

# Psykoedukativ behandling ved kronisk psykose

*En oversikt over effektstudier og bruk ved norske distriktpspsykiariske sentra(DPS)*

**Anders Bjøranger Thune**



Prosjektoppgave ved medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15/12-09

## Innhold

Side 3	Abstract
Side 4	Introduksjon
Side 4	Behandling av schizofreni generelt
Side 6	Generelt om den psykoedukative behandlingsmetoden
Side 7	Metode
Side 8	Hva er effekten av psykoedukativ behandling ved schizofreni?
Side 26	I hvor stor grad brukes psykoedukativ behandling ved norske DPS?
Side 28	Diskusjon
Side 33	Konklusjon
Side 34	Litteratur
Side 36	Appendix

## **Abstract**

**Background:** In recent years family psychoeducational treatment programs have received increasing interest regarding the treatment of schizophrenia patients. Several studies on the effectiveness of such treatment for schizophrenia have been conducted, evaluating outcome measures such as relapse rates, compliance with treatment, psychopathology, social functioning and beneficial effects for the relatives.

**Aims:** The aims of this study was to study the effectiveness of family intervention with psychoeducation in the treatment of schizophrenia through a review of relevant research articles, and to give an estimate of how often this treatment method is used for this group of patients in Norwegian decentralized psychiatric centers.

**Method:** A structured search for RCT articles on the effectiveness of psychoeducational treatment for schizophrenia patients was performed in PubMed, Embase and Psychinfo, and a questionnaire was sent to all decentralized psychiatric centers in Norway.

**Results:** Family psychoeducation proved overall to be beneficial in the treatment of schizophrenia, regarding both primary (relapse rates and compliance) and secondary (psychopathology, social functioning, and effects for relatives) outcome measures. Also the cost-benefit of this treatment program was viewed as promising. In Norway, 41% of the psychiatric centers used multi family psychoeducational groups, and 64% used psychoeducation for single families.

**Conclusions:** Although a substantial proportion of the centers reported to use family psychoeducation in some form, there might be room for increased usage of the multi family group model, as this seems to be cost effective and has the advantage of

creating positive networks among families of schizophrenia patients, as demonstrated in this review.

## **Introduksjon**

Behandlingen av schizofreni har gjennom de siste 60 år vært gjenstand for dramatiske forbedringer, da særlig i forhold til medikamentell behandling med oppdagelsen av antipsykotika. Også nye psykososiale behandlingsmodeller har kommet til, og blant disse er psykoedukativ behandling. Behandlingsformen ble utviklet og først tatt i bruk i anglo-saksiske land på 1970- tallet, og har med stor interesse blitt benyttet i stadig større grad i mange land.

Denne oppgaven vil forsøke å gjøre rede for behandlingseffekten av familieintervensjon med psykoedukasjon ved kronisk psykose slik den fremkommer gjennom relevant litteratur. Videre er utbredelsen av denne behandlingstilnærmingen ved kronisk psykose i Norge forsøkt kartlagt gjennom en spørreundersøkelse sendt til samtlige distriktpspsykiatriske sentra (DPS) i landet.

## **Behandling av schizofreni generelt**

Det finnes i dag en rekke behandlingsformer for schizofreni, både somatiske og psykoterapeutiske metoder, samt intervensjoner for å forbedre pasientens sosiale forhold (1). Malt et al. (2) peker i sin lærebok på at det har skjedd en ”gjennomgripende forandring i behandling av schizofreni ” de senere år, og at behandlingresultatene er blitt langt bedre. De (2) trekker frem tre hovedregler ved behandling av schizofreni; 1) Fleksibilitet i behandlingsprogrammet, med kombinasjon av flere behandlingsmetoder. 2) Individualiserte behandlingsprogram. 3) ”Respekt for pasientens menneskelige verdighet”.

---

Av somatiske behandlingsformer har medikamenter av typen antipsykotika vist seg svært effektive (3). Jones og Buckley karakteriserer bruk av antipsykotika som ”rygraden i sykdomshåndtering ved skizofreni” (3). Antipsykotika deles inn i de typiske og de atypiske. Gruppen av typiske antipsykotika virker hovedsakelig på D2 reseptorer, og et eksempel er perfenazin. De atypiske medikamentene virker på flere typer reseptorer, som cholinerge, serotonerge og alpha- adrenoreseptorer. Et eksempel på medikament i denne gruppen er klozapin. Medikamentene i denne gruppen viser seg å gi færre bivirkninger, og særlig mindre tendens til ekstrapyramidalt syndrom (3).

Støttepreget psykoterapi er pasientsamtaler som innebærer ”empatisk lytting til pasientens problemer og symptomer, aktiv hjelp til løsning av problemer i pasientens hverdagsliv”(3). Her inngår også opplæring i forhold til sykdommen, som informasjon rundt risikofaktorer for tilbakefall, og spørsmålsstillinger rundt behandlingen. Tillit mellom behandler og pasient er svært viktig, og det viser seg gunstig for behandlingen at pasienten følger samme behandler over lengre tid (3).

Kognitiv terapi tar sikte på å utvikle mer konstruktive kognitive teknikker og strategier for å mestre egne tanker og forestillinger i gitte situasjoner. Pasienten trenes her i å vurdere tanker og forestillinger opp mot ytre bevis. Disse kognitive strategiene skal altså være til hjelp for å mestre psykotiske symptomer (1).

Kognitiv trening er en terapiform med fokus på å trene opp grunnleggende kognitive funksjoner, som oppmerksomhet, hukommelse, konsentrasjon og eksekutiv fungering (1).

Psykoedukativ behandling ligner en slags undervisningssituasjon, hvor pasienten sammen med sin familie får informasjon om selve lidelsen og hvordan den kan håndteres i det daglige på en optimal måte. Dette er nærmere forklart under avsnittene ”Metode” og ”Den psykoedukative behandlingsmetode”.

I et helhetlig behandlingsopplegg hører det også med å hjelpe pasienten rent praktisk med forhold som tilrettelagt arbeid og egnet bosted.

## **Generelt om den psykoedukative behandlingsmetoden**

Psykoedukative metoder ble utviklet i England og USA på 1970- tallet og kan defineres som “et samlebegrep for strukturerte behandlingstilbud som inkluderer pasientens og familienes behov for kunnskap om lidelsen og opplæring om hvordan denne kan håndteres på en optimal måte“ (1, side 288). Pasienten og familiemedlemmer tilbys et undervisningsopplegg om lidelsen, og får hjelp til å bruke denne nye kunnskapen i den daglige sosiale interaksjon.

Psykoedukativ behandling ble først utviklet for pasienter med schizofreni eller schizoaffektive lidelser, men senere er behandlingsformen tilpasset depresjon, bipolare lidelser, tvangslidelser, spiseforstyrrelser og ustabil personlighetsforstyrrelse.

Begrepet “expressed emotions“ (EE) er tett knyttet til den psykoedukative behandlingsmetode. EE beskriver nivået av emosjonelt stress og konfliktnivå i en familie. EE består av de fem variablene; kritikk, fiendtlighet, emosjonell overinvolvering, varme og positive bemerkninger. Dersom de tre første variablene øker i intensitet, vil dette kunne oppleves som stressende og svært ubehagelig for pasienten, og øke risiko for at pasienten skal dyttes ut i en ny psykoseepisode. Det er også vist at dersom variablene varme og positive bemerkninger stiger i verdi, vil dette ha en beskyttende effekt, og kunne redusere risiko for en ny psykoseepisode (1, s. 290). Bentsen (1998) viste at en belastning med høy EE over tid ville tredoble risikoen for tilbakefall for psykose og bidra til et dårligere forløp av lidelsen (1, s. 290).

De tre behandlingselementene som utgjør den psykoedukative metode er 1) undervisning, 2) stressmestring ved hjelp av problemløsning og kommunikasjonstrening og 3) nettverksarbeid.

## **Metode**

Det ble søkt i databasene Embase, PsychInfo og PubMed. Søkestrategien i de tre databasene var ”psychoeducation AND family therapy AND schizophrenia”. Søkene ga til sammen 143 treff. Videre ble alle artiklene gjennomgått, og kun randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) ble inkludert i studien. Inklusjonskriterier videre var krav om å undersøke effekten av psykoedukasjon for schizofreni/schizoaffektiv lidelse. Behandlingseffekten kunne måles både for omsorgspersonenes utbytte av slike behandlingsopplegg, og i form av klinisk bedring hos pasienten. Etter at disse inklusjonskriteriene var brukt, satt man igjen med til sammen 10 artikler.

Den faktiske bruken av psykoedukativ behandling for nevnte pasientgrupper ved norske DPS, ble kartlagt via en spørreundersøkelse. Alle DPS i Norge ble sendt et spørreskjema, hvor 6 forskjellige behandlingsformer var listet opp. For hver type behandling kunne utfyller krysse av for hvorvidt denne var i bruk eller ikke ved det aktuelle DPS. Dersom en behandling faktisk ble benyttet, ble utfylleren oppfordret til å angi i prosent hvor mange av de aktuelle pasientene som mottok behandlingen. Man var her ikke ute etter noe eksakt tall, kun et estimat basert på utfyllers generelle oversikt over det aktuelle DPSet og dets pasientgrupper. Alle DPS ble oppringt på forhånd, for å finne en behandler/leder med god oversikt over DPSets aktivitet, og spørreskjemaet ble så sendt til vedkommende. Den innledende teksten i spørreskjemaet ga også rom for at skjemaet kunne sendes videre til andre ansatte innad i DPSet dersom man mente andre hadde bedre oversikt over den aktuelle problemstillingen. De seks behandlingalternativene oppgitt i spørreskjemaet var medikamentell behandling, kognitiv terapi, kognitiv trening, psykoedukativ behandling med familie enkeltvis, psykoedukativ behandling i grupper med flere familier, og til slutt ”annen psykoterapi” (se appendix). Under skjemaet fulgte forklaringer til hver type behandling. ”Psykoedukativ behandling, en familie” ble

definert som ”behandling hvor pasienten sammen med sin familie får undervisning om lidelsen og hvordan den best kan håndteres på en optimal måte. Familien får hjelp til å bruke denne innsikten i hverdagen. Krav her er at pasient og familie undervises samtidig, og varighet av undervisningsopplegg på 9 mnd eller mer.” For behandlingsalternativet ”psykoedukativ behandling, flere familier” var kriteriene som over, men her undervisning av flere pasienter med sine familier samtidig.

For å finne alle DPS i Norge med adresser, ble hjemmesiden til helsedirektoratet ([www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)) benyttet. Et søk her lister opp 90 forskjellige adresser til distriktpsikiatriske sentra i Norge. Videre ble denne listen gjennomgått slik at adresser som viste seg å høre til det samme DPSet ble identifisert, og det ble gjort egne manuelle søk for å finne DPSer som ikke var nevnt på denne listen. Denne strategien ga til sammen adresser til 95 DPSer.

### **Hva er effekten av psykoedukativ behandling ved schizofreni?**

I det følgende refereres de enkelte artiklene som ble inkludert etter litteratursøk, med deres bakgrunn, strategier og resultater. Under avsnittet Appendix følger en tabell som tar for seg sterke og svake sider ved metodiske forhold knyttet til hver enkelt studie. Momenter for vurderingen her er hentet fra en sjekkliste for kritisk vurdering av RCT, på nettsiden <http://kunnskapsbasertpraksis.no> (4).

Åtte av artiklene tar for seg den kliniske effekten av psykoedukasjon hos pasientene og pårørende, mens de resterende to artiklene undersøker eventuelle gunstige effekter kun hos pasientenes nærmeste omsorgspersoner. Disse behandles til slutt.

**Xiang et al. (1994)** (5) tok utgangspunkt i at det er stor mangel på helsepersonell med kompetanse i psykiatri i Kina, og særlig på den kinesiske landsbygda. Som eksempel nevnes det at psykiater/innbygger-ratio i Sichuan provinsen var 1/100 000. Også egnede fasiliteter for behandling av psykisk syke ble fremhevet som svært mangelfull. Videre er ”compliance” (brukes som ”adherence” eller etterlevelse) og samarbeid mellom pasientens familie og helsevesenet problematisk, igjen spesielt i rurale strøk.



---

Mulige årsaker til dette er i følge Xiang et al. manglende tro på moderne behandling, alternative forklaringsmodeller som ”hekseri”, at man ikke anså mentale lidelser som aktuelle for medisinsk behandling, og at man anså psykiske lidelser generelt som sosialt stigmatiserende. Denne studien ville undersøke om familieintervensjon med psykoedukative elementer kunne bedre ”compliance” fra både pasient og nærmeste pårørende.

I alt 77 pasienter med diagnosene schizofreni eller schizoaffektiv lidelse ble tilfeldig fordelt i en kontroll og en intervensjonsgruppe. Intervensjonsgruppen fikk medikamentell behandling (haloperidol depot) pluss psykoedukativ familieintervensjon. Kontrollgruppen fikk kun medikamentell behandling. Forsøket gikk over fire måneder. Det psykoedukative behandlingsopplegget bestod i undervisning av familiene i forhold til lidelsen og dens behandling, hjelp til å identifisere og løse problemer, og hjelp til å forstå sykdomsrelatert adferd.

For å måle eventuelle effekter av det psykoedukative behandlingsopplegget benyttet man seg av innsyn i journaler, ”the Present State Examination”(PSE: Wing et al 1974) og ”the Social Disability Screening Schedule (SDSS). Man ville her undersøke ”compliance- rate” av farmakologisk behandling, bedring i pasientens arbeidsevne, endrede holdninger i forhold til sykdommen, og generell klinisk tilstand.

Etter familieintervensjonen fant man at andelen av de som fulgte vanlig behandling med full ”compliance” i intervensjonsgruppen var steget fra 5,6% til 47,2%, mens for kontrollgruppen var andelen 7,3% før og 14,6% etter intervensjon ( $P < 0,005$ ).

Andelen av familier som trodde sykdommen skyldtes overnaturlige fenomener, og ikke var å anse som en sykdom, sank fra 22% til 5,6% etter intervensjonen ( $P < 0,05$ ), mens det var ingen signifikant endring for dette i kontrollgruppen. Prosentandelen av familier som var ansett å gi utilstrekkelig omsorg for pasienten, sank fra 38,9% til 16,7% etter intervensjonen ( $P < 0,05$ ).

I forhold til klinisk status fant man at raten av bedring (helt frisk/signifikant bedring/ noe bedring) var 16,7% for intervensjonsgruppen og 24,4% for kontrollgruppen før

intervensjon. Samme tall etter intervensjon var henholdsvis 77,8% og 33,7% ( $P < 0,005$ ). Man fant også signifikant bedret evne til å delta i arbeid, som gårdsarbeid og husarbeid, og generelt bedret sosial funksjon.

Studien konkluderer med at familie psykoedukasjon er effektivt for å bedre ”compliance- rate” og generell klinisk tilstand, samtidig som det letter byrden for de pårørende. Man konkluderer med å anbefale økt bruk av denne typen behandling.

I likhet med Xiang et al. (1994) (5) påpekte **Kulhara et al. (2008)** (6) et behov for å undersøke behandlingseffekten av psykoedukasjon i ikke-vestlige land, denne gangen India. Man påpekte her at kulturelle forskjeller fra Vesten kunne gjøre denne behandlingsformen mindre aktuell, da pasientene i India allerede var tett knyttet til familien, og at indiske familier var mer tolerante og støttende overfor pasientene enn i Vesten. Videre hevdes det at schizofreni generelt har et mer gunstig forløp i India.

For å avdekke eventuelle gunstige effekter ved psykoedukasjon fordelte man tilfeldig (ved hjelp av dataprogram) 76 pasienter med nærmeste pårørende i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Disse mottok så generelt den samme behandling, med unntak av at intervensjonsgruppen i tillegg deltok i et psykoedukativt behandlingsopplegg, av 9 måneders varighet. Inklusjonskriterier var at pasienten kun skulle ha diagnosen schizofreni, ingen tilleggsdiagnoser eller rusmisbruk. Videre måtte ingen i nærmeste familie ha en kjent psykiatrisk lidelse.

For å måle effekten av intervensjonen, benyttet man seg av ”*Positive and negative Syndrom Scale*” (PANSS) for grad av psykopatologi (målt hver måned), ”*Schedule for Assessment of Psychiatric Disability*” for å måle grad av funksjonssvikt, ”*Social Support Scale*” (Pollac and Harris) for å måle i hvilken grad familien opplever å få sosial støtte, ”*Patient Satisfaction Questionnaire*” ble modifisert for å måle hvor fornøyde de pårørende var med behandlingen.

PANSS skåre (grad av positive+negative symptomer+generell psykopatologi) ble målt månedlig, og for begge gruppene avtok den gjennom forsøksperioden, men i

---

signifikant større grad hos intervensjonsgruppen. Det var særlig mot slutten av 9 måneders perioden at intervensjonsgruppen fikk gunstigere skåre på denne testen.

Det var signifikant bedre skåre i intervensjonsgruppen for ”caregiver satisfaction” ( $P < 0,01$ ), ”social support” ( $P < 0,0001$ ) og ”psychiatric disability” ( $P < 0,0001$ ).

Kulhara et al. (2008) (6) konkluderer med at psykoedukasjon var signifikant bedre enn standard behandling ved schizofreni i forhold til psykopatologi, funksjonssvekkelse, støtte til de pårørende, og hvor fornøyde de pårørende er med behandlingen. Videre at dette er et billig og enkelt gjennomførbart behandlingsopplegg, som vil være aktuelt for utviklingsland som India.

En annen randomisert kontrollert studie som forsøker å evaluere effekten av psykoedukasjon i et ikke-anglosaksisk land er publisert av **Carrá et al. (2006)** (7). Denne studien fant sted i Italia, og standard behandling ble sammenlignet med to alternative behandlingsløp; den ene intervensjonsgruppen fikk standard behandling + deltagelse i en informasjonsgruppe (IG). Her ble det undervist i psykopatologi, symptomer, behandling, forhold til familie og utdanning og ”compliance”. Den andre intervensjonsgruppen deltok også i IG, men fikk i tillegg ukentlige møter med en støttegruppe (SG) i to år, etter fullført deltagelse i IG (IG+SG). Kun pårørende var med i disse gruppene, ikke pasientene. Elementer her var kommunikasjon, stressmestring, problemløsning og å skape et sosialt nettverk som kan virke over lengre tid. Psykiatere ledet de forskjellige gruppene.

I alt 50 pårørende ble randomisert ved hjelp av en randomiseringstabell, til å bli med i IG programmet, 26 pårørende ble randomisert til IG+SG programmet. Både klinikere og deltakere var blindet i forhold til hvem som skulle videre i SG programmet. Til slutt ble 25 pårørende randomisert til å motta behandling som vanlig (TAU).

For å måle eventuelle forskjeller i effekter ved de ulike tiltakene benyttet man seg av ”Global Assessment Scale” (GAS) og en ”compliance scale” for standardbehandling og medikamentell behandling. I forhold til de pårørende benyttet man spørreskjemaer som tok for seg kliniske og sosiale forhold i familien, og EE ble målt med

”Camberwell Family Interview”- CFI. Disse målingene gjort før og etter intervensjon ble utført blindet av assistenter.

Etter et år for IG+SG var ”compliance” for standard behandling signifikant bedre enn for TAU gruppen. Ellers viste studien ingen signifikant bedring i forhold til tilbakefall, reinnleggelser eller antall pasienter i arbeid verken for IG eller IG+SG. Verken subjektiv eller objektiv forsørgelsesbyrde ble bedret for de pårørende etter intervensjonen, og selv om EE ble lavere gjennom forsøksperioden, særlig for IG+SG gruppen, ble effektene av behandlingen mindre tydelig ved slutten av behandlingsopplegget. Man peker her på at det kan være behov for en ”vedlikeholdsdose” med nøkkelementer fra psykoedukativ behandling for å holde behandlingseffektene oppe over tid, og at det er ytterligere behov for å tilpasse slike behandlingsopplegg etter ikke-anglosaksiske forhold.

**Spencer et al. (1988)** (8) ville undersøke effekten av ”inpatient family intervention” (IFI) på innlagte psykiatriske pasienter over en 18 måneders periode, gjennom en randomisert kontrollert studie. Kontrollgruppen fikk standard behandling ved avdelingen, uten IFI. Denne intervensjonen skulle ha hovedvekt på psykoedukasjon, med undervisning rundt sykdommens natur og dens behandling. Inklusjonskriteriet her var pasienter med schizofreni/schizofreniform lidelse med god/dårlig funksjon før innleggelse, affektive lidelser, og andre akse 1 diagnoser i DSM-III. Resultatene for pasientene med schizofreni/schizofreniform lidelse ble i noen grad behandlet for seg, og kun disse vil bli videre omtalt her.

For å vurdere eventuelle forskjeller i behandlingseffekt ble det benyttet Global Assessment Scale (GAS), ”the Psychiatric Evaluation Form”, ”the Family Attitude Inventory”, og ”the Goals of IFI Rating scale”.

I alt 77 pasienter i intervensjonsgruppen og 81 i kontrollgruppen var fortsatt med i studien ved slutt (18 mnd). Det hadde da vært et frafall på 27 forsøkspersoner, men man antok at dette ikke ville kompromittere sammenlignbarheten mellom gruppene.

---

Av statistisk signifikante resultater nevnes det i studien at kvinnelige pasienter med schizofreni/schizofreniform lidelse hadde utbytte av IFI, mens mannlige pasienter med samme diagnose viste liten effekt av behandlingen. Det spekuleres ikke videre i studien på mulige årsaksforhold her.

Studien nevner ikke metode for randomisering av pasientene, og sier ikke noe om blinding i forhold til å hente inn data fra pasienter/familiemedlemmer.

**Chien et al. (2004)** (9) ville sammenligne effekten av ”gjensidig støtte i flerfamiliegrupper” med psykoedukasjon og standard behandling gitt til pårørende av pasienter med diagnosen schizofreni. ”Gjensidig støtte” gruppen var ledet av familiemedlemmene selv (en av deltakerne ble valgt av de andre i gruppen og mottok opplæring i ledelse), og skulle gi informasjon, emosjonell støtte, og øke mestringsevne for de pårørende. Gruppen som fikk psykoedukasjon var ledet av psykiatriske sykepleiere. Varighet av studien var 6 måneder, med to timers sesjoner annenhver uke for ”gjensidig støtte” og psykoedukasjon gruppene. I alt 96 familier ble tilfeldig fordelt til ”Gjensidig støtte- gruppen” (n=32), psykoedukasjon (n=33), og standard behandling (n=31). Man fulgte opp deltakerne i ytterligere 12 måneder etter intervensjonen. Inklusjonskriterier var at de måtte være pårørende til schizofrenipasienter og at de hadde bodd sammen med og stelt for pasienten i minst 3 måneder men under 5 år. Pårørende av pasienter med komorbide lidelser eller rusmisbruk ble ekskludert.

Aktuelle effektstørrelser ble målt en uke før, en uke og et år etter intervensjonen. Måleinstrumenter her var ”the Family Support Services Index” (FSSI, måler behov for og bruk av helsetjenester for pårørende av pasienter med psykiatrisk lidelse), ”the Specific Level of Functioning Scale” (SLOF, måler evne til å stelle seg selv, fungere i samfunnet, sosial fungering), antall rehospitaliseringer, ”the Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS, for å måle positive symptomer).

Av signifikante resultater viste det seg at SLOF skåre steg mest for gjensidig støtte gruppen, noe mindre for gruppen som fikk psykoedukasjon (økende skåre indikerer

bedre funksjonsnivå). Skåre for gruppen med standardbehandling var forholdsvis uendret.

Antall og varighet av rehospitaliseringer ble redusert mest for ”gjensidig støtte”-gruppen, men også noe for psykoedukasjonsgruppen. Det var ingen endringer over tid for de som fikk standard behandling.

Artikkelen fremhever generelt en bedre effekt ved ”gjensidig støtte” enn ved psykoedukasjon, og peker på at dette er en forholdsvis billig og lett gjennomførbar behandlingsmetode. Videre fremheves det at siden ”gjensidig støtte” gruppen er deltakerledet, fleksibel og interaktiv, vil behandlingsmodellen bedre passe til familienes behov. Artikkelen demonstrerer altså en signifikant behandlingseffekt ved psykoedukasjon, men en enda klarere effekt ved ”gjensidig støtte” programmet.

Man oppgir ikke randomiseringsprosedyre, og sier ikke noe om blinding ved skåring av de deltakerutfylte skjemaene. Pasientene er gjort rede for gjennom hele studien, og resultatene burde kunne ha en overføringsverdi i forhold til fremtidig behandling av schizofreni.

**Pitschel- Walz et al. (2006)** (10) ville undersøke effekten av psykoedukasjon for pasienter med enten schizofreni eller schizoaffektiv lidelse (mellom 18 og 65 år, medisineret for lidelsen minst siste 12 måneder). Man randomiserte 236 pasienter med pårørende i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. I intervensjonsgruppen mottok pasienter og pårørende et psykoedukasjonsprogram bestående av 8 møter, og undervisningen ble holdt for pasienter og deres nærmeste i hver sin separate gruppe. Intervensjonen gikk over 4-5 måneder. Pasienter med pårørende i kontrollgruppen fikk standard behandling. Behandlingseffektene av intervensjonen man ville måle her var hyppighet av rehospitalisering og ”compliance”. Dette ble målt 12 og 24 måneder etter intervensjonen. Eksklusjonskriterier var rusmisbruk, graviditet, manglende omsorgspersoner, IQ under 80, og ingen tilbakefall siste 2 år.

Randomisering ble foretatt med et dataprogram, og grupper på 8-12 pasienter ble randomisert enten til intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe. På grunn av frafall var

---

det ved 12 måneder 163 pasienter igjen, og ved 24 måneder 153 pasienter. Frafallet var like stort i både intervensjons- og kontrollgruppen.

Innholdet i intervensjonen var informasjon om symptomer, etiologi, behandling, forhindring av tilbakefall, og diskusjon av mestringsstrategier. Pasientene kunne også selv ta opp andre problemer. Innholdet i gruppene med pårørende i intervensjonsgruppen var det samme, men mer fokus på hva man kunne gjøre for å hjelpe pasienten, og utveksling av erfaringer de pårørende imellom.

Får å måle "compliance" benyttet man seg av en "compliance scale", utfylt av psykiatere, og sjekket i tillegg dette opp mot målinger av medikamentnivå i plasma. Man registrerte også frekvens og varighet av rehospitaliseringer, psykopatologi med "brief psychiatric rating scale"(BPRS), og globalt funksjonsnivå (GAS). Man gjorde disse målingene før og like etter intervensjonen, og ved 6, 12, 18 og 24 måneder etter intervensjonen.

I forhold til rehospitalisering var det signifikant bedre forhold for pasientene i intervensjonsgruppen. Ved 12 måneder var reinnleggelsesraten 21% i intervensjonsgruppen, og 38% i kontrollgruppen. Tilsvarende tall for 24 måneder var 41% og 58%. Så man på hele 2 års perioden etter intervensjonsslutt, var det dobbelt så mange reinnleggelser, og dobbelt så mange dager med sykehusopphold i kontrollgruppen sammenlignet med intervensjonsgruppen. "Compliance" ble funnet å være signifikant dårligere i kontrollgruppen, både ved 12 og 24 måneder. De pasientene i kontrollgruppen som skåret lavere på "compliance" hadde økt risiko for reinnleggelser, mens man ikke fant dette forholdet i intervensjonsgruppen.

BPRS og GAS skåre var signifikant bedre i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, og det ble funnet signifikant sammenheng mellom bedre skåre her og økt "compliance".

Studien konkluderer med at psykoedukasjon reduserer risiko for rehospitaliseringer betydelig, og øker "compliance". I tillegg virker det gunstig for psykopatologi og sosial tilpasning.

Mens gevinsten var best hos pasienter med 2- 5 tidligere psykotiske episoder, var det ingen positiv effekt av intervensjonen hos de med 6 eller flere tidligere psykoseepisoder. Man antar her at denne gruppen kunne trenge et tilpasset psykoedukativt program av lengre varighet enn det som ble brukt i denne studien.

**McFarlane et al. 1995** (11) ville undersøke behandlingseffekt ved tre forskjellige behandlingsopplegg; 1) flerfamiliegruppe med psykoedukasjon (PEMGF), 2) psykoedukasjon for familier enkeltvis (PESFT) og 3) ”family-dynamic multiple family group” (FDMFG) uten psykoedukasjon. Intervensjonene varte gjennom hele studien (fire år). Man spurte seg om det sosiale nettverket i flerfamiliegrupper kunne gi en ekstra beskyttelse i forhold til tilbakefall ved schizofreni/ schizoaffektiv lidelse. Pasienter med tilbakefall og påfølgende sykehusinnleggelse ble selektert og randomisert til de tre gruppene beskrevet over. For å finne forskjeller på behandlingsformene, benyttet man seg av å måle ”symptomatisk tilbakefall”. Utfall av intervensjonene ble målt i fire år etter utskrivelse fra sykehus.

Studien var organisert slik at familiene i PESFT ikke kunne ha kontakt med hverandre, slik at denne gruppen ikke kunne få en behandlingseffekt av interaksjon mellom familier.

Poenget med FDMFG var å studere effekten av ren utvidelse av sosialt nettverk mellom familier, uten elementer av psykoedukasjon. Innhold her ble å dele følelser, forsøk på å løse konflikter i familier, og ha diskusjoner rundt forhold familiemedlemmene synes var vanskelige.

Inklusjonskriterier var diagnosen schizofreni/schizoaffektiv lidelse, tidligere innleggelse ved psykiatrisk avdeling, og minst 10 timer kontakt med pårørende i uka. Til sammen 56 pasienter ble tilfeldig fordelt til de tre gruppene, randomiseringsprosedyre er ikke beskrevet. I startfasen av prosjektet hadde man en dropout på 15 pasienter, da noen ble flyttet til andre sykehus, og noen ikke møtte opp til sesjonene. Pasientene ble fordelt til de forskjellige gruppene over tid, etter hvert som nye aktuelle pasienter ble lagt inn på sykehusavdelingen. Tilbakefallsraten for



---

FDMFG var så stor etter et år (42,9%) at man etter dette var mer restriktiv med å fordele pasienter til denne gruppen.

Det var ingen signifikante forskjeller på deltakerne i de forskjellige gruppene med tanke på alder, kjønn, alder ved første psykose, varighet av sykdom og sivil status.

For å måle utfall av studien benyttet man seg av å registrere første og andre tilbakefall etter sykehusinnleggelsen som var utgangspunkt for innlemmelse i studien. Psykiatere konstaterte eventuelle tilbakefall, og var blinde for hvilken intervensjonsgruppe pasienten tilhørte.

Tilbakefallsraten for pasientene i PEMFG var ved år 1, 2, 3 og 4 henholdsvis 12,5%, 25,0%, 37,5% og 50,0%. Tilsvarende tall for PESFT gruppen var 22,2%, 44,4%, 61,1% og 77,8%. Kun 7 pasienter ble fordelt til FDMFG, men tilbakefallsraten det første året var her som beskrevet over på 42,9%, og man så det uetisk å fordele flere pasienter til denne gruppen. Ved fire år hadde tilbakefallsraten for denne gruppen steget til 57,1%. Det ser ut til at den ekstra beskyttende effekten av flerfamiliegrupper gjør seg gjeldende i stadig større grad etter det første året av behandlingen.

Man konkluderte her med at det ligger en signifikant behandlingseffekt i det å gi psykoedukasjon til flere familier samtidig, og at det kan være en eller flere faktorer i slike større sosiale kontekster som har en ekstra beskyttende effekt mot tilbakefall, utover de rent psykoedukative elementene. Det fremheves videre at FDMFG modellen er billigere enn PESFT.

**Xiang et al. (2007)** (12) så på effekten av standard gruppe- psykoedukasjon sammenlignet med en kinesisk versjon av ”Community Re- Entry Module” (CRM, strukturert sosialt treningsprogram, utviklet ved University of California).

Inklusjonskriterier var diagnose schizofreni, alder mellom 18 og 60 år, stabile siste måneden, utskrivningsklare fra sykehus, innleggelsen var frivillig, bodde sammen med minst en pårørende, og var arbeidsledige etter utskrivelse. Eksklusjonskriterier var rusmisbruk, og medisinske/nevrologiske lidelser. To psykiatriske sykepleiere administrerte de to behandlingsoppleggene.

Totalt 103 pasienter ble tilfeldig fordelt mellom de to intervensjonsgruppene. Randomiseringsprosedyre er ikke beskrevet. Vurderingen av resultater av intervensjonene var blindet. Familiemedlemmer deltok ikke i intervensjonen.

Det er vanlig med en måneds permisjon hjemme før den endelige utskrivelsen i Chaoyang- distriktet. Det var i denne perioden intervensjonene ble satt i verk.

Eventuelle effekter av intervensjonene man ville måle var sosial fungering, deltakelse i arbeidslivet, psykiatriske symptomer, tilbakefall og reinnleggelser.

Resultater ble målt blindet ved seks-måneders intervaller etter intervensjonen i to år.

Målemetodene for sosial fungering var "Social Disability Screening Schedule" (SDSS) og grad av arbeidsdeltagelse (minst tre sammenhengende måneder).

Psykiatriske symptomer ble målt med PANSS, for innsikt benyttet man "the Insight and Treatment Questionnaire". Videre registrerte man tilbakefall og reinnleggelser.

Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom gruppene i forhold til kjønn, alder, sivilstand, varighet av sykdom, alder ved sykdomsdebut, antall innleggelser, utdanningsnivå og grad av medisinbruk.

For sosialt funksjonsnivå og innsikt var det signifikant bedre resultater for CMR gruppen, og man fant et forverret sosialt funksjonsnivå hos psykoedukasjonsgruppen. I forhold til psykiatriske symptomer fant man ingen signifikante forskjeller mellom gruppene etter at man kontrollerte for pre-intervensjonsskårene med ANCOVA (Analysis of Covariance).

Hele 59% i CMR gruppen og 33% i psykoedukasjonsgruppen var i ny jobb (over 3 mnd sammenhengende) i løpet av studieperioden. Bare 20 % hadde tilbakefall i CMR gruppen, mens tilsvarende tall for psykoedukasjonsgruppen var 51%. For reinnleggelser; 10% for CMR, 40% for psykoedukasjon.

Man forklarer i artikkelen økt arbeidsdeltakelse og bedret sosialt funksjonsnivå med at de bedrede sosiale ferdighetene har vært til hjelp for å fungere i arbeidslivet.

---

Artikkelen konkluderer at CMR bør ha en plass i behandling av schizofreni i Kina, særlig pga den gode effekten på deltakelse i arbeidslivet.

**Dyck et al. (2000)** (13) tok i sin randomiserte studie utgangspunkt i at effekten av flerfamiliepsykoedukasjon sammenlignet med standard behandling sjeldent har vært undersøkt i forhold til negative symptomer. En årsak antas å være lettere tilgjengelighet av nyinnlagte pasienter i tilbakefall, med overvekt av positive symptomer.

Inklusjonskriterier var diagnosene schizofreni/schizoaffektiv lidelse etter DSM-IV, mellom 18 og 45 år, inne i et behandlingsopplegg og boende med familien. Pasienter med rusmisbruk ble ikke ekskludert. I alt 63 pasienter ble inkludert i studien.

Negative symptomer ble målt med ”Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms” (MSANS). Fem typer negative symptomer ble vurdert hver måned i 12 måneder; affektavflatning, anhedoni, apati, alogi, og oppmerksomhetsvansker. Man målte i tillegg positive symptomer med ”Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS).

Deltagerne i de to gruppene ble funnet like mht sosiodemografiske karakteristika og nivå av negative symptomer før studieoppstart. Man fant i løpet av 12 månedersperioden at intervensjonsgruppen utviklet signifikant lavere nivå av negative symptomer sammenlignet med kontrollgruppen. Av de fem komponentene av negative symptomer undersøkt viste oppmerksomhetsproblemer ingen endring, mens man fant marginalt signifikante resultater for de fire andre komponentene. Videre undersøkte man frekvens av reinnleggelser i forhold til nivå av negative symptomer, og fant her en signifikant sammenheng.

Man tenker seg at det å gi pasienten et mer variert stimulerende miljø hemmer utviklingen av negative symptomer. Sosial ferdighetstrening trekkes også fram som en mulig mekanisme bak den gunstige effekten. Negative symptomer kan være til stor hinder for tilstrekkelig funksjonsnivå utenfor institusjon, slik at resultatene fra denne studien fremheves som klinisk signifikante. Oppmerksomhetssvikt regnes vanligvis

som kognitiv dysfunksjon, og det er interessant at funnene var annerledes her enn for det som regnes som klassiske negative symptomer.

**Gutiérrez- Maldonado et al. (2009)** (14) ville undersøke effekten av psykoedukasjon i forhold til de pårørendes holdninger ovenfor pasienten og oppfatninger rundt egen helse. Studien fant sted i Arica (Chile).

Det ble rekruttert 45 pårørende til pasienter som hadde fått medisinsk behandling siste tre måneder (41 ved slutt av intervensjon pga dropout). Seleksjonskriterier var at de måtte ha daglig omsorg for pasienten og ikke ha deltatt i familiegrupper eller lignende tidligere.

Effekter av intervensjonen ble målt med "Relatives' Attitudes Toward Schizophrenia Questionnaire", som var utledet fra "Family Attitude Scale" (FAS), "Questionnaire of Family Opinions" (QFO) og "Family Coping Questionnaire" (FCQ). Dette skulle dekke kognitive, adferdsmessige og affektive aspekter. Spørreskjemaet ble videre modifisert for å tilpasses chilenske forhold. For å måle deltagerens oppfattelse av egen helse ble "SF- 36 General Health Questionnaire" (GHQ) benyttet. Dette tar for seg både fysisk og psykisk helse.

Deltakerne ble tilfeldig fordelt i intervensjons- og kontrollgruppe, og undersøkt med de to spørreskjemaene omtalt over før og etter intervensjon. Kontrollgruppen fikk månedlige samtaler med psykiatrisk sykepleier, intervensjonsgruppen deltok i et flerfamilie psykoedukasjonsprogram ukentlig, i 18 uker. Her forsøkte man å bedre kommunikasjon og mestringsstrategier, og redusere emosjonell byrde. Det ble undervist i forhold rundt selve sykdommen, og deltakerne delte erfaringer. Man fokuserte også på viktigheten av stressmestring, det å ta vare på egen helse, og avspenningsteknikker.

I forhold til holdninger ovenfor pasienten ble det for intervensjonsgruppen registrert en signifikant bedring etter intervensjonen. Man fant også at denne effekten var større for pårørende av kvinnelige pasienter, og større effekt jo lengre den pårørende hadde levd sammen med pasienten.

---

Oppfattelse av egen helse endret seg ikke mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen etter intervensjonen verken for oppfattet fysisk eller psykisk helse.

De bedre resultatene i holdninger ovenfor kvinnelige pasienter foreslås forklart ut fra at mannlige pasienter krever mer i form av aggresjon, vold og rusmisbruk. Man stiller også spørsmålsteget ved hvorvidt det å treffe pårørende i samme situasjon kan være like verdifullt som det teoretiske innholdet i psykoedukasjonen. Dette kan ha vært motiverende for å endre holdninger.

Årsaken til at man ikke fant noen bedring i opplevd helse kunne skyldes at en slik endring vil ta lenger tid etter hvert som endringer i holdninger ville bedre forholdet til pasienten.

Måten de pårørende ble selektert til studien på, kan gjøre resultatene mindre representative for denne pasientgruppen i sin helhet. Det sies ikke noe i artikkelen om vurdering av intervensjonseffekt ble foretatt blindet.

**Solomon et al. (1996)** (15) gjorde en tilsvarende studie hvor man ville undersøke effekten av psykoedukasjonens effekt på pårørende, ikke selve pasientene. Man ville her i tillegg fange opp pårørende som ikke bodde sammen med pasienten, og pårørende av pasienter som nektet behandling, dette i motsetning til tidligere studier av psykoedukasjon. Man inkluderte pårørende både av pasienter som mottok og ikke mottok behandling.

To intervensjoner ble vurdert opp mot en venteliste av ni måneders varighet; ”kortvarig individuell familiekonsultasjon”, og flerfamilie psykoedukasjon.

Innholdet i ”kortvarig individuell familiekonsultasjon” var ”edukativ assistanse”, til en eller flere medlemmer i samme familie. Familiene bestemte selv fokuset for psykoedukasjonen, og hadde tilgang på denne tjenesten i tre måneder. Man kartla problemer som var aktuelle for den enkelte familie, og satte opp mål for å løse disse. Konsultasjonene var preget av empati og støtte, og de psykoedukative elementene ble tilpasset familiens behov.

Flerfamiliepsykoedukasjonen ble gitt i grupper på 6-12 deltakere i to-timers sesjoner over 10 uker. Innhold var kunnskap om alvorlig sinnslidelse, hjelpe til å forstå at de ikke var alene med sin situasjon og retningslinjer for å samhandle bedre med pasientene, familien og helsevesenet. Deltakerne fikk hjemmelekser.

Begge intervensjonene ble ledet av profesjonelle med erfaring i undervisning av familiemedlemmer om mentale lidelser.

Deltakerne ble tilfeldig fordelt mellom de to intervensjonsgruppene og kontrollgruppen (ni måneders venteliste). Forsøkspersoner ble hentet inn via forskjellige kanaler, som støttegrupper og annonsering. Inklusjonskriterer var nært forhold til pasienten, og pasienten måtte ha diagnosen schizofreni eller alvorlig affektiv lidelse etter DSM-III-R. Som nært forhold mente man her at man levde sammen med eller hadde hyppig kontakt (minst en samtale i uka) med pasienten dersom vedkommende bodde for seg selv. De måtte bo under 50 miles fra byområdet, og både pasient og pårørende måtte være over 18 år. Totalt 225 pårørende ble inkludert i studien. De fleste deltakerne var hvite middelklassekvinner. Deltakerne ble tilfeldig fordelt med en "random numbers table", 66 familier randomisert til "kortvarig individuell familieintervensjon" (10 "dropouts"), 67 til flerfamiliepsykoedukasjon (20 "dropouts") og 92 til ventelisten (12 "dropouts"). Man fant ingen forskjeller mellom de som gikk ut av studien før tre måneder og de som ble værende. Man fant heller ingen forskjeller mellom deltakerne i de tre behandlingsalternativene før intervensjonen.

Familiemedlemmene ble intervjuet blindet av forskere som ikke var involvert i administrasjonen av intervensjonene. Intervjuer ble foretatt ved start og etter tre måneder ved intervensjonens slutt, og målte byrde (Intervju utviklet av Pai og Kapur 1981), sorg (Texas Inventory of Grief), stress, "self-efficacy" (Scherer et al.'s (1982) self-efficacy scale), sosial støtte (Norbeck Social Support questionnaire) og adaptiv mestring (spørreskjema utviklet fra retningslinjer fra Hatfield (1983)). Man utviklet også et spørreskjema for å finne grad av tilfredsstillelse ved intervensjonen.

Den eneste signifikante bedringen man fant for de to intervensjonene var en forbedring av ”specific self-efficacy”, altså tro på at man forstår sykdommen og kan mestre dens konsekvenser. Man antar i studien at forbedringer i parametre som sorg, byrde og adaptiv mestring krever lengre tid til å utvikles enn det denne studien gav rom for (tre måneder).

For gruppen som fikk flerfamiliepsykoedukasjon fant man ikke en bedret self-efficacy blant de som hadde vært med i støttegrupper tidligere. Man spekulerer i om det kan være en effekt av det å møte mennesker i lignende situasjon som kan være vel så viktig faktor i denne modellen som selve det faglige innholdet.

I forhold til tilfredshet med behandlingen fant man at de med individuell konsultasjon syntes intervensjonen ga mindre hjelp til å forstå medisineringen enn de i flerfamiliegruppen. På den andre siden var flerfamiliegruppen mindre fornøyd enn gruppen som ble behandlet individuelt i forhold til å få informasjon om offentlige ressurser for pasientene.

De to pasientgruppene ble behandlet som en enkelt gruppe gjennom hele studien. Det sies ikke noe om forskjeller i intervensjonseffekter for disse pasientgruppene enkeltvis.

Under følger en tabell (Tabell 1) som tar for seg de viktigste resultater fra de forskjellige studiene, organisert etter tilbakefall/ reinnleggelser, ”compliance”, psykopatologi, sosial fungering og effekt for de pårørende.

Tabell 1

	<u>Tilbakefall/ reinnleggelser</u>	<u>Compliance</u>	<u>Psykopatologi</u>	<u>Sosial fungering</u>	<u>Effekt for pårørende</u>
<u>Xiang et al. (1994) (5)</u>		Signifikant øket compliance.	Signifikant bedret klinisk tilstand for de som fikk PE.	Øket sosial fungering, som arbeidsevne.	Signifikant færre som gav utilstrekkelig omsorg.
<u>Kulhara et al. (2008) (6)</u>			Signifikant lavere nivåer ved PE.	PE hadde signifikant gunstigere effekt på grad av uførhet.	De pårørende opplevde mer sosial støtte og økt tilfredshet med behandlingen.
<u>Carrá et al. (2006) (7)</u>	Ingen effekt på reinnleggelser.	Signifikant øket compliance.		Reduksjon i EE.	
<u>Spencer et al. (1988) (8)</u>			Bedret symptombilde for kvinnelige pasienter, ikke for mannlige pasienter.	GAS score bedre for kvinnelige pasienter, ingen bedring for mannlige pasienter.	Familien mer åpen for sosial støtte, og bedre holdninger til behandling.



<u>Chien et al. (2004) (9)</u>	"Gjensidig støttegruppe" signifikant færre reinnleggelser i forhold til PE.			Signifikant bedret psykososial fungering ved "gjensidig støttegruppe" sammenlignet med PE.	
<u>Pitschel-Walz et al. (2006) (10)</u>	Signifikant færre re-hospitalisering-er ved PE.	Signifikant øket compliance.	Signifikant lavere nivåer ved PE.	Signifikant bedret GAS-score.	
<u>McFarlane et al. 1995 (11)</u>	Signifikant lavere ved PE med flere familier, sammenlignet med familier enkeltvis.				
<u>Xiang et al. (2007) (12)</u>	Signifikant lavere for CRM gruppen.		CRM funnet mer effektivt enn PE, men PE hadde også effekt.	Høyere ansettelsesrate for gruppen som fikk CRM	
<u>Dyck et al. (2000) (13)</u>			Signifikant lavere nivå av negative symptomer i flerfamilie- PE.		

<i><u>Gutiérrez-Maldonado (2009) (14)</u></i>					Modifiserte holdninger overfor pasienten, men ikke oppfattelse av egen helse.
<i><u>Solomon et al. (1996) (15)</u></i>					Økt følelse av "self-efficacy"

PE: Psykoedukasjon

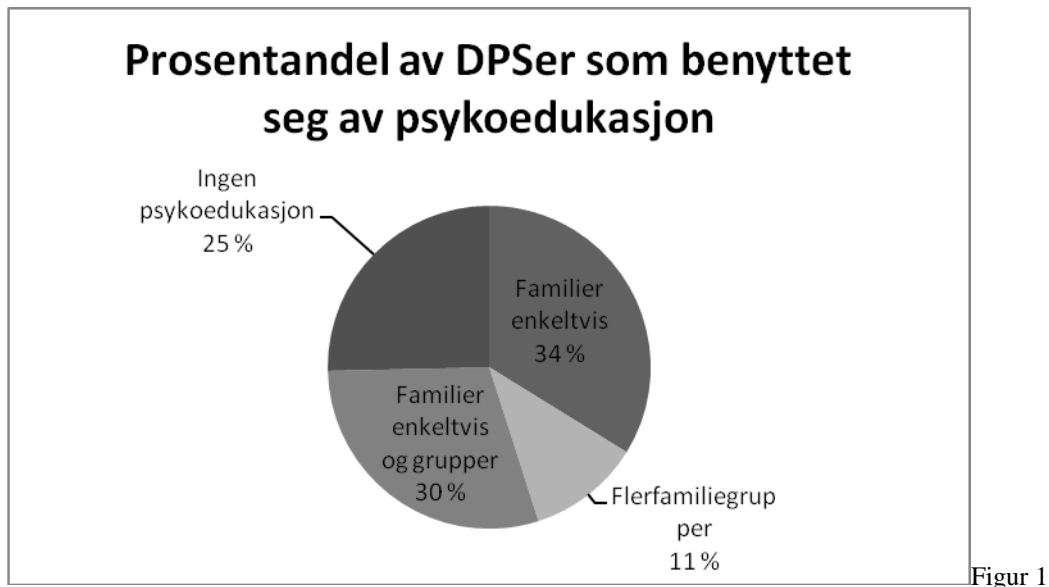
Som det fremgår av tabell 1 måler hver enkelt studie forskjellige typer effekter av psykoedukasjon. I tillegg varierer også typen måleinstrument brukt til å måle de samme effektstørrelsene fra en studie til en annen. Videre kan kjente måleinstrumenter modifiseres for å passe bedre til aktuell pasientgruppe, kulturkrets osv. Det blir dermed vanskelig å ekstrahere en slags "felles valuta" for grad av effekt av psykoedukasjon i de forskjellige studiene.

### **I hvor stor grad brukes psykoedukativ behandling ved norske DPS?**

Av de i alt 95 DPS som fikk spørreskjema responderte 74 (78%). Av disse ble 2 svarskjema ekskludert fra videre statistikk, da vedkommende DPSer ikke hadde pasienter i den gruppen undersøkelsen omhandlet. Videre ble et skjema ekskludert da adressaten ikke var å anse som et DPS. I alt 71 av de 95 DPSer (75%) ble altså med videre i undersøkelsen.

Sett i forhold til de fire helseforetakene, var prosentandelen for mottatt svar i forhold til utsendte spørreskjema 72,7% for Helse Nord, 45% for Helse Midt-Norge, 94,4% for Helse Vest, og 80,5% for Helse Sør-Øst.

Som vist i figur 1 oppga 29 (41%) DPSer bruk av flerfamiliegrupper og 45 (64%) psykoedukasjon for enkeltfamilier. 18 (25%) av respondentene oppga å ikke benytte psykoedukasjon verken for familier enkeltvis eller flerfamiliegrupper.



Som nevnt under avsnittet ”Metode” ble respondentene oppfordret til å gi et anslag i prosent over hvor mange av pasientene som fikk den aktuelle behandlingsformen dersom den ble benyttet. 59 av de 71 DPSene (83%) ga et slikt anslag.

I gjennomsnitt 38% av pasientene fikk psykoedukasjon med familien enkeltvis, der dette var en behandlingsform i bruk. Tilsvarende gjennomsnitt for hvor mange av pasientene som fikk psykoedukasjon i flerfamiliegrupper var 22%.

For de andre behandlingsalternativene som var angitt i spørreskjemaet svarte 100% at medikamentell behandling ble benyttet. Tilsvarende tall for kognitiv terapi, kognitiv trening, og ”annen behandling” var henholdsvis 87%, 72% og 96% (tabell 2).

Tabell 3 viser de fire regionale helseforetakene for seg, mht antall og andel i prosent DPSer som benytter seg av psykoedukasjon.

Tabell 2

<b><i>Behandlingsform</i></b>	<b><i>Ant. DPser</i></b>	<b><i>%</i></b>
<i>Medikamentell behandling</i>	71	100 %
<i>Kognitiv terapi</i>	62	87 %
<i>Kognitiv trening</i>	51	72 %
<i>Psykoedukasjon enkeltfamilier</i>	45	64 %
<i>Psykoedukasjon flerfamilier</i>	29	41 %
<i>Annen behandling</i>	68	96 %

Tabell 3

	<b><i>Psykoedukasjon enkeltfamilier</i></b>	<b><i>Psykoedukasjon flerfamilier</i></b>	<b><i>Ingen psykoedukasjon</i></b>
<b><i>Helse Sør-Øst</i></b>	24 (67%)	15 (42%)	9 (25%)
<b><i>Helse Vest</i></b>	10 (56%)	12 (67%)	4 (22%)
<b><i>Helse Midt-Norge</i></b>	6 (66%)	1 (11%)	2 (22%)
<b><i>Helse Nord</i></b>	5 (62,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)

## **Diskusjon**

### **Effekt av psykoedukasjon ved kronisk psykose**

Generelt konkluderer de aktuelle artiklene med positive resultater ved bruk av psykoedukasjon, både for pasienter og pårørende. Likevel kommer de forskjellige studiene fram til noe ulike resultater på de enkelte mål for ”compliance”, tilbakefall og psykopatologi.

Xiang et al. (1994) (5) viser til signifikant bedring for ”compliance”, klinikk og samhandling mellom pasient og familie.

Kulhara et al. (2008) (6) fant at psykoedukasjon hadde god effekt ift psykopatologi, uførhet, støtte fra familien, og familiens tilfredshet med helsevesenet. Det

---

økonomiske aspektet ved behandlingen trekkes inn, og man mener dette er en relativt billig og enkel behandling som kan være aktuell også for utviklingsland som India, men etterlyser videre tilpasning i forhold til Indias økonomiske situasjon.

Carrá et al. (2006) (7) hevder som Kulhara et al. (2008) (6) at det knytter seg visse problemer rundt overførbarheten av denne behandlingsformen fra nord-europeiske til ikke-anglosaksiske land. De fant økt ”compliance” og redusert EE, men ingen bedring ift tilbakefall, reinnleggelser eller ansettelsesstatus. Videre peker man på at behandlingseffektene i deres studie ble svakere over tid etter intervensjonen, og at det kan være behov for å administrere et ”påfyll” av visse behandlingselementer for å holde resultatene ved like.

Spencer et al. (1988) (8)’s studie på innlagte pasienter viste at den terapeutiske effekten av psykoedukasjon ved schizofreni kun var til stede for de kvinnelige pasientene ift global fungering og symptomer. Hvorfor effektene uteble hos de mannlige pasientene diskuteres ikke, men her kan man kanskje spekulere i om det kan være behov for å tilpasse psykoedukative program til spesielle undergrupper av pasientene innefor samme diagnose.

Chien et al. (2004) (9) sammenligner psykoedukasjonen med en ”gjensidig støttegruppe” og standard behandling. Man fant her best resultater for ”gjensidig støtte gruppen”, men også bedre resultater for psykoedukasjonsgruppen ihht funksjonsnivå og rehospitaliseringer. Man trekker her frem at utvidelse av nettverk og følelse av å ikke være alene med situasjonen har vært en gunstig mekanisme, som kom sterkest frem i ”gjensidig støttegruppen”, selv om disse elementene også var med i den psykoedukative intervensjonen.

Pitschel- Walz et al. (2006) (10) fikk gode resultater mht reinnleggelser og compliance ved psykoedukasjon gitt over 4-5 måneder med kun 8 sesjoner. Oppfølgingen var 2 år. Man fant imidlertid ikke denne effekten for pasienter som hadde seks eller flere innleggelser før studiestart. Så kortvarige intervensjoner som i denne studien kan kanskje ikke være tilstrekkelig for pasienter med et forløp av

lengre varighet. Studien etterlyser videre forskning for å finne et minimumsantall intervensjoner for å oppnå effekt, og for å skille ut de elementene ved psykoedukasjon som gir de ønskede resultatene.

McFarlane et al. 1995 (11) fant best effekt for flerfamiliepsykoedukasjon, sammenlignet med psykoedukasjon for enkeltfamilier og flerfamiliegrupper uten innslag av psykoedukasjon. Man tenker seg her som hos Chien et al. (2004) (9) at utvidelse av nettverk for familier med schizofrenipasienter er gunstig over tid. Videre konstaterer man at dette er et relativt billig og enkelt behandlingsopplegg.

Xiang et al. (2007) (12) sammenlignet et strukturert sosialt treningsprogram (CRM) med standard psykoedukasjon i grupper, og fant en signifikant bedring av sosial fungering, innsikt og psykiatriske symptomer hos CMR gruppen. Det var også bedringer hos psykoedukasjonsgruppen, men ikke i like stor grad. Man anbefaler her mer utstrakt bruk av CMR, men tar ikke stilling til psykoedukasjonens plass videre i forhold til CMR i Kina.

Dyck et al. (2000) (13), fant en signifikant behandlingseffekt ved psykoedukasjon ift negative symptomer.

Solomon et al. (1996) (15) tok for seg effekten av psykoedukasjon kun for de pårørende av pasienter med schizofreni, og fant at gruppepsykoedukasjon var effektivt for å øke ”specific self-efficacy” (tro på at man forstår sykdommen og kan mestre dens konsekvenser ) for familiemedlemmer som ikke hadde deltatt i noen støttegruppe tidligere. For andre parametre, som sorg, byrde og adaptiv mestring, fant man ingen signifikant bedring i forhold til kontrollgruppen. Det spekuleres i om intervensjonen hadde vært for kortvarig (tre måneder) for å oppnå en effekt her. Videre konkluderte man (som i (9) og (11)) at det ligger en terapeutisk effekt i det å treffe andre familiemedlemmer i samme situasjon.

Gutiérrez- Maldonado (2009) (14) fant at psykoedukasjon var effektivt for å endre de pårørendes holdninger overfor pasienten, men hadde ingen effekt i å påvirke de pårørendes oppfatninger rundt egen helse. Man så særlig en bedring i holdningene hos

---

pårørende av kvinnelige pasienter, og man forsøker å forklare dette med mer aggresjon i utgangspunktet i relasjoner til mannlige pasienter. Den manglende effekten på oppfattelse av egen helsetilstand blant de pårørende kan ifølge artikkelen komme av at det tar lengre tid før slike effekter kan fanges opp.

Ser man på artiklene under ett går det fram at psykoedukasjon har signifikant positiv effekt både for pasienter og deres pårørende. Relativt små utgifter knyttet til denne behandlingsformen, at den er forholdsvis enkel å gjennomføre og den økonomiske gevinsten på sikt i form av færre tilbakefall/ reinnleggelser trekkes ofte fram som gunstige momenter, også særlig i studier fra land med svakere utviklet offentlig helsetjeneste.

Pekkala og Merinder (2002) (16) gjorde en systematisk oversikt for å finne behandlingseffekt av psykoedukasjon sammenlignet med standard behandling ved schizofreni. Her ble 10 andre randomiserte kontrollerte studier inkludert. Av resultater kom det frem at reinnleggelsesrater sank signifikant uansett hvilken type psykoedukasjonsmodell man benyttet. For ”compliance” var resultatene mindre sikre, og kun en studie viste signifikant bedret ”compliance”. For sekundære utfallsmål som økt kunnskap, mental status, global fungering og EE i familien påpekes det at det benyttes forskjellige skalaer i studiene, som derfor ble vanskelige å sammenligne, men psykoedukasjon generelt syntes å øke pasientenes følelse av velvære. De konkluderte med at psykoedukasjon er ”nyttig som en del av behandlingsprogrammet for pasienter med schizofreni og relaterte lidelser”. Videre fremheves det at disse intervensjonene er kortvarige og billige, og derfor burde være attraktive behandlingsvalg. Dette er i overensstemmelse med min konklusjon, som er grunnlagt på nyere studier.

Psykoedukasjon for flerfamiliegrupper var den minst benyttede terapiformen (41%) av de seks svaralternativene i spørreskjemaet som ble sendt til DPS-ene. Videre ble det hos de DPSer som faktisk tilbyr psykoedukasjon for flerfamiliegrupper, oppgitt at kun 22% av de aktuelle pasientene mottar denne behandlingen.

For psykoedukasjon gitt til familier enkeltvis er de samme tallene høyere; 63% av DPSene oppga at de tilbyr dette, og gjennomsnittlig 38% av pasientene mottar denne behandlingen der den er tilgjengelig.

Årsaker til at denne behandlingsformen ikke er mer utbredt, kan være generell skepsis hos behandlere, manglende opplæring, og motvilje fra pasienter og deres pårørende.

Ut fra de studiene denne artikkelen tok for seg, er den generelle trenden at behandlingseffekten ved psykoedukasjon for denne pasientgruppen er god, og gunstige økonomiske sider går også igjen som et viktig moment i de forskjellige studiene. Sett i lys av dette kan det tenkes at det er rom for en videre utbygging av dette behandlingstilbudet ved norske DPSer.

I spørreundersøkelsen ble DPSene oppfordret til å rapportere om bruk av behandlingsmetoder og omfanget av disse ut fra ”magefølelse”. Det var altså ikke noe krav at utfyller skulle gjøre undersøkelser på egenhånd for å gi eksakte data. Det er naturlig at de enkelte DPSene ønsker å fremstå gunstigst mulig, og at de subjektive anslagene derfor kan ha blitt forskjøvet i positiv retning, særlig i forhold til prosentanslaget over hvor stor andel av pasientene som mottar en bestemt behandling.

Intensjonen i instruksjonsteksten i spørreundersøkelsen var å få et anslag over behandlingsmetoder i bruk ”her og nå”, men dette kan ha kommet noe uklart frem, slik at noen kan ha gitt et estimat over hva som potensielt kan tilbys av behandling, uten at det faktisk er i bruk ved utfylling av spørreskjemaet. En slik differensiering kunne i seg selv vert interessant å legge inn i undersøkelsen.

Videre fanger undersøkelsen ikke opp psykoedukative behandlingsopplegg som tar for seg grupper av pasienter uten pårørende, eller grupper av familier uten pasienter. Et krav for å rapportere bruk av psykoedukasjon var varighet av behandlingsopplegg over 9 måneder. Dette var muligens noe strengt, slik at behandlingsopplegg av kortere varighet ikke ble fanget opp.



Spørreundersøkelsen gir altså en grov oversikt over hvor utstrakt bruken av psykoedukasjon er ved norske DPS, basert på subjektive anslag.

### **Konklusjon**

Forskning rundt effekten av psykoedukasjon for kronisk psykotiske pasienter viser signifikant gunstig effekt på reinnleggelsesrater/ tilbakefall og ”compliance”. Videre indikerer de aktuelle studiene gunstig effekt på psykopatologi og sosial fungering samt overfor pårørende. Psykoedukasjon for grupper av flere familier fremheves som effektiv og billig behandling, og det er et klart potensial for ytterligere utbygging av dette behandlingstilbudet ved norske DPSer. Sannsynligvis har forskjellige pasientgrupper ulike behov, og fremtidige undersøkelser bør kartlegge hvordan oppleggene kan differensieres.

## Litteratur

- 1; Rund B, Schizofreni. Hertevig forlag. 2008.
- 2; Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA. Lærebok i psykiatri. 2. Utgave. AIT Trykk Otta AS. 2007 s. 212-219
- 3; Jones PB, Buckley PF. Skizofreni- Klinisk praksis. 1. Utgave. AKA- Print A/S Danmark. 2008 . s 65-89.
- 4; <http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=78>
- 5; Xiang M, Ran M, Li S. A Controlled Evaluation of Psychoeducational Family Intervention in Rural Chinese Community. *British Journal of Psychiatry* (1994), 165: 544-548.
- 6; Kulhara P, Chakrabarti S. Psychoeducational intervention fro caregivers of Indian patients with schizophrenia; a randomized-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2009) 119: 472- 483.
- 7; Carrà G, Montomoli C. Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2007). 257: 23-30.
- 8; Spencer J, Glick I. A randomized Clinical Trial of Inpatient Family Intervention, III: Effects at 6-Month and 18-Month Follow-Ups. *The American Journal of Psychiatry* (1988). 145: 1115-1121.
- 9; Chien W, Chan S. One- Year Follow- up of a Multiple- Family- Group Intervention for Chinese Families of Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services* (2004). 55: 1276-1284.
- 10; Pitschel- Walz G, Bäuml J. Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* (2006) 67: 443- 452.
- 11; McFarlane W, Link B. Psychoeducational Multiple Family Groups: Four- Year Relapse Outcome in Schizophrenia. *Fam Proc* (1995) 34: 127-144.
- 12; Xiang Y, Weng Y. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow up. *British Journal of Psychiatry* (2007), 190: 49-56.

- 13: Dyck D, Short R. Management of Negative Symptoms Among Patients With Schizophrenia Attending Multiple- Family Groups. *Psychiatric Services* (2000). 51: 513- 519.
- 14: Guitérrez- Maldonado J, Caqueo- Urizar A. Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (2009) 44: 343- 348.
- 15: Solomon P, Draine J. Impact of Brief Family Psychoeducation on Self- Efficacy. *Schizophrenia Bulletin* (1996) 22(1): 41-50.
- 16: Pekkala ET, Merinder LB. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.

## APPENDIX

### Tabell over metodiske forhold ved de aktuelle artiklene

	<u>Randomisering</u>	<u>Behandling av gruppene</u>	<u>Blinding</u>	<u>Redegjørelse for deltakerne</u>	<u>Hva forteller resultatene?</u>
<i>Xiang et al. (1994) (5)</i>	RCT, men sier ingenting om randomiseringsprosedyre. Gruppene like med hensyn til kjønn, alder og sykdomsvarighet før studieoppstart.	Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, men man nevner ikke om de skjer i forhold til en protokoll.	Testingen oppgis å være dobbel-blind, men uklart om intervensjonsgruppen fikk vite at de mottok en spesiell behandling i et forskningsprosjekt.	Man gjør her ikke rede for om alle deltakerne var med gjennom hele studien, eventuelle dropouts nevnes ikke.	Compliance øker signifikant, og bedre sosiale og kliniske resultater ved psykoedukasjon i 4 mnd. Resultater angitt i prosenter av deltagerne, som at compliancerate steg fra 5,6% til 47,2% ved psykoedukasjon.
<i>Kulhara et al. (2008) (6)</i>	Tilfeldig fordelt med dataprogram. Man gjorde rede for små demografiske/kliniske ulikheter mellom gruppene, som ellers ble funnet like.	Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, og utføres i henhold til en manual.	PANSS-skåre utført blindet, andre evalueringer som "Assessment of Psychiatric Disability" ikke blindet.	Høy dropout-rate, 39% i intervensjonsgruppen, og 47% i kontrollgruppen ved 9 mnd. Ikke funnet forskjell for "intention to treat". Årsak til frafall ikke beskrevet.	Psykoedukasjon var signifikant bedre enn rutinebehandling ift psykopatologi, uførhet, støtte til de pårørende, og de pårørendes tilfredshet med helsehjelpen. Regnet som effektiv og billig behandling. Effektstørrelser oppgitt i PANSS-skåre.

<p><i>Carrá et al. (2006)</i> (7)</p>	<p>Randomisering av deltakere med en "random numbers table". Ingen signifikante forskjeller før intervensjon mht demografi, klinikk, familie.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, men man nevner ikke om det skjer i forhold til en protokoll.</p>	<p>Deltakere blindet mht videre forløp i studien (noen fra IG-gruppe skulle videre til en SG gruppe) Blindet evaluering av resultater.</p>	<p>Dropout på 6 av 101 ved 24 mnd, årsaker beskrevet. "Intention to treat" - statistikk ved 24 mnd for pasientene, men ikke for de pårørende.</p>	<p>Signifikant effekt av psykoedukasjon ift compliance og EE sammenlignet med standard behandling. Men effekt krever mulignes kontinuerlig oppfriskning av nøkkelementer.</p>
<p><i>Spencer et al. (1988)</i> (8)</p>	<p>Beskriver ikke randomiseringsprosedyre, men henviser til annen studie. Flere gifte/tidligere gifte i kontrollgruppen, ellers ble gruppene funnet like før oppstart.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, men man nevner ikke om de skjer i forhold til en protokoll.</p>	<p>Sier ingenting om blinding</p>	<p>Dropout på 13 i intervensjonsgruppen og 4 fra kontrollgruppen (av 186). Gjort rede for årsak. Man mente dropouts ikke gjorde gruppene mindre sammenlignbare. Nevner ikke "Intention to treat" analyse.</p>	<p>Signifikant behandlingseffekt av psykoedukasjon for kvinnelige pasienter i med schizofreni eller affektiv lidelse. Ikke funnet samme effekt for mannlige pasienter.</p>
<p><i>Chien et al. (2004)</i> (9)</p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Ingen signifikante sosiodemografiske forskjeller funnet mellom gruppene.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, men man nevner ikke om de skjer i forhold til en protokoll.</p>	<p>Nevner ikke blinding spesifikt, men at en uavhengig forskningsassistent foretok målinger ved tre anledninger med et spørreskjema.</p>	<p>Lave dropoutrater for gruppene, likt fordelt. Man oppgir grunner for dropout. Man gjorde "intention to treat"- analyse.</p>	<p>"Gjensidig støtte" intervensjon signifikant bedre resultater for funksjonsgrad og rehospitalisering sammenlignet med psykoedukasjon og standard behandling.</p>

<p><i>Pitschel-Walz et al. (2006) (10)</i></p>	<p>datastyrt randomisering, gruppene funnet like mht sosiodemografiske og psykopatologiske forhold.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, manual/protokoll ikke brukt.</p>	<p>Vurderinger gjort av behandlende psykiatere som i utgangspunktet var blindet, men som i noen tilfeller kan ha forstått hvilken gruppe pasienten tilhørte.</p>	<p>Dropout på 23% i intervensjonsgruppe, 20% i kontrollgruppe. Fortsatt sammenlignbare grupper etter dropout. Gjør rede for årsaker til dropout, og intention to treat analyser.</p>	<p>Signifikant reduksjon i rehospitaliseringsrate for deltagere i psykoedukasjonsgruppe, sammenlignet med standard behandling.</p>
<p><i>McFarlane et al. 1995 (11)</i></p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Ingen signifikante sosiodemografiske forskjeller funnet mellom gruppene ved baseline.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, og skjer i forhold til manualer.</p>	<p>Psykiaterne som utførte vurderingene var blindet.</p>	<p>Mistet 14 deltakere før randomisering, 15 etter. 41 deltakere fullførte studien (58,5%). Man gjør rede for dropouts. Manglet data fra dropouts for å gjøre "intention to treat" analyse.</p>	<p>Psykoedukasjon i flerfamiliegrupper var signifikant bedre enn psykoedukasjon med familier enkeltvis, målt ved frekvens av tilbakefall. Støtte mellom familier gir en behandlingseffekt i seg selv.</p>
<p><i>Xiang et al. (2007) (12)</i></p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Ingen signifikante sosiodemografiske forskjeller ved baseline.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, og skjer i forhold til manual.</p>	<p>Psykiaterne som utførte vurderingene var blindet.</p>	<p>9% dropout (4 i CRM, 5 i GPE). Oppgir årsaker. Analyse gjort på "intention to treat" basis.</p>	<p>"Community Re-Entry Module" var signifikant bedre enn psykoedukasjon ift tilbakefall/rehospitaliseringer, målt i prosentandel av deltakerne.</p>

<p><i>Gutiérrez-Maldonado (2009) (14)</i></p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Oppgir sosiodemografiske størrelser for alle deltagerne totalt, men sier ingenting om forskjeller mellom gruppene ved baseline.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet. Oppgir tidligere publikasjon for detaljert beskrivelse av intervensjonsprogrammet.</p>	<p>Sier ingenting om blinding</p>	<p>Dropout på 4 av 45, alle i intervensjonsgruppen. Oppgir ikke årsaker, og ingen "intention to treat" analyse.</p>	<p>Psykoedukasjon ble funnet effektivt i å bedre de pårørendes holdninger ovenfor pasientene, men ikke oppfatninger rundt sin egen helse, sammenlignet med standard behandling.</p>
<p><i>Solomon et al. (1996) (15)</i></p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Ingen signifikante sosiodemografiske forskjeller ved baseline.</p>	<p>Intervensjonsgruppe og kontrollgruppe behandles likt bortsett fra intervensjonen. Tiltakene er beskrevet, og utføres i henhold til en manual.</p>	<p>Sier ingenting om blinding, men at forskningsmedarbeidere som ikke var involvert i intervensjonen utførte målingene.</p>	<p>Dropout på 42 av 225, signifikant flere i psykoedukasjonsgruppen. Man oppgir årsaker. Ikke funnet signifikante forskjeller hos gjenværende deltagere på sosiodemografiske parametre. Gjør ikke "intention to treat" analyse.</p>	<p>Flerfamiliepsykoedukasjon var effektivt for å bedre de pårørendes følelse av mestringsevne, dersom de ikke hadde deltatt i støttegrupper tidligere. Alle i gruppen "individualisert konsultasjon" fikk en bedret følelse av mestringsevne.</p>
<p><i>Dyck et al. (2000) (13)</i></p>	<p>Randomiseringsprosedyre ikke beskrevet. Intervensjons og kontrollgruppen funnet like mht sosiodemografiske data før studieoppstart.</p>	<p>Intervensjonen ble utført i henhold til en manual. Gruppene ellers behandlet likt gjennom studien.</p>	<p>Måling av effekt av intervensjonen utført blindet.</p>	<p>6 dropouts i hver gruppe, ikke funnet signifikante forskjeller med de gjenværende. Man gjorde "intention to treat" beregninger. Alle deltagerne gjort rede for gjennom studien.</p>	<p>Flerfamiliepsykoedukasjon ga signifikant lavere nivå av negative symptomer sammenlignet med standard behandling. Effektestimatet er skåre fra MSANS.</p>

---

**Spørreskjema til norske distriktpsikiatriske sentra**

Til

---

---

---

**Kronisk psykose ved norske DPS; hvilke behandlingsmetoder blir benyttet?**

Jeg er medisinstudent ved Universitetet i Oslo, og som ledd i utdannelsen hører med å gjøre en studie som skal ende opp i en vitenskapelig artikkel. I min oppgave vil jeg forsøke å finne ut hvilke behandlingsmetoder som faktisk blir benyttet for kronisk psykotiske pasienter ved alle distriktpsikiatriske sentre i Norge.

På baksiden følger et enkelt spørreskjema med korte forklaringer til hva som menes med de enkelte behandlingsformene. Det er ønskelig at leder ved DPS eller annen behandler med oversikt over hvilke typer behandlingsmetoder som faktisk blir benyttet fyller ut dette skjemaet.

Med kronisk psykotiske pasienter sikter jeg her til pasienter som har fått diagnosene schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, og med en varighet over 2 år.

Dersom en behandlingsmetode blir benyttet er det ønskelig at det angis hvor mange av pasientene i prosent som mottar denne behandlingsformen. Her er det ikke nødvendig med noe eksakt tall, bare et ca anslag over hvor stor andel av pasientene utfyller **tror** mottar den aktuelle behandling.

Dette er en anonym spørreundersøkelse, slik at svarene fra de enkelte DPS aldri vil bli publisert. Det er de store trekkene i behandlingsvalg på landsbasis denne undersøkelsen tar sikte på å måle.

Svarfrist

Takk for hjelpen!



Mvh.

---

### **Spørreskjema med forklaringer**

	<b>Behandlingsform</b>	<b>Benyttes ikke</b>	<b>Benyttes</b>	<b>Andel i % (Ca.)</b>
<b>1</b>	Medikamentell behandling			
<b>2</b>	Kognitiv terapi			
<b>3</b>	Kognitiv trening			
<b>4</b>	Psykoedukativ behandling, en familie			
<b>5</b>	Psykoedukativ behandling, flere familier			
<b>6</b>	Annen psykoterapi			

#### Forklaringer:

- 1) Her menes alle typer antipsykotika.
- 2) Terapi som tar sikte på å utvikle mer konstruktive kognitive teknikker og strategier for å mestre egne tanker og forestillinger i gitte situasjoner. Trening i å vurdere tanker og forestillinger opp mot ytre bevis. Kognitive strategier for å mestre psykotiske symptomer.
- 3) Terapi med fokus på å trene opp grunnleggende kognitive funksjoner, som oppmerksomhet, hukommelse, konsentrasjon og eksekutiv fungering.
- 4) Her menes behandling hvor pasient sammen med sin familie får undervisning om lidelsen og hvordan den kan håndteres på en optimal måte. Familien får hjelp til å bruke denne innsikten i hverdagen. Krav her er at pasient og familie undervises samtidig, og varighet av undervisningsopplegg på 9 måneder eller mer.

- 5) Som punkt 4, men her undervises flere pasienter med sine pårørende samtidig. Varighet over 9 måneder.
- 6) Alle andre psykoterapiformer, som støttepreget psykoterapi

Dato: \_\_\_\_\_

Sign.: \_\_\_\_\_