlig depresjon, personlighetsproblematikk)?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**19. Er det registrert rusproblematikk?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**20. Hvem har henvist pasienten?**

**Fastlege = 1**

**Psykiatrisk legevakt = 2**

**Selvhenvising via TIPS-tlf/akutteam/ø-hjelp = 3**

**Annen spesialistinstans = 4**

**Annen henvisningsinstans =**

**5.....**

**21. Var akutteam involvert i oppstartfase?**

**Ja = 1**

**Nei = 2.....**

**.....**

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**22. Antall uker mellom henvisningsdato og tilbud om mottakssamtale ved poliklinikk (Gjelder kun pasienter i gruppe 2, spm**

**6).....**

**23. Har pasienten fått antipsykotisk medikamentell behandling?**

**Ja =1**

**Nei =**

**2.....**

**24. Antall uker fra første kontakt Diakonhjemmet til oppstart nevroleptikabehandling for pasienter som kommer inn via avdeling**

**(Gjelder kun pasienter som både er i kategori 1, spm. 23 og i kategori 1, spm**

**6).....**

**25. Antall uker fra første kontakt Diakonhjemmet til oppstart nevroleptikabehandling for pasienter som kommer inn via poliklinikk**

**(Gjelder kun pasienter som både er i kategori 1, spm 23 og i gruppe 2, spm**

**6).....**

**26. Var pårørende involvert i prosessen med å ta kontakt med helsetjenesten for psykoseproblematikk?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**27. Var pasienten i kontakt med politi i tiden omkring første behandlingskontakt?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

**Usikkert =**

**3.....**

**28. Hadde pasienten tidligere kontakt med førstelinjetjenesten om psykosesymptomer forut for behandlingsoppstart på Diakonhjemmet?**

**Ja = 1**

**Nei = 2**

Usikkert =

3.....

**29. Er det registrert tidligere kontakt med psykiatrisk divisjon på Diakonhjemmet før kontakten som gjaldt psykose?**

Ja = 1

Nei = 2

Usikkert =

3.....

**30. Er det registrert tidligere kontakt med annen voksenpsykiatrisk spesialisthelsetjeneste-instans før behandlingsoppstart ved Diakonhjemmet?**

Ja = 1

Nei = 2

Usikkert =

3.....

**31. Er det registrert tidligere kontakt med BUP?**

Ja = 1

Nei = 2

Usikkert =

3.....

**32. Ble pasienten henvist til poliklinikk, men ble innlagt i påvente av første polikliniske time? (Gjelder bare pasienter i gruppe 1, spørsmål 6)**

Ja = 1

Nei =

2.....

**33. Hadde pasienten vansker med oppmøte på poliklinikk omkring behandlingsoppstart? (Gjelder bare pasienter i gruppe 2, spørsmål 6)**

Ja = 1

Nei =

2.....

**34. Ble det fattet tvangsvedtak i forbindelse med behandlingsoppstart?**

Ja = 1

Nei =

2.....

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**35. Er det foretatt psykometrisk testing i forbindelse med utredning/diagnostisering (minst en test rettet mot utredning av psykoselidelse)?**

Ja = 1

Nei = 2

Usikkert =

3.....

**36. Er henvisning til utredning gjennom TOP-prosjektet sendt?**

Ja = 1

Nei =

2.....

**37. Er utredning gjennom TOP-prosjektet foretatt? (Gjelder kun pasienter i kategori 1, spm. 36)**

Ja=1

Nei =

2.....

**38. Antall uker fra første behandlingskontakt ang. psykose til henvisning til TOP er sendt. (Gjelder bare pasienter i kategori 1, spørsmål**

**36).....**

**39. Finnes utredningsplan blant dokumentoverskrifter i journal?**

Ja = 1

Nei = 2 .....

.....

**40. Antall uker fra første behandlingskontakt (ang. psykose) til utredningsplan er fylt ut (Gjelder bare pasienter i kategorien 1, spørsmål**

**39).....**

**41. Antall uker mellom første behandlingskontakt (som gjaldt psykose) og VUP-skjema fylt ut**

.....

**42. Foreligger dokumentert begrunnelse for VUP-beregning?**

Ja =1



Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Nei = 2

Usikkert =

3.....

**43. Er pasienten henvist til AFP?**

Ja = 1

Nei =

2.....

**44. Antall uker fra første kontakt til henvisning til AFP er sendt.**

(Gjelder kun pas i kategori 1, pkt

43.....

**45. Er pasienten henvist CBT- forskningsprosjekt?**

Ja = 1

Nei =

2.....

**46. Antall uker fra første kontakt til henvisning til CBT-prosjekt er sendt.**

(Gjelder kun pas i kategori 1, pkt

45.).....

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## **Appendiks II**

## Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

Hei, lenken under gir deg tilgang til undersøkelsen "Varighet av ubehandlet psykose. Hva hemmer og hva fremmer tidlig oppdagelse av psykose i Diakonhjemmet sektor?" som er nærmere beskrevet i en e-post du nylig har mottatt fra ledelsen ved Diakonhjemmets psykiatiske avdeling.

Det vil ta 5 - 10 minutter å svare på undersøkelsen.

Svarfrist er fredag 30. mars.

Vi minner om at din anonymitet er sikret, og håper på høy deltakelse. På forhånd tusen takk.

En heldig deltaker vil motta en hyggelig overraskelse, et gavekort på XXL med verdi på 1000,- kr!

Vennlig hilsen Sara Maria Mjøen og Thyra Kolltveit Tambwe, 12. semester, profesjonsstudiet i psykologi.

<https://response.questback.com/isa/qbv.dll/SQ?r=3877392F71524949306E53336F567630595451506B634731464B357565756B492F3538772F596C4E666A79354C446B3D>

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## **Appendiks III**



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

Tidlig behandling er av stor betydning for pasienter med førstegangpsykose. De nye nasjonale retningslinjene anbefaler at det ikke skal gå mer enn fire uker fra første symptomer på aktiv psykose til adekvat behandling tilbys. Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i Diakonhjemmet sektor er redusert fra 50 til 16 uker siden 2008, men målet om fire uker er ennå et stykke unna. Hensikten med denne undersøkelsen er å få en bedre forståelse av hvilke faktorer som kan være med på å hemme eller fremme en kortere VUP for pasienter ved Diakonhjemmet sykehus. Innblikk i arbeidserfaringene som du har, kan hjelpe til med å avklare slike spørsmål. Vi håper derfor at du kan besvare denne anonyme spørreundersøkelsen for ansatte ved Voksenpsykiatrisk avdeling.

#### Din identitet vil holdes skjult

Les om [retningslinjer for personvern](#). (Åpnes i nytt vindu)

---

### Bakgrunnsinformasjon

#### 1) \* Profesjonstittel

Velg alternativ

---

#### 2) \* Ansettelsessted

Velg alternativ

---

13 % completed

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

---

### 3) \* I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Pasienter med førstegangpsykose er usikre på hvor de skal henvende seg med plagene sine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pårørende er usikre på hvor de skal henvende seg for hjelp ved førstegangpsykose i familien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De berørte personene opplever skam knyttet til det å ha en psykoselidelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mange pasienter møter ikke til førstegangskonsultasjon ved poliklinikken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25 % completed



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

---

#### 4) \* I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Diagnostisering av psykoselidelser er vanskelig tidlig i sykdomsutviklingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personalet på voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen har nødvendig kunnskap om viktigheten av tidlig behandling av psykose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det vil være nyttig å jevnlig besøke videregående skoler i sektor og informere elever, helsesøstre og lærere om symptomer, viktigheten av å komme raskt i behandling og hvor man skal ta kontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det vil være nyttig å sørge for at Diakonhjemmets brosjyre til ungdom om psykose ("Kan det være psykose?") blir mer tilgjengelig for befolkningen i vår sektor (f.eks gjennom fastlegekontorer, hos NAV, på skoler og i studenthelsetjenesten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

---

#### 5) \* I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Førstegangpsykose bør være fast tema på samarbeidsmøter med fastlegekontorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastleger bør senke terskelen for å henvise til utredning for mulig psykoselidelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykokurs til fastleger vil være nyttig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tett samarbeid med BUP i både enkeltsaker og for kompetanseutvikling er viktig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50 % completed





### Varighet av ubehandlet psykose på DS

---

#### 6) \* I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Lav terskel for psykose-screening er viktigere enn faren for å anta feil diagnose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlere på Voksenpsykiatrisk avdeling gir rask respons (innen 7 dager) når de har fått en pasient henvist med spørsmål om psykose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOP-utredning sikrer god utredning av førstegangpsykose ved Diakonhjemmet sykehus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil gjerne delta når pasienter utredes for psykose av andre behandlere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63 % completed

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

---

#### 7) I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Det bør opprettes et eget team for tidlig identifikasjon ved psykose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å beregne VUP for pasienter på Diakonhjemmet gir en god indikator på kvalitet ved behandlingstilbudet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VUP-beregninger representerer informasjon som er nyttig for å forstå pasienters sykdomsbilde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

75 % completed



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

## Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Profesjonstittel er *lik* Psykiater
  - eller
  - Hvis Profesjonstittel er *lik* Psykologspesialist
  - eller
  - Hvis Profesjonstittel er *lik* Psykolog
  - eller
  - Hvis Profesjonstittel er *lik* Lege
- )

### 8) \* I hvilken grad er du enig/uenig i følgende påstander:

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Det kan være vanskelig å beregne presis VUP for mange psykosepasienter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rusproblematikk vanskeliggjør diagnostisering av psykoselidelser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ønsker meg økt kompetanse i å utrede pasienter med tvetydige symptombilder som kan være tegn på psykose i utvikling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg mistenker psykoseproblematikk nøler jeg ikke med å utrede nærmere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

88 % completed

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?



### Varighet av ubehandlet psykose på DS

## Hva kan bidra til å fremme kort VUP på Diakonhjemmet sykehus?

9) \* I hvilken grad er du enig/uenig i disse tiltakene?

	helt uenig	litt uenig	verken enig eller uenig	litt enig	helt enig
Eget TIPS team på Vinderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eget psykoseteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer generell kompetansetilførsel/opplæring av ansatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer arbeid ut mot primærhelsetjenesten som fastleger o.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer informasjon og kampanjer ut til befolkningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Actions vil skje for følgende alternativer:

- Nei : Gå til slutten
- Ja : Gå til et nettsted

(<https://response.questback.com/diakonhjemmetsykehus/mm662ydbbw/>)

10) Vil du være med i trekningen av et gavekort på kr 1000,- fra XXL?

- Ja
- Nei

100 % completed

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

## **Appendiks IV**

Hvordan kan pasienter med førstegangpsykose komme raskere til behandling?

**Til alt fagpersonell ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen: Viktig undersøkelse om dine synspunkter på varighet av ubehandlet psykose.**

Tidlig behandling er av stor betydning for pasienter med førstegangpsykose. De nye nasjonale retningslinjene anbefaler at det ikke skal gå mer enn fire uker fra første symptomer på aktiv psykose til adekvat behandling tilbys. Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i Diakonhjemmet sektor er redusert fra 50 til 16 uker siden 2008, men målet om fire uker er ennå et stykke unna. Hensikten med denne undersøkelsen er å få en bedre forståelse av hvilke faktorer som kan være med på å hemme eller fremme en kortere VUP for våre pasienter. Innblikk i arbeidserfaringene som du har, kan hjelpe til med å avklare slike spørsmål. Vi håper derfor at du kan besvare den anonyme spørreundersøkelsen via Questback som du vil få tilsendt av Karen Waage fra personalavdelingen. Din anonymitet er sikret, og det er viktig med en så høy deltakelse som mulig! Dette er en del av et kvalitetssikringsprosjekt der vi har fått hjelp av psykologstudentene Sara Mjøen og Thyra Thambwe. Du vil motta undersøkelsen per e-post i løpet av få dager.

Beste hilsen

Jan Fredrik Andresen

avd.sjef/avd.overlege