

Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser

ERFARINGER FRA PILOTPROSJEKTET I HELSE BERGEN
AV PROSJEKTLEDER LEIF ARVID ØVERNES

1.	Sammendrag	2
1.	Innledning.....	3
1.1	Hva er medikamentfri behandling?	3
1.2	Hvorfor tilby medikamentfri behandling?	4
1.3	Medikamentfri behandling i Norge	4
1.4	Brukermedvirkning	5
1.5	Samvalg.....	5
1.6	Faglig forsvarlighet	6
1.7	Kunnskapsgrunnlaget	6
1.8	Bestilling fra Helse Vest	9
1.9	Pilotprosjekt i Helse Bergen.....	10
1.10	Behovsanalyse	10
1.11	Prosjektmål	12
2.	Metode	13
2.1	Mål 1: Styrke kunnskapsgrunnlaget	13
2.2	Mål 2: Styrke brukermedvirkning	17
2.3	Mål 3: Styrke psykosebehandling for alle.....	19
3.	Resultat	21
3.1	Mål 1: Styrke kunnskapsgrunnlaget	21
3.2	Mål 2: Styrke brukermedvirkning	27
3.3	Mål 3: Styrke psykosebehandling for alle.....	30
4.	Konklusjon	35
4.1	Tilgjengelighet	35
4.2	Behandlingsforløp.....	36
4.3	Behandlingsutfall	36
4.4	Kunnskap	36
4.5	Brukermedvirkning	36
4.6	Behandlingstilbud	37
4.7	Prosjekterfaringer	37
5.	Anbefalinger	40
5.1	Behandlingstilbudet.....	40
5.2	Brukermedvirkning	41
5.3	Kunnskap	42
6.	Referanser	43

1. Sammendrag

Bakgrunn: Medikamentfri behandling er aktiv behandling uten psykofarmaka. I hovedsak handler dette om å behandle psykose uten antipsykotika, og inkluderer også hjelp til å trappe ned legemidlene. Muligheten til å velge medikamentfri psykosebehandling er en pasientrettighet, men ifølge brukerorganisasjoner har dette i varierende grad vært tilgjengelig. Helse Bergen fikk i oppdrag å utvikle et medikamentfritt behandlingstilbud for Helse Vest.

Metode: Helse Bergen har gjennomført en treårig pilotstudie av medikamentfrie forløp innenfor ordinære rammer, og på tvers av seks DPS. Prosjektet har hatt som mål å styrke både kunnskapsgrunnlaget for medikamentfri behandling, brukermedvirkning og psykosebehandling for alle. Det er satt i gang en rekke delprosjekter og kvalitetssikringstiltak for å nå målene.

Resultat: Behandlingstilbudet har blitt betydelig styrket, ansattes holdninger til medikamentfri behandling er positive og pasienter gir gode tilbakemeldinger. Vi har også et bedre kunnskapsgrunnlag om medikamentfri behandling, belyst fra blant annet forskning, helsemyndigheter, forløpsevaluering, pasient- og behandlerperspektiver.

Det er registrert 104 medikamentfrie forløp (pågående og avsluttede), hvorav 81 er evaluert. Pasientgruppen fremstår som en representativ og heterogen gruppe. Pasientene hadde 50 % tettere oppfølging i medikamentfrie forløp, enn de hadde året før. I følge behandlere går 40 % av forløpene bra, 30 % moderat og 30 % dårlig. Nesten alle forløpene ble vurdert som faglig forsvarlige i etterkant, selv de som endte med forverring. Forløpene ser ut til å ha god effekt på allianse og pasientens eierskap til behandlingen, og kan øke allianse rundt medikamentell behandling i etterkant.

Konklusjon: Medikamentfrie forløp er mulig å gjennomføre i ordinære psykosepoliklinikker. Suksessfaktorer er sannsynligvis tett oppfølging, et godt psykososialt behandlingstilbud og reell brukermedvirkning.

Godkjent desember 2019:

Prosjekteier: Hans Olav Instefjord, divisjonsdirektør, Divisjon psykisk helsevern, Helse Bergen HF.

Regional styringsgruppeleder: Hans Kristian Stenby, plansjef, Helse Vest RHF

1. Innledning

I 2011 gikk flere brukerorganisasjoner sammen om «Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp», hvor de kjempet for reelle behandlingsmuligheter for alvorlige psykiske lidelser uten psykofarmaka. De beskrev at mennesker med psykoselidelser opplever et utilbørlig press for å ta antipsykotika, og at det var få reelle muligheter for annen behandling og hjelp til nedtrapping.

Helseminister Bent Høie oppfordret først de regionale helseforetakene til å opprette medikamentfrie avdelinger, og skrev senere: «Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter.» RHF-ene fikk 6 måneder på å starte opp medikamentfrie behandlingstilbud innen 1. juni 2016 (HOD, 2015).

Medikamentfri behandling for psykose har vært, og er, et kontroversielt tema (Røssberg, 2016; Yeisen, Bjørnstad, Joa, Johannessen, & Opjordsmoen, 2019). Ifølge presidenten av norsk psykologforening handler det om et verdivalg, og at motsetningene står mellom den faglige forståelsen av optimal behandling, og pasientens rett til autonomi og medvirkning (Hofgaard, 2016). Debatten har vært spesielt opphetet fordi den har vært dårlig definert, og fordi det er for store kunnskapshull i forskningsgrunnlaget for psykosebehandling til å avklare effekt og risiko av medikamentfri behandling i forhold til langtidsbehandling med antipsykotika (Smedslund, Siqveland, Kirkehei, & Steiro, 2018; Sohler et al., 2016).

1.1 Hva er medikamentfri behandling?

Medikamentfri behandling er behandling for psykiske lidelser uten bruk av psykofarmaka. Men hva dette faktisk innebærer har vært uklart, og mangelen på en felles definisjon har skapt unødvendig polarisering og mange misforståelser. Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester (2011) beskrev det som døgnbehandling ved egne enheter hvor:

- a) det ikke blir gitt medikamenter med tvang eller overtalelse
- b) pasienter får et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med
- c) det kan utvikles gode behandlingskulturer for ikke-medikamentell behandling

Videre har de presisert at dette først og fremst handler om psykose og antipsykotika.

I Helse Vest forstås medikamentfrie forløp som aktiv psykosebehandling hvor pasienten enten har sluttet med antipsykotika, eller ønsker hjelp til å avslutte behandling med antipsykotika.

Selv om man har fokus på å bruke ikke-medikamentelle mestringsstrategier for å mestre psykosen, kan det gjøres avtaler om å bruke antipsykotika i eksempelvis akutte faser, og nedtrappingen foregår som oftest over lang tid. For at det skal kalles et medikamentfritt forløp, må det likevel være en langsiktig målsetning og plan for å mestre psykosen uten antipsykotika.

Behandlingsforløpene er først og fremst innen frivillig psykisk helsevern, de skal være innenfor faglig forsvarlige rammer og bestå av kunnskapsbaserte behandlingsformer. Behandlingen kan inneholde blant annet samtalerapi, musikkterapi, individuell jobbstøtte (IPS), familiesamarbeid, undervisningsbaserte gruppetilbud som Illness Management and Recovery (IMR), fysisk trening og miljøterapi.

1.2 Hvorfor tilby medikamentfri behandling?

Helsehjelp er i de fleste tilfeller frivillig, og pasienter står fritt til å takke nei til hele eller deler av behandlingstilbudet. Dette er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, som sier at pasienter har rett til å medvirke i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, 1999)

Fellesaksjonen (2011) rapporterer derimot et press til medikamentell behandling, og at dette noen ganger blir satt som premiss for annen behandling, begrunnet med manglende evidens/ forventet nytte av psykososiale behandling uten antipsykotika. Medikamentfri behandling må derfor presenteres som en eksplisitt behandlingsmulighet for å tydeliggjøre pasientenes selvbestemmelsesrett.

Mange med psykose takker nei til, eller avslutter selv behandling med antipsykotika. Noen opplever lite effekt, andre plages av bivirkninger eller har andre motforestillinger. For eksempel seponerer 60–70 % antipsykotika i løpet av det første året (Bowtell et al., 2018; Mustafa et al., 2018), selv om mange går over til andre preparater.

En stor andel autoseponerer også uten å si ifra til helsepersonell (Salomon, Hamilton, & Elsom, 2014). Dette øker risikoen for forverring og reinnleggelse, spesielt hvis pasienten ikke får ekstra oppfølging. Fra et rent faglig standpunkt, er det derfor langt bedre å samarbeide om en kontrollert nedtrapping med tett oppfølging. Men det forutsetter at pasientene opplever å kunne ta opp ønsket om seponering, og at det finnes gode alternativer.

Det finnes flere kunnskapsbaserte behandlingsmuligheter for psykose, og ved å ta utgangspunkt i behandlingsmetoder som den enkelte opplever som meningsfulle, får man et bedre utgangspunkt for å engasjere pasienten aktivt i sin egen behandling. Dette kan også styrke behandlingsalliansen. Basert på kvalitative intervjuer av psykosepasienter i Stavanger, skriver for eksempel Bjørnstad et al. (2017): «Et opplevd overproporsjonalt fokus på antipsykotika fra behandlere ble beskrevet som i konflikt med brukernes idé om tilfriskning som en sosial prosess, og resulterte i motstand, mistillit, og til slutt manglende trofasthet mot foreskrevde medikamenter» (egen oversettelse).

1.3 Medikamentfri behandling i Norge

De fire helseregionene etablerte hver sine medikamentfrie tilbud i 2016, men disse har ulik utforming. Se eksisterende oversikter for ytterligere informasjon (Bjørger, Alexandersen, Kildal, Kvisle, & Benschop, 2018; Standal & Heiervang, 2018).

Både Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) og Akershus Universitetssykehus (AHUS) har hver sin avdeling for medikamentfri behandling med 7 sengeplasser. Avdelingen på UNN skal dekke hele Nord-Norge, og prioriterer pasienter med psykose og bipolar lidelse. Varighet av innleggelse varierer fra noen uker til flere måneder. DPS Nedre Romerike ved AHUS har et strukturert 8-ukers program, og tar imot pasienter i ulike diagnosegrupper. Helse Sør-Øst har i tillegg et medikamentfritt alternativ i hvert helseforetak. Dette er løst på litt ulike måter, men består i mange tilfeller av en seng i vanlige avdelinger som er prioritert for medikamentfri behandling. De medikamentfrie sengene har svært liten eller ingen tilsøking.

Helse Midt opprettet et tilbud på Vegsund DPS for mennesker som ikke har hatt nytte av annen behandling. De retter seg primært mot mennesker med alvorlig angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Vegsund startet med tre sengeplasser, og har utvidet med tre dagplasser.

Helse Bergen har satset på medikamentfrie forløp innenfor det ordinære behandlingstilbudet, men har også Floenkollektivet. Dette er et døgnbasert, recoveryorientert, medikamentfritt tilbud for mennesker med ruslidelser, hvor en stor andel også har samtidige psykiske lidelser.

Hurdalsjøen Recoverycenter har også et døgnbasert tilbud, med både medikamentell og medikamentfri behandling av ulike psykiske lidelser. De er et privat tilbud, som har fokus på IMR, fysisk aktivitet, recovery og brukererfaringer.

1.4 Brukermedvirkning

Medikamentfri behandling handler om brukermedvirkning, og å sikre retten til å gjøre informerte valg om egen behandling – også når det gjelder medikamenter. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår seg selv. Fire av fem psykosepasienter mener at individualisert og personlig valg om behandlingstilnærming er viktig for egen tilfriskning (Law & Morrison, 2014), men pasienter rapporterer gjennomgående om for lite informasjon om behandling og hvilke muligheter de har. I følge en studie fra Storbritannia opplever 60 % av pasienter med schizofreni å bli involvert i egen behandling (Stovell, Morrison, Panayiotou, & Hutton, 2016).

I følge den nasjonale PassOpp-undersøkelsen fra poliklinikker ved DPS i 2007, var medbestemmelse og informasjon blant de største forbedringsområdene. Mens 70 % var fornøyd med behandlingen totalt sett, opplevde bare 47 % å få god informasjonen om behandlingsmuligheter, 48 % å ha god innflytelse på valg av behandling, og 43 % å ha innflytelse på medisiner (Groven, Holmboe, Helgeland, Bjertnæs, & Iversen, 2008). Undersøkelsen inkluderer alle pasientgrupper i psykisk helsevern, og det er mulig at de reelle valgmulighetene rundt medisiner oppleveres som mindre ved tynge psykiske lidelser, som psykose og bipolar lidelse.

Brukermedvirkning har en egenverdi ved å anerkjenne menneskets rett til autonomi. Ved å involvere seg, og ta kontroll over egen behandling, styrkes opplevelse av kontroll og mestringstro. Det motsatte er lært hjelpeløshet, hvor man internaliserer at det ikke nytter å prøve. Ved å gjøre egne valg, økes også både forpliktelse og motivasjon for gjennomføring av behandlingen, noe som er essensielt for å få utbytte av den.

En god behandlingsallianse er også sentral for gode behandlingsutfall (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Dette forutsetter en god og trygg relasjon hvor pasienter opplever å kunne tematisere både det som opptar dem, og utfordringer ved selve behandlingen, samt at begge parter jobber mot et felles mål, og har en felles plan om hvordan målet kan oppnås. Behandlingsalliansen kan slik både være en forutsetning for brukermedvirkning, og en konsekvens av den.

1.5 Samvalg

Samvalg («Shared decision making») er en beslutningsprosess hvor pasienter støttes til å gjøre informerte valg om sin behandling i samarbeid med behandleren. Målet er at pasienten skal kunne medvirke aktivt i viktige avgjørelser om sin behandling og oppfølging. Samvalg integrerer forskningskunnskap om fordeler og ulemper ved ulike alternativer, med både klinisk kunnskap, og pasientens kunnskap om seg selv og sine preferanser. Det er derfor både en prosess for brukermedvirkning, og en konkret implementering av kunnskapsbasert praksis.

Samvalgsverktøy er hjelpemidler for å støtte denne prosessen, ved å bidra med struktur, lett tilgjengelig og kvalitetssikret informasjon, og refleksjonsverktøy. De skal blant annet formidle hvilket

valg pasienten står ovenfor, hvilke behandlingsalternativer som finnes, og hvilke fordeler, ulemper og risiko det enkelte alternativ medfører.

En metaanalyse indikerer en trend mot redusert tvangsbehandling ved bruk av samvalgsverktøy (Stovell et al., 2016). I følge FHI og Cochrane (Dalsbø & Fønhus, 2018; Stacey et al., 2017) har samvalgsverktøy også en rekke fordeler. Pasienter:

- får mer kunnskap om behandlingsalternativene (stor tillit til resultatet)
- føler seg mer informerte (stor tillit til resultatet)
- får en klarere bevissthet om egne preferanser og verdier (stor tillit til resultatet)
- trolig deltar mer i beslutninger om behandlingsvalg (middels tillit til resultatet)
- trolig får en riktigere forståelse av risikoen knyttet til behandlingsalternativene (middels tillit til resultatet)
- muligens oppnår bedre samsvar mellom egne verdier og valg av behandling (liten tillit til resultatet)

1.6 Faglig forsvarlighet

En av de største barrierene for implementering av medikamentfri behandling har vært usikkerhet rundt hva som er faglig forsvarlig. Helsepersonell har selv plikt til å gi faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven § 4, 1999; Specialisthelsetjenesteloven § 2-2, 1999), og kan ikke tilby behandlingsalternativer som er faglig uforsvarlige. Nedtrapping innebærer en betydelig økt risiko for forverring (Leucht et al., 2012), og det har vært usikkert om medikamentfri behandling da vil være brudd på faglig forsvarlighet. Etter forespørsel fra Helse Bergen, har Helsedirektoratet presisert hva de anser som faglig forsvarlig medikamentfri behandling (Helsedirektoratet, 2017):

Så lenge pasienten er samtykkekompetent og det ikke er akutt fare for eget liv, eller andres liv og helse, er behandlingen frivillig. Pasienten har da rett til å medvirke i valget mellom forsvarlige behandlingstilbud og kan også avslå alle behandlingstilbud, inkludert legemidlene. Helsepersonell har plikt til å informere om aktuelle og tilgjengelige medikamentelle og psykososiale behandlingstilbud, inkludert forventet effekt og ulemper fra disse. Hvis dette er gjort, har helsepersonell opptrådt faglig forsvarlig, selv om pasienten takker nei til legemidler.

Medikamentfri behandling skal være i tråd med nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013) på lik linje med annen behandling. Behandlingstilbudet kan bestå av anbefalte tiltak som samtaleterapi, familiesamarbeid, musikkterapi, fysisk trening, sosial ferdighetstrening og tiltak som retter seg mot å hjelpe pasienten i arbeid eller utdanning. Hva som vurderes som faglig forsvarlig, vil imidlertid alltid være en skjønnsmessig vurdering, som avhenger av faktorer ved pasienten, behandlingstilbudet, og situasjonen rundt.

Risiko for forverring er vanligvis ikke tilstrekkelig rettsgrunnlag for å nekte medikamentfri behandling, så lenge pasienten ikke vurderes å være i akutt fare for seg selv eller andre. Samtidig kan en betydelig forverring bety at behandlingen ikke lenger er faglig forsvarlig. Hvis pasienten mister samtykkekompetansen må psykosebehandling foregå under tvunget psykisk helsevern. På den andre siden, kan medikamentfri behandling noen ganger også være aktuelt under tvunget psykisk helsevern.

1.7 Kunnskapsgrunnlaget

Det er bred konsensus om at antipsykotika har god effekt på positive psykosesyntomer, slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger, og nasjonale retningslinjer for psykose anbefaler å prøve ut

behandling med antipsykotika i kombinasjon med andre psykososiale behandlingstiltak (Helsedirektoratet, 2013).

Forskningen er derimot ikke like klar, og peker mot svakere anbefalinger enn det som har vært praksis til nå. Vi vet heller ikke på forhånd hvem som vil ha nytte av medikamentell eller medikamentfri behandling (Bowtell et al., 2018). Det er samtidig viktig å understreke at manglende evidens og usikkerhet knyttet til forskningsresultater, ikke nødvendigvis betyr at behandlingen ikke virker, men kan også bety at vi ikke har god nok forskning til å dokumentere effekten enda.

Folkehelseinstituttet (FHI) har pekt på flere viktige kunnskapshull ved både medikamentell og psykososiale behandlingstiltak for psykose (Dahm, Holte, Dalsbø, Straumann, & Reinar, 2017; Dalsbø, Dahm, Øvernes, Lauritzen, & Skjelbakken, 2019; Holte, Austvoll-Dahlgren, & Strumann, 2017; Smedslund et al., 2018). Dette gjelder blant annet effekt av oppstart av antipsykotika hos nysyke, effekt av langtidsbehandling, og effekt av psykososiale tiltak uten medikamenter.

1.7.1 Antipsykotika ved førstegangs psykose

Til tross for 60 år med forskning på antipsykotika, er det ifølge Leucht et al. (2017) aldri gjort en randomisert placebokontrollert studie med antipsykotika-naive pasienter med førstegangs psykose. Dette skyldes i hovedsak at antipsykotika raskt ble standard behandling, og at det i etterkant er vurdert uetisk å randomisere pasienter til en placebogruppe. En kunnskapsoppsummering fra Cochrane (Bola, Kao, Soydan, & Adams, 2011) har derfor konkludert med at det ikke er nok forskning til å si hvilken effekt antipsykotika har i en tidlig fase hos personer med førstegangs psykoselidelse, bortsett fra at det ser ut som at de pasientene som får antipsykotika holder seg i behandling lengre, og samtidig opplever mer bivirkninger, enn de som ikke får. Selv om det mangler studier som skiller medikamenteffekten fra placebo, spontan bedring og annen behandling ved førstegangs psykose, vil de fleste likevel respondere på behandling som inkluderer antipsykotika. En metaanalyse viser at rundt 80 % opplever minst 20 % symptomreduksjon, og rundt 50 % opplever minst 50 % reduksjon (Zhu et al., 2017).

1.7.2 Antipsykotika som vedlikeholdsbehandling

Vi har god kunnskap om effekten av å avslutte medikamentell behandling hos pasienter som har brukt antipsykotika over lang tid. Vedlikeholdsbehandling med antipsykotika reduserer positive psykosesyntomer, vold/ aggresjon og frafall fra behandlingen, og halverer også risikoen for tilbakefall de første ett til to årene (Leucht et al., 2012). Effekten etter to år er usikker (Smedslund et al., 2018; Sohler et al., 2016), og det er uenighet i fagfeltet hvorvidt resultatene kan generaliseres over lengre oppfølgingsperioder.

De fleste studiene på vedlikeholdsbehandling er gjort på pasienter som har brukt antipsykotika i 10-13 år, og hvor antipsykotika er seponert over få uker hos halvparten av deltakerne, mens den andre gruppen fortsetter med samme eller tilsvarende legemiddel. Vanligvis tenker man at slik rask seponering er uheldig, og at dette øker risikoen for tilbakefall. Derfor trapper man i klinisk praksis som oftest gradvis ned antipsykotika over lengre tid, og tilbyr gjerne ekstra støtte og oppfølging samtidig. Det er mulig at bråseponeringen gir en forhøyet tilbakefallsrate, og at man ved langsom nedtrapping og støttetiltak reduserer risikoen. Leucht finner ikke forskjell i tilbakefall ved bråseponering mot 3 uker eller lengre nedtrapping, men gir fremdeles en sterk anbefaling om gradvis nedtrapping (Leucht et al., 2012).

Det er gjort få RCT-studier av antipsykotika med lang oppfølging, men noen av studiene som følger pasienter over lengre tid, indikerer at de som ikke bruker antipsykotika har mer symptomer og dårligere fungering de første årene uten antipsykotika, men får betydelig større bedring i

funksjonsnivå etter noen år. En RCT fra Nederland fulgte nysyke pasienter i 7 år (Wunderink, Nieboer, Wiersma, Sytma, & Nienhuis, 2013). Alle pasientene fikk antipsykotika, men etter 6 måneder i bedring, ble legemiddelbehandlingen redusert eller seponert hos halvparten av pasientene, mens den andre gruppen fortsatte på normal dose i 1,5 år til. Selv om gruppen som reduserte legemidlene viste dårligere resultater de første tre årene, hadde de dobbelt så høy tilfriskning (40 % vs. 18 %) og fungering i hverdagen (46 % vs. 20 %) etter 7 år. De fleste pasientene i begge grupper brukte imidlertid noe antipsykotika i oppfølgingsperioden.

Harrow og Jobe (2007) fant også at de som brukte antipsykotika hadde best resultater i begynnelsen, men etter 4,5 år var 39 % av de medikamentfrie friske, mot bare 6 % av de som hadde stått på antipsykotika. Studien var ikke randomisert, og gruppen uten medisiner hadde også bedre prognostiske faktorer. Så forskjellene kan sannsynligvis ikke attribueres til fraværet av medisiner, men viser at antipsykotika ikke er nødvendig for alle med schizofreni. Ved 20-års oppfølging var imidlertid over dobbelt så mange av de som ikke brukte antipsykotika i arbeid, noe som ikke kunne forklares av opprinnelig prognose (Harrow, Jobe, Faull, & Yang, 2017).

1.7.3 Psykososiale behandlingstiltak

Nasjonale retningslinjer gir sterke anbefalinger for en rekke psykososiale behandlingstiltak for psykose, og graderer dem også høyt i forhold til evidensgrunnlag (Helsedirektoratet, 2013). Dette inkluderer kognitiv atferdsterapi (evidensgrad: 1a, anbefaling: A), psykodynamisk terapi (2a, B), enkeltfamiliegrupper (1b, A), flerfamiliegrupper (1a, A), musikkterapi (1a, A), integrering av fysisk trening (1b, A), individuell jobbstøtte (1a, A), sosial ferdighetstrening (1a, A) og kognitiv trening (1b, B). Effekten av behandlingstiltakene uten medisiner er usikker, fordi nesten all forskning på psykosial behandling har vært som tilleggsbehandling til antipsykotika.

Illness Management and Recovery (IMR) er ikke nevnt spesifikt i retningslinjene, men har blitt et viktig behandlingstilbud i Norge de siste årene. Det er et evidensbasert, strukturert og manualbasert gruppebehandlingstilbud for 5-8 deltakere. IMR er basert på recovery-prinsipper, psykoedukasjon, kognitive teknikker, motiverende intervju-metodikk og pedagogikk, og kan styrke kunnskap og egenmestring av psykose (McGuire et al., 2014).

Mer konservative litteraturgjennomganger i Cochrane, finner at til tross for betydelig effekt av behandlingstilbudene over, er usikkerheten til resultatene så stor at vi ikke kan være sikre på de faktiske effektene (Dalsbø et al., 2019).

1.7.4 Medikamentfri behandling

To metaanalyser har funnet tilsvarende, eller noe bedre resultater med medikamentfri behandling av psykose i forhold til standard behandling med antipsykotika (Bola, Lehtinen, Cullberg, & Ciompi, 2009; Cooper, Laxhman, Crellin, Moncrieff, & Priebe, 2019), men det er knyttet høy usikkerhet til resultatene. Også her er litteraturen begrenset av at randomiserte, kontrollerte studier uten antipsykotika ikke blir etisk godkjent.

Det er gjort tre nyere RCT pilotstudier på psykosebehandling uten antipsykotika, selv om de har små utvalg og metodiske begrensninger. Den ene undersøkte effekten av kognitiv terapi (samtaletterapi) blant pasienter uten antipsykotika, og fant at kognitiv terapi var effektivt for å redusere psykosesyntomer, og på å forbedre personlig og sosial fungering i forhold til standardbehandling (Morrison et al., 2014). Den samme forskningsgruppen fant også i en annen RCT pilotstudie at kognitiv terapi og antipsykotika ga best effekt på psykosesyntomer i kombinasjon, men at begge hadde tilsvarende effekt hver for seg (Morrison et al., 2018).

I 2017 var det ingen RCT-studier som målte effekten av psykososial behandling og fysisk trening alene mot psykososial behandling i tillegg til medisiner (Dahm et al., 2017; Holte et al., 2017). McGorry og kolleger har i ettertid presentert foreløpige funn fra en RCT pilotstudie hvor alle nysyke fikk intensiv psykososial behandling, og den ene gruppen fikk antipsykotika i tillegg. Begge gruppene viste like stor bedring i symptomer og funksjon etter seks måneder. Funnene er imidlertid basert på et lite, og høyt selektert utvalg, og er vanskelig å generalisere fra (McGorry et al., 2018).

Det er også gode erfaringer fra behandlingssteder hvor psykososial behandling vektlegges og antipsykotika brukes i liten grad, blant annet i USA (Calton, Ferriter, Huband, & Spandler, 2007), Finland (Bergström et al., 2018), Danmark (Wils et al., 2017), Sverige (Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattsson, & Wieselgren, 2002) og Norge (Hammer, Heggdal, Lillelien, Lilleby, & Fosse, 2018).

1.7.5 Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Forskningen på både medikamentell og ikke-medikamentell behandling av psykose er fremdeles mangelfull, og det finnes ingen behandling som er rett for alle. Å slutte på antipsykotika øker risikoen for tilbakefall og innleggelse med rundt 2,5 ganger, så dette bør gjøres under tett oppfølging. Samtidig slutter mange pasienter selv å ta legemidlene, så det er bedre å gjøre dette i samarbeid med behandlerne under tett oppfølging. Flere pilot- og naturalistiske studier har oppnådd gode behandlingsresultater med lite bruk av antipsykotika, men disse er ofte rettet mot nysyke pasienter.

Vi har lite sikker kunnskap om psykosebehandling, så kvaliteten på forskningen må løftes betydelig for å gi klare svar. Samtidig er det et gjennomgående dilemma at RCT-studier ikke blir godkjent fordi randomisering uten medisiner blir vurdert som etisk uforvarlig. I mangel på tydelige forskningsanbefalinger, bør individuell tilpasning, brukermedvirkning og klinisk erfaring veie desto tyngre.

1.8 Bestilling fra Helse Vest

Protokollen mellom Helse Vest og Regionalt brukerutvalg erkjenner at selv om det finnes ikke-medikamentelle behandlingsmuligheter, fremstår ikke alltid muligheten for medikamentfri behandling som reell for pasientene. Dette kan skyldes blant annet utilstrekkelig informasjon, få psykososiale tilbud og en behandlingsskiltur som vektlegger medikamentell behandling.

Helse Bergen foreslo et pilotprosjekt med å prøve ut medikamentfri behandling etter modell fra gruppepoliklinikken på Kronstad DPS, som ble vedtatt av Helse Vest, og godkjent av HOD.

Helse Vest opprettet en regional styringsgruppe for medikamentfri behandling, ledet av fagsjef Hans Stenby. Den regionale styringsgruppen besto av representanter fra Helse Vest og de fire helseforetakene, Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna og Helse Førde, samt brukerrepresentantene Claus Ingebrigsen fra regionalt brukerråd i Helse Vest og Anbjørg Hellestræ fra Mental Helse Stavanger.

Helse Bergen og Helse Vest mener at medikamentfri behandling kan gjøres tilgjengelig for langt flere ved å integrere det i den ordinære psykosebehandling. Ettersom det aller meste av psykosebehandling foregår poliklinisk på DPS, er det viktig å starte her. Det er også her grunnlaget legges for pasientens egen mestring av psykose, og styrket brukermedvirkning og psykososial behandling kan derfor tenkes å forebygge tilbakefall og bruk av tvang. De medikamentfrie forløpene er rettet mot pasienter som ønsker behandling, og som kan nyttiggjøre seg denne under frivillige rammer. Dette er både basert på hensyn til faglig forsvarlighet, og viktigheten av egenmotivasjon.

Poliklinisk behandling er langt mer kostnadseffektiv enn døgnbehandling, og tar ikke pasientene ut av sin hverdag, støttenettverk og nærmiljø. Kostnadseffektiviteten gir mulighet for å styrke behandlingstilbudet for langt flere pasienter, og integreringen i ordinær behandling gir anledning til å styrke kompetanse og behandlingstilbud, som også kommer pasienter som bruker medisiner til gode.

Forløpstenkning gir også bedre forutsetninger for behandling enn regionale enheter, med større muligheter for samarbeid mellom behandlingsnivåer, og kontinuitet i behandlingen både når pasienten er av og på medisiner.

1.9 Pilotprosjekt i Helse Bergen

Det ble opprettet et 3-årig pilotprosjekt for å implementere og gjøre erfaringer med medikamentfri behandling i hele Helse Bergens opptaksområde, på tvers av alle DPS-er og behandlingsnivåer. Medikamentfrie forløp i Helse Bergen har hovedfokus på poliklinisk psykosebehandling, med mulighet for døgnopphold ved behov. Målsetningen med prosjektet var å sikre at medikamentfri behandling er en reell mulighet, gjennom en generell styrking og kvalitetssikring av behandlingstilbudet for psykose, og bedre ivaretagelse av pasientrettigheter.

I forkant av prosjektet ble en arbeidsgruppe satt sammen for å legge de faglige rammene. Prosjektet startet juni 2016, og var planlagt til juni 2019. Andrea Bjerke Skålvik startet som prosjektleder i 25 % stilling, frem til Leif Arvid Øvernes overtok som prosjektleder i full stilling januar 2017. Erfaringskonsulent Anne Blindheim har også vært ansatt fullt i prosjektet for å sikre brukerperspektivet.

Prosjektet er et samarbeid mellom de tre DPS-ene i Helse Bergen, Kronstad DPS, Bjørgvin DPS og Øyane DPS, og de private ideelle Betanien DPS, Solli DPS, og Voss DPS NKS Bjørkeli. Den lokale styringsgruppen har bestått av de seks klinikkdirektørene og brukerrepresentanter fra Helse Bergens Erfaringspanel og fra Mental Helse Bergen. Den har blitt ledet av Geir Lien fra divisjon psykisk helsevern, psykiater/ daværende klinikkdirektør på Kronstad DPS Randi-Luise Møgster, og psykiater/ medisinsk rådgiver på Bjørgvin DPS, Bjarte Skrede.

Prosjektet ble kvalitetssikret av en prosjektgruppe som besto av spesialister fra de seks DPS-ene, samt prosjektleder og to til tre brukerrepresentanter. Gruppen møttes månedlig frem til sommeren 2018, og har bidratt med faglig kvalitetssikring, rådgivning, informasjonsflyt mellom prosjekt og drift, og erfaringsutveksling mellom DPS-ene.

I prosjektdirektivet ble prosjektmålet definert som: «Pasienter med psykoselidelser skal ha tilgang til kvalitetssikrede, kunnskapsbaserte og medikamentfrie behandlingsforløp. Det må sikres at pasientene tilbys et forsvarlig behandlingstilbud som systematisk og tett følges opp, også med monitorering av symptomtrykk og funksjonsnivå. Prosjektet skal derfor etablere et medikamentfritt behandlingsforløp for pasienter med psykoselidelser, og sikre implementering av medikamentfrie behandlingsforløp i alle DPS i Helse Bergens opptaksområde.»

1.10 Behovsanalyse

Medikamentfri psykosebehandling er kontroversielt blant fagfolk (Yeisen et al., 2019). I tillegg er det lang tradisjon for medikamentell behandling, og nasjonale retningslinjer anbefaler å prøve ut antipsykotika ved psykose. Ved utprøving av medikamentfri behandling er det derfor viktig å integrere behovet for faglig forsvarlig behandling med ivaretagelse av pasientenes ønsker og rettigheter.

Endring av etablert praksis krever ofte betydelig momentum for å komme i gang. Lewin kaller dette den første fasen som «opptining» av organisasjonen, mens Kotter (2012) beskriver behovet for å skape en «brennende plattform». Påtrykk fra brukerorganisasjoner og helsemyndighetene har bidratt til å aktualisere medikamentfri behandling, men dette har ikke nødvendigvis nådd behandlere.

Medikamentfrie avdelinger fremstår som et brudd med psykiatrien, og oppdraget kom fra politisk, fremfor faglig hold. En viktig forutsetning for prosjektet er derfor å sette medikamentfri behandling i en ramme av faglighet og god behandling.

Behandlere er den klart viktigste faktoren for å gjennomføre medikamentfrie forløp, og det vil ikke være mulig å gjennomføre medikamentfrie forløp uten at behandlerne selv opplever at det er både meningsfullt og faglig forsvarlig. De har behandlingsansvar, står nærmest pasientbehandlingen, og har betydelig påvirkning i hvilken informasjon og anbefalinger som gis, og hvordan dette formidles.

Det er derfor viktig å inkludere behandlerne i både utforming og gjennomføring. Diskusjon og erfaringsutveksling kan løfte frem viktige problemstillinger og løsninger skape et felles eierskap rundt prosjektet.

Videre trengs det større klarhet i hvordan faglig forsvarlighet kan ivaretas i medikamentfrie forløp. Både tydelighet fra ledelsen om at vi skal tilby medikamentfri behandling, og et fellesskap rundt utprøving som kan bidra til faglig trygghet. Faglig trygghet handler også om å øke kunnskap og kompetanse om psykososiale behandlingstiltak.

På systemnivå er det viktig å evaluere forløpene, slik at praksis kan videreutvikles. Rammevilkårene må også være tilstrekkelige, slik at psykososiale behandlingstiltak er tilgjengelige, og er praktisk gjennomførbare.

En utfordring med Helse Vest-modellen, er at det er en kompleks intervensjon som krever relativt bred implementering fra starten. Risikoen er at forankring i linjen blir for svak, og at prosjektressursene spres for tynt. For at medikamentfrie forløp skal være tilgjengelig ved alle DPS og alle behandlingsnivåer, må en stor andel av de som jobber med psykosepasienter engasjeres på tvers av behandlingsnivåer på seks DPS.

1.10.1 Mer kunnskap

Mangelen på sikker kunnskap om effekt og risiko av medikamentfri psykosebehandling er sannsynligvis en av de viktigste årsakene til de polariserte meningene om medikamentfri behandling. Samtidig har både brukere, fagfolk og helseforetakene vært enige om behovet for følgeforskning og evaluering av de medikamentfrie tilbudene.

1.10.2 Mer brukermedvirkning

Medikamentfri behandling handler om å kunne velge behandling uten medisiner, og er derfor en utvidelse av brukermedvirkningen. For å styrke brukermedvirkning må vi jobbe både med pasienter, helsepersonell og systemer. Pasienter trenger informasjon om behandlingsmuligheter og hva disse innebærer. De trenger også å inviteres til å ta en aktiv rolle i sin egen behandling. Behandlere må på sin side ha tro på, og sette av tid til brukermedvirkning, etterspørre pasientens perspektiv, og respektere både pasientenes egne opplevelser og preferanser. Behandlingstilbud, rutiner og strukturer må også legges til rette for brukermedvirkning, og støtte opp om kulturendring.

1.10.3 Bredt behandlingstilbud

Et sentralt premiss for å kunne tilby medikamentfri behandling, er at det finnes andre tilgjengelige behandlingsformer. Medikamentell behandling er bare en liten del av det totale behandlingstilbudet,

og valget om medisiner skal heller ikke være avgjørende for resten av behandlingssinnholdet. Pasienter som velger bort medikamentell behandling skal ha et like godt og forsvarlig behandlingstilbud som andre. De fleste pasienter har også perioder både med og uten antipsykotika, og det er uheldig om pasienter i medikamentfrie forløp skulle risikere å miste behandlingstilbud om de velger å begynne på medisiner igjen. Selv om mange vil ha behov for tilpasninger, og periodevis tettere oppfølging, er prinsippene for god behandling de samme, både med og uten medisiner. Det fremstår derfor som mest hensiktsmessig å gjennomføre generelle forbedringstiltak som kommer alle til gode.

Fellesaksjonen og HOD har ikke spesifisert hvilke behandlingstilbud som de ønsker skal inngå i medikamentfrie forløp. I protokollen mellom Helse Vest og brukerorganisasjonene, ble det spesifisert at behandlingstilbudet skulle ta utgangspunkt i tilbudet ved Kronstad DPS, som igjen bygger på nasjonale retningslinjer for psykose. Her anbefales kognitiv terapi, familiesamarbeid (én- og flerfamiliegrupper), musikkterapi, individuell jobbstøtte (IPS), fysisk trening, sosial ferdighetstrening og kognitiv trening (Helsedirektoratet, 2013). Kognitiv trening er foreløpig det minst utbredte av disse tilbudene i Norge. Illness Management and Recovery (IMR) er ikke vurdert i retningslinjene, men har hatt en betydelig utbredelse i etterkant av retningslinjene, og innebærer også elementer av både kognitiv terapi og sosial ferdighetstrening.

Det ble derfor besluttet at alle DPS i Helse Bergens opptaksområde skulle kunne tilby minimum kognitiv terapi, familiegrupper, musikkterapi, IPS, fysisk trening og IMR. Mental Helse Stavanger har fremmet ønske om større vektlegging av ernæringsbaserte intervensjoner. Dette inngår til dels i eksisterende helse- og livsstilsgrupper og pakkeforløp, men ble ikke prioritert som eget behandlingstilbud i mangel på konkret anbefaling i nasjonale retningslinjer.

1.11 Prosjekt mål

Basert på behovsanalysen, kom vi frem til tre hovedmål for prosjektet:

1. Å styrke kunnskapsgrunnlaget om medikamentfri behandling
2. Å styrke brukermedvirkning
3. Å styrke psykosebehandling for alle

2. Metode

2.1 Mål 1: Styrke kunnskapsgrunnlaget

Helse Bergen har den største satsningen i Norge på forskning og kvalitetssikring av medikamentfrie forløp. Både forskning på medikamentfri behandling, og bruk av medforskere med egenerfaring er satsningsområder i forskningsstrategien for Divisjon psykisk helsevern i Helse Bergen 2018-2022.

2.1.1 FHI-Rapport: «Nytteverdien av behandling for voksne med primær psykose»

I forbindelse med samvalgsverktøyet for psykose, bestilte vi en oversikt over nytteeffekter av de ulike anbefalte behandlingstiltakene fra Folkehelseinstituttet (FHI). Den er publisert på fhi.no (Dalsbø et al., 2019). Kunnskapsinnhentingen tok utgangspunkt i kunnskapsoppsummeringer som er publisert i Cochrane. Dette er svært metodisk solide, og finansielt uavhengige, oppsummeringer av tilgjengelig forskning.

I Cochrane-databasen var det 280 oppsummeringer om psykosebehandling, og 11 ble valgt ut basert på anbefalinger i nasjonale retningslinjer, pakkeforløp og hva som er tilgjengelig behandling for langsiktige polikliniske psykoseforløp. Dette inkluderer oppstart og vedlikeholdsbehandling av antipsykotika, kognitiv terapi, musikkterapi, fysisk trening, individuell jobbstøtte (IPS), psykoedukative familiegrupper (kort- og langvarig), sosial ferdighetstrening, problemløsningsgrupper og livsmestringsgrupper. Med unntak av studier på antipsykotika, er samtlige behandlingstiltak målt mot «standard behandling», som nesten alltid inkluderer både medisiner og en form for oppfølging eller samtaler. Effekten av alle tiltakene ble vurdert på symptomer, funksjon, frafall fra behandlingen, bivirkninger/ alvorlige hendelser, livslengde og livskvalitet. For mange utfallsmål fantes det ikke data.

Cochrane og FHI skiller mellom effekten av tiltaket og den metodiske tilliten til resultatene. GRADE-systemet benyttes for å systematisk vurdere den metodiske kvaliteten og risiko for feilkilder.

2.1.2 Tidlig journalgjennomgang

Sommeren 2017 gjorde psykolog Espen Handeland Øvrehus en tentativ journalgjennomgang av de 15 registrerte medikamentfrie forløpene på gruppepoliklinikken på Kronstad DPS. Journalene hadde få systematiske kartlegginger av symptom- og funksjonsnivå som kunne brukes til å evaluere det medikamentfrie forløpet. Vi ba derfor behandlerne retrospektivt vurdere Clinical Global Impression Severity Scale (CGI-S) både ved tidspunkt for seponering, og ved dagens dato. De inkluderte forløpene varte fra én måned til over ett år.

2.1.3 Løpende kvalitetssikring

Et viktig mål med prosjektet var å dokumentere og systematisere erfaringer med medikamentfrie forløp. Protokollen satte også krav til løpende monitorering av symptomtrykk og funksjonsnivå. Dette er også noe pakkeforløpene setter fokus på. Den beste måten å evaluere forløpene på, er gjennom prospektive, repeterte målinger. Den lokale journalgjennomgangen, og innspill fra prosjektgruppen viste at systematisk og standardisert evaluering av behandlingsforløp i liten grad ble gjennomført på DPS-ene, og at det var lite samstemthet mellom DPS-ene i valg av instrumenter.

Prosjektgruppen satte derfor sammen en kartleggingspakke av standardiserte skjema, som ble lagt mest mulig opp til nasjonale retningslinjer og utkastet til pakkeforløpet for psykose (se figur 1). Den besto av PANSS hver 6 mnd. til symptommåling, med CGI som mellommåling, AUDIT/ DUDIT for ruskartlegging, SRS/ORS og INSPIRE som feedbackverktøy, en sjekklister for oppdatering av behandlingsplan, kriseplan og vurdering av forsvarlighet, og et egenutviklet skjema. «MedFri»-skjemaet dekket variabler som ikke fremgikk i de standardiserte verktøyene. Dette omfattet blant

annet demografi, diagnoser, behandleres vurderinger, alvorlige hendelser, behandlingstilbud, medikamentbruk mm.

	Før oppstart	Ved oppstart	Hver måned	Hver tredje måned	Hvert halvår	Ved avslutning
Behandler	<ul style="list-style-type: none"> • MINI+/SCID I 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI • PANSS • Medfri-pre • Sjekklister 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI+2 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI+2 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI • PANSS • Medfri-peri 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI • PANSS • Medfri-post
Pasient	<ul style="list-style-type: none"> • Verktøy for samvalg 	<ul style="list-style-type: none"> • SRS/ORS • INSPIRE • AUDIT • DUDIT 	<ul style="list-style-type: none"> • SRS/ORS • INSPIRE 	<ul style="list-style-type: none"> • SRS/ORS • INSPIRE • AUDIT* • DUDIT* 	<ul style="list-style-type: none"> • SRS/ORS • INSPIRE • AUDIT* • DUDIT* 	<ul style="list-style-type: none"> • SRS/ORS • INSPIRE • AUDIT • DUDIT

Figur 1: Kartleggingspakken for løpende evaluering av medikamentfrie forløp. **PANSS:** Positive And Negative Syndrome Scale, **CGI+2:** Clinical Global Impression + to spørsmål fra PANSS, **AUDIT:** Alcohol Use Disorder Identification Test, **DUDIT:** Drug Use Disorder Identification Test, **SRS/ORS:** Session Rating Scale/ Outcome Rating Scale, **INSPIRE:** Måler opplevd støtte i egne målsetninger (recovery) og allianse, **Medfri-skjema:** Screening, pas.karakteristika, medikamentbruk, behandlingstilbud mm., **Medfri-sjekklister:** Opprettet behandlings-/ krise- /individuell plan og nedtrappingsplan?

Ettersom forløpene skulle kartlegges over seks DPS, ønsket den lokale styringsgruppen en felles digital løsning, og CheckWare var egnet til formålet. OCD-teamet ved Kronstad DPS har blant annet hatt god erfaring med CheckWare, og bruker det omfattende til både pasient- og behandlerutfylte skjema. Vi hadde også med en psykolog som hadde lang erfaring med CheckWare.

Kartleggingspakken og CheckWare hadde fire formål: 1) Å registrere og gi oversikt over medikamentfrie forløp, 2) å kvalitetssikre forløpene, 3) å gi datagrunnlag for prosjektevaluering og 4) å implementere bruk standardiserte evalueringsskjema og feedbackverktøy.

Hele kartleggingspakken ble digitalisert i CheckWare. Skjemaene var dynamiske, slik at man bare trengte svare på relevante spørsmål. Nina Eltvik i seksjon for e-Helse utarbeidet den tekniske utformingen. Mens Helse Bergen hadde en DIPS-integrert versjon av CheckWare, måtte et prosjektbasert løsning settes opp for de private ideelle DPS-ene. Det ble også kjøpt inn nettbrett til hvert DPS, som ble konfigurert for pasientutfylling.

For å kunne analysere dataene, ble data eksportert til lokale kvalitetsregistre. Prosjektet ble godkjent som lokal kvalitetssikring fra personvernombudet ved hvert av de fire organisasjonene. Siden det var relativt få forløp på hvert DPS, ønsket vi også å sammenstille forløpene i ett register. Vi fikk derfor konsesjon av Datatilsynet til et samtykkebasert regionalt kvalitetsregister, som også har tillatelse til å være et nasjonalt register for medikamentfrie forløp.

Hele systemet var satt opp for å kvalitetssikre forløpene underveis, og genere kvalitetsdata til både drift og prosjektet. Vi samarbeidet også med seksjon for medisinske kvalitetsregistre om å utvikle en automatisert rapport/ dashboard for nøkkelindikatorer.

CheckWare-løsningen var designet for at behandlerne selv skulle kartlegge forløpet som en del av behandlingen, og ansvaret for registrering og kartlegging av medikamentfrie forløp lå i linjen. Det ble

derfor gjennomført fellesopplæring på hvert DPS, med introduksjon til kartleggingspakken og CheckWare, med forventning om umiddelbar oppstart. Det ble også arrangert superbrukerkurs for at det skulle være lokal hjelpekompetanse på CheckWare. Da få behandlere likevel tok CheckWare i bruk, ble det gitt ny individuell opplæring og hjelp til å fylle ut skjemaene. Men også individuell opplæring hadde lite effekt på bruk i etterkant. I forkant av sommeren 2018 var det klart at implementering av CheckWare ikke ville gi det nødvendige datagrunnlaget for evaluering. Saken ble behandlet i både regional og lokal styringsgruppe, og i november 2018 ble delprosjektet avviklet og erstattet med journalgjennomgang og behandlerintervjuer (se 2.1.5).

2.1.4 Pasientgjennomgang

For å skaffe oversikt over medikamentfrie forløp, gikk vi systematisk gjennom alle pasientlistene ved psykiosepoliklinikkene på alle seks DPS, og behandler vurderte hver pasient for medikamentfri behandling. Disse ble kodet som 1) i medikamentfrie forløp, 2) at de tidligere hadde vært i et medikamentfritt forløp, 3) mulig forløp (uavklart), 4) ikke aktuelt, 5) pasient er fornøyd med medisiner 6) uforsvarlig å trappe ned og 7) ønsker ikke noen behandling/ kontakt med psykisk helsevern. Kategoriene er uavhengige av hverandre.

2.1.5 Hovedevaluering

Tidligere journalgjennomgang viste at journalgjennomgang alene vil være utilstrekkelig på grunn av manglende standardiserte evalueringer underveis. Store individuelle forskjeller i hva som dokumenteres gjør det også vanskelig å sammenligne forløp, og det mangler egne vurderinger ved oppstart og avslutning. Ved å kombinere journalgjennomgang med strukturerte behandlerintervjuer, kunne vi derimot innhente nødvendig informasjon på en strukturert måte. Evalueringen ble godkjent av begge styringsgruppene høsten 2018 som erstatning for den løpende kvalitetssikringen, og ble tilrådet av personvernombudet i Helse Bergen.

Christine Ødegaard ble frikjøpt fire måneder fra doktorgraden sin (se 2.1.8) for å gjennomføre datainnsamlingen, og har i denne perioden sammen med prosjektleder også utviklet skåringskjemaene. Anne Blindheim og Maria Strømme kom med innspill i designprosessen, og forskningsavdelingen i Divisjon psykisk helsevern har bistått med elektronisk kodeskjema, veiledning og statistikk.

Evalueringen ble avgrenset til DPS-ene i Helse Bergen av praktiske grunner, men inkluderer 78 % av forløpene i opptaksområdet, og DPS-ene fremstår som relativt likeverdige i omfang og kvalitet av behandlingstilbudet.

Den medikamentfrie perioden ble definert retrospektivt fra journal etter når antipsykotika ble (auto)seponert, eller pasienten uttrykket et klart ønske om å seponere, frem til pasienten enten avsluttet behandling, startet på faste medisiner, eller ble underlagt tvangsmedisinering. I journalgjennomgangen ble det innhentet informasjon om blant annet demografi, diagnoser og funksjonsnivå, samt innleggelser, medikamentbruk, behandlingstiltak, og tvangstiltak både i den medikamentfrie perioden, og gjennom det siste året før oppstart av medikamentfritt forløp. Pasientene kan da fungere som sin egen kontrollgruppe i perioder på og av antipsykotika.

Ødegaard intervjuet så behandlere om 54 medikamentfrie forløp fra både Bjørgvin DPS og Kronstad DPS. Vi lyktes ikke i å gjennomføre intervjuer ved Øyane DPS. Intervjuene var strukturerte og tok ca. 30 minutter per forløp. Intervjuene omhandlet enkeltforløp for å sikre en representativ evaluering.

Databehandling og deskriptiv statistikk ble gjennomført av prosjektleder, og innholdsanalyse av kvalitative tilbakemeldinger etter Graneheim and Lundman (2004) ble gjennomført sammen med Ødegaard.

2.1.6 Bruker-spør-bruker-undersøkelse av KBT

Kompetansesenter for Brukermedvirkning og Tjenesteutvikling (KBT) fikk av RHF-ene i oppdrag å evaluere de medikamentfrie tilbudene i Norge. Det var uklarerhet rundt hvilket personvern som skulle godkjenne prosjektet, og det endte med at KBT utnevnte eget personvernombud. Helse Bergen rekrutterte først deltakere gjennom behandlere, men måtte til slutt ringe direkte til pasientene for å rekruttere et tilstrekkelig antall. KBT har intervjuet åtte informanter fra Helse Bergen gjennom fokusgruppe eller individuelle intervjuer.

2.1.7 Bruker- og pårørendeundersøkelsen

Erfaringskonsulent Anne Blindheim har gjennomført semi-strukturerte intervjuer med 29 pasienter og 7 pårørende, omkring deres opplevelse av, og erfaringer med behandlingstilbudet. Formålet var å samle fortløpende erfaringer med medikamentfrie forløp, og fange opp utfordringer og muligheter underveis. Undersøkelsen var åpen for alle pasienter i psykosebehandling ved ett av de seks DPS-ene, og utvalget består av både pasienter i medikamentfrie forløp, ordinære medikamentelle forløp, og TUD. Deltakerne er spurt om erfaringer med antipsykotika og psykisk helsevern, informasjonsflyt og behandlingstilbud, opplevelse av brukermedvirkning og autonomi, recovery og samarbeid og erfaringer med medikamentfrie forløp.

2.1.8 Kvalitativ forskningsstudie

Helse Bergen har selv finansiert en doktorgrad som har en kvalitativ tilnærming. Christine Ødegaard er kulturviter og startet PhD-løpet i februar 2017. Veiledere inkluderer Marius Veseth, Brynjulf Stige og Ingunn Marie Stadskleiv Engebretsen ved UiB, og hun samarbeider også med Larry Davidson ved Yale University. Anne Blindheim, Linda Garvik, Øystein Søråa og Jan-Magne Sørensen (Hvite Ørn) er invitert som medforskere med brukererfaring.

I doktorgraden undersøkes medikamentfrie forløp fra tre perspektiver. Brukerperspektivet ivaretas gjennom individuelle dybdeintervjuer med 11 pasienter i hovedsakelig medikamentfrie forløp. Helsepersonell sine erfaringer fanges i tre fokusgruppeintervjuer, og deltakende observasjon i musikkterapi gir direkte innblikk i dynamikken i deler av behandlingstilbudet. Resultatene blir publisert i etterkant av prosjektperioden.

Den første artikkelen omhandler verdien av å kunne velge behandling. Det å kunne velge er sett på som å inneha en egenverdi i vårt samfunn. Men valg er en komplisert prosess som påvirkes av mange faktorer, både interne og eksterne. I denne artikkelen ser vi nærmere på hvilke mekanismer som ligger bak pasientens valg av behandling.

Artikkel to tar utgangspunkt i fokusgruppene med behandlere, og beskriver hvordan det er å være i frontlinje og behandle enkeltpasienter med hver sine behov, samtidig som man både skal forvalte ressurser, følge krav og retningslinjer, og ta hensyn til faglig forsvarlighet.

Den tredje artikkelen vil ta for seg musikkterapiens rolle i psykosebehandling, sett fra perspektivet til pasient, musikkterapeut og som observatør.

2.1.9 Kvantitativ forskningsstudie: NonPharm-studien

NonPharm-studien er en prospektiv kohortstudie av medikamentfrie forløp, som startet i 2018. Studien vil belyse hvem pasientene i medikamentfrie forløp er, og følge dem tett over tid for å se hvordan det går. Den vil også undersøke risiko for tilbakefall og alvorlige hendelser, og om vi kan predikere hvem som vil profittere på et medikamentfritt forløp.

NonPharm-studien bygger på samme design som Bergen Psykoseprosjekt 2 (BP2). REK har gitt brede godkjenninger for datainnsamling, og mulighet til å bruke BP2-dataene som kontrollbetingelse. BP2

er en stor RCT-studie i Bergen som undersøker effekt av tre ulike antipsykotika på nysyke. I tillegg til regelmessige målinger av symptom- og funksjonsnivå og kognitiv fungering over tid, har de også undersøkt biomarkører, og endringer på fMRI-avbildning.

Studien er forankret i et høyt kvalifisert forskningsmiljø, og vil gi en grundig evaluering av medikamentfrie forløp som er sammenlignbare med tidligere medikamentelle forløp. Professor Erik Johnsen ved Bergen Psychosis Research Group, og Senter for Fremragende Forskning NORMENT, leder den kvantitative NonPharm-studien. Helse Vest finansierer en treårig stipendiatstilling.

Lege Maria Fagerbakke Strømme er stipendiat i prosjektet, og har i forkant av rekrutteringsfasen gjort en journalgjennomgang av forløp i perioder av og på antipsykotika til sin første artikkel. Helse Bergen har et unikt og omfattende datasett med systematisk kartlegging av alle innleggelser på Psykiatrisk klinikk over lang tid. Dette vil kunne si noe om hvordan tidligere forløp har gått i perioder med og uten antipsykotika. Artikkel to vil beskrive pasientgruppen i medikamentfrie forløp, og artikkel tre vil se på resultater etter ett års forløp.

2.2 Mål 2: Styrke brukermedvirkning

2.2.1 Informasjon til pasienter

En gjennomgående tilbakemelding fra pasientundersøkelser har vært en opplevd mangel på informasjon om behandlingen. Helse Vest har hatt en digital kommunikasjonsstrategi, hvor informasjonen primært skal gjøres tilgjengelig gjennom nettsidene. Det er opprettet gode nettsider om medikamentfri behandling hos både [Helse Bergen](#), [Betanien DPS](#), [Solli DPS](#) og [Voss DPS](#). Ettersom disse kan skrives ut, ble det ikke laget egne brosjyrer.

2.2.2 Informasjon til ansatte

Informasjonen når ikke pasienter uten at behandlere gir den. Vi har prøvd å holde oppe tema om medikamentfri behandling hos helsepersonell gjennom flere kanaler, blant annet fysiske samlinger, gjennom representanter i prosjektgruppe og styringsgruppe, presentasjoner i en ulike fora, og gjennom eget nyhetsbrev.

Prosjektgruppen var sammensatt av sentrale klinikere fra de seks DPS-ene, og et av formålene med gruppen var å sikre god informasjonsflyt mellom prosjektet og linjen. Referater fra prosjektmøter og statusrapporter ble sendt ut hver måned. Likevel ble det ofte for lite kommunikasjon med linjen.

Siden februar 2017 er det sendt ut nyhetsbrev om prosjektet og medikamentfri behandling, først månedlig, så etter hvert sjeldnere. Formatet er gjennomarbeidet, lettlest og visuelt. Nyhetsbrevet har bestått av nyheter fra prosjektet, oppdateringer om hva som foregår innen medikamentfri behandling nasjonalt, og oppsummering av nye forskningsartikler. Det var opprinnelig ment for intern bruk, men på grunn av stor interesse eksternt, ble målgruppen utvidet, og har vært en viktig kanal for å oppdatere om prosjektet.

2.2.3 Storgruppeintervensjon: «Psykosebehandling – med og uten medisiner»

For å lykkes med implementering av medikamentfrie forløp, måtte de ansatte være med på utformingen, og ha tro på tiltakene. Implementeringen av medikamentfrie forløp startet derfor med en konferanse for alle ansatte og samarbeidspartnere, hvor vi la et felles grunnlag for videre implementering. Konferansen «Psykosebehandling – med og uten medisiner» var første del av en serie kompetansehevende tiltak, som igjen inngår i et større rammeverk av kvalitetssikring og opplæring. Vi ønsket å samle fagfolk rundt en felles plattform, fremfor å gå inn i polariserende diskusjoner for og imot antipsykotika. Gjennom ny kunnskap, modellæring, medvirkning og

diskusjoner, forsøkte vi å skape et fellesskap rundt prosjektet, og psykologisk sikkerhet om at fagpersoner ikke står alene om å gjennomføre medikamentfrie forløp.

Medikamentfrie forløp går på tvers av behandlingsnivå, så både med tanke på implementering og for å få frem et mangfold av perspektiver, ble alle som jobber med psykose i Bergen invitert. Det var deltakere fra alle seks DPS, fra kommuner og sykehusavdelinger, og alle yrkesgrupper var representert.

Programmet tok for seg sentrale anbefalinger fra de nasjonale retningslinjer, pakkeforløpet og brukermedvirkning, og prosjektet og de seks behandlingstiltakene som prosjektet omhandlet. Alle de seks psykososiale behandlingsoalternativene ble presentert av lokale fagfolk, for å vise frem lokal kompetanse, skape stolthet rundt tilbudene, og demonstrere at dette var et samarbeidsprosjekt.

2.2.3.1 Gruppetidiskusjoner

Deltakere med ulik faglig bakgrunn, og fra ulike arbeidssted og behandlingsnivå, ble samlet i små grupper for å kartlegge utfordringer, muligheter og løsninger ved medikamentfri behandling.

Gruppearbeidet ga mulighet for prosjektet å samle kunnskap og erfaringer fra fagfolk med forskjellig perspektiv i forkant av implementeringen, og anledning til å dele eventuelle frustrasjoner og bekymringer, og bidra med konkrete løsningsforslag. Det ga også et erfaringsutbytte mellom ulike arbeidssteder og yrkesgrupper.

Referater fra diskusjonene gir et godt innblikk i faggruppens oppfatninger og holdninger til medikamentfri behandling. Innspillene ble så kodet tematisk av tre uavhengige observatører (prosjektleder, erfaringskonsulent, stipendiat), og sammenfattet i fellesskap.

2.2.3.2 Holdningsundersøkelse

Sammensetningen av deltakerne gjør konferansen egnet til å kartlegge fagfeltets holdninger. Et evalueringsskjema ble derfor utdelt på slutten av dagen. Skjemaet inneholder spørsmål om selve konferansen, om holdninger til medikamentfri behandling og brukermedvirkning, og forslag til tema og problemstillinger for påfølgende halvdagssamlinger.

2.2.4 Samvalgsverktøy

Mens nettsider, nyhetsbrev og samlinger gjør informasjon om medikamentfri behandling tilgjengelig, er det behov for konkrete hjelpemidler og rutiner for å systematisere tilgjengeligheten. Samvalgsverktøyet for psykose er et konkret verktøy som kan underbygge gode rutiner for informasjon, samvalg og brukermedvirkning. Det er et nasjonalt verktøy som vil inngå i pakkeforløpet for psykose, og som derfor kan hjelpe pasienter og behandlere også utenfor Helse Vest.

Det er stort behov for samvalgsverktøy for psykosebehandling, men det har ikke eksistert noen for psykose som er tilpasset norske forhold. Helse Bergen ønsket derfor å utvikle et, i samarbeid med Samvalgssenteret ved UNN. Målet med prosjektet var å utvikle et samvalgsverktøy som presenterer informasjon om de viktigste behandlingsoalternativene for psykoselidelser. Samvalgsverktøyet tar utgangspunkt i nasjonale retningslinjer og oppdatert forskning, og følger internasjonale kvalitetskriterier for samvalgsverktøy.

Leif Arvid Øvernes ledet prosjektet, som har foregått mellom august 2017 til juni 2019. Flere fagekspertter har bidratt med tekster, og både fagfolk og brukere har blitt intervjuet på video til verktøyet. Folkehelseinstituttet har gjort kunnskapsoppsummeringen som ligger til grunn (Dalsbø et al, 2019; se 2.1.1).

Samvalgssenteret har veiledet produksjonen, sikret at verktøyet holder høy samvalgsmetodisk standard, og at det er brukervennlig. Verktøyet er testet med fire svært ulike brukere, samt erfaringskonsulent, som alle har gitt gode tilbakemeldinger. Tekstene er sendt ut på høring til en rekke fagfolk, inkludert medlemmer i pakkeforløpsgruppen for psykose. Alle innspill er dokumentert og vurdert, og de fleste er tatt med.

2.2.5 Tilbakemeldingsverktøy

Vi vurderte ulike tilbakemeldingsverktøy, og valgte Session Rating Scale (SRS) og Outcome Rating Scale (ORS), samlet kalt Feedback Informed Treatment (FIT). Dette er korte skjema for å måle allianse og endring i et terapiforløp. ORS gis før timen og SRS gis etterpå. Tilbakemeldingene tematiseres umiddelbart, med fokus på å identifisere hva som fungerer bra og mindre bra i forløpet.

Selve skjemaene er bare hjelpemidler for å systematisere innhenting av tilbakemeldinger, og for å se endring over tid. Det sentrale er at behandler jevnlig etterspør konstruktive tilbakemeldinger, og at tilbakemeldingene tas seriøst på en måte som gjør at pasienten føler seg hørt og respektert.

Mens FIT er et generelt verktøy som kan administreres raskt, gir det få konkrete tilbakemeldinger om pasientens tilfriskningsprosess og opplevelse av recovery-orientering. Vi benyttet derfor også INSPIRE, som er et selvrapportskjema for recovery-orientering i helsetjenesten, hvor pasienter svarer på hva som er viktig for dem, hvorvidt de opplever at helsepersonell støtter opp om dette, og hvordan de opplever samarbeidet. FIT er beregnet for bruk for hver time, men for å redusere dokumentasjonsmengden la vi inn månedlige målinger, i kombinasjon med INSPIRE.

SRS og ORS var allerede utviklet for CheckWare, mens INSPIRE måtte digitaliseres, slik at pasienter kunne fylle ut på mobil, pc eller tablet. De fleste behandlere var ikke kjent med begge verktøyene, så opplæring ble gitt både i fellesundervisning og individuelt.

2.3 Mål 3: Styrke psykosebehandling for alle

Alle delene i prosjektet, også forskning, kvalitetssikring og brukermedvirkning, er med å styrke psykosebehandlingen for alle. Under dette målet er det samlet tiltak rettet mot å styrke behandlingstilbudet.

2.3.1 Lokale samlinger og handlingsplaner

I etterkant av oppstartskonferansen ble det arrangert lokale halvdagssamlinger ved hvert DPS, hvor innspillene fra konferansen ble presentert, og hvor vi diskuterte beste måte å implementere medikamentfrie forløp ved det enkelte DPS ble diskutert. Innspillene ble dokumentert og brukt som grunnlag for lokale handlingsplaner.

Ledergruppen ved hvert DPS utarbeidet en handlingsplan for implementering av medikamentfri behandling, hvor de definerte sine egne utfordringer, målsetninger og konkrete tiltak og satsningsområder. Målet med planene var å konkretisere diskusjonene i håndfaste tiltak, som ble fulgt opp i senere lokale styringsgruppemøter.

Alle DPS ønsket å styrke kompetanse på samvalg. Vi leide derfor inn Jürgen Kasper og Simone Kienlin til halvdagsundervisning ved alle seks DPS. Det var åpent for alle behandlere, og godt oppmøte.

2.3.2 Standardisert kartlegging

Rutinemessig evaluering av behandlingsutfall har ikke vært standard praksis ved noen av DPS-ene. Ettersom dette var en forutsetning for den løpende evalueringen av medikamentfrie forløp, hadde prosjektet som mål å innføre standardisert kartlegging av psykoseforløp. Implementeringen var

tilpasset kravene i utkastet til pakkeforløp for psykose, og skulle derfor være en tidlig implementering.

2.3.3 Behandlingstilbud

Alle seks DPS ble enige om å tilby samme grunnpakke av kognitiv terapi, familiesamarbeid, musikkterapi, IPS, fysisk trening og IMR. DPS-ene sto fritt til å tilpasse organiseringen til lokale forhold, og til å tilby andre behandlingsformer i tillegg. Alle tilbyr for eksempel brukerstyrt seng, og flere har andre psykoedukative gruppetilbud, som helse- og livsstilskurs, jobbgruppe, temagrupper, problemløsningsgruppe og samarbeid med kommunale aktivitetstilbud.

Det var størst mangel på musikkterapi, IPS og IMR, og disse representerer spesielt viktige bidrag i implementeringen av recoveryorienterte tjenester. Ved å integrere dem i behandlingstilbudet tilføres også nye perspektiver til den tradisjonelle behandlingen, og kan bidra til ønsket systemendring.

DPS-ene gjennomførte også en strukturert kartlegging av eget behandlingstilbud i forhold til anbefalingene i nasjonale retningslinjer for å identifisere forbedringsområder.

2.3.4 Illness Management and Recovery

Vi ønsket å gjøre IMR tilgjengelig på alle DPS i Helse Bergens opptaksområde. Prosjektet besto av opplæring, veiledning, evaluering og nettverksbygging. Margrethe Lillegaard har vært prosjektleder og Richard Färdig ble leid inn som konsulent og opplæringsansvarlig. Leif Arvid Øvernes har veiledet prosjektet og satt opp systemer for evaluering og veiledning.

Opplæringen var fordelt på fem dager i januar og februar 2018. Ansatte fra DPS, sykehus, kommuner mm. ble invitert til en felles introduksjonsdag om IMR. Dette var både første dag av opplæringen, og for å spre kunnskap om behandlingstilbudet til ansatte og samarbeidspartnere. Tretti ansatte fra de seks DPS-ene fikk i tillegg fire dagers opplæring, og fem ansatte fra Kronstad DPS fikk én ekstra kursdag med veilederopplæring.

For å kunne gi veiledning i denne skalaen, valgte vi å fokusere på metode- fremfor prosessveiledning. Alle gruppene ble filmet, og filmene ble skåret for fidelity og gitt tilbakemelding på gjennom epost. Dette ble utført av veilederne ved Kronstad, som selv fikk veiledning av Richard Färdig. Det første halve året var flimskåring og veiledning ukentlig, så hver andre uke. Innad i Helse Bergen ble videofilene delt på en sikker kvalitetsserver, mens logistikken til og fra de private ble mer utfordrende med fysiske overleveringer.

Et av målene med prosjektet var også å bygge opp et nettverk av IMR-kompetanse i Bergensområdet. Det ble derfor satt opp flere nettverkssamlinger, og Lillegaard har engasjert seg i IMR-Norges styre.

Forløpene er evaluert gjennom tilbakemelding fra pasient og behandler på IMR-skala, og pre-post vurdering av symptomer på PANSS. CheckWare er brukt til registrering av skjema, og resultatevalueringen gjennomføres august/september 2019.

3. Resultat

3.1 Mål 1: Styrke kunnskapsgrunnlaget

3.1.1 FHI-Rapport: «Nytteverdien av behandling for voksne med primær psykose»

Kunnskapsoppsummeringen viser at anbefalte behandlingsformer for psykose har effekt, men at tilliten til resultatene av nesten samtlige behandlingstiltak er lav eller svært lav. Dette gjaldt også godt etablerte behandlingsformer, som kognitiv terapi, familiegrupper og IPS, selv om disse ellers viser gode resultater. Ved tidlig psykose ser oppstart av antipsykotika ut til å ha god respons, men det mangler placebokontrollert forskning til å skille medikamenteffekten fra placebo og annen behandling.

Vedlikeholdsbehandling med antipsykotika er det eneste tiltaket hvor effekt er dokumentert med høy grad av sikkerhet. Så vi kan være sikre på at betydelig færre får tilbakefall ved vedlikeholdsbehandling, enn ved seponering av antipsykotika (26 % vs. 64 %). Flere i medikamentgruppen holder seg også i behandling (54 % vs. 29 %) og viser mindre aggresjon (3 % vs. 12 %). Det er ingen tydelig forskjell i dødelighet og funksjonsnivå mellom gruppene, og effekten av antipsykotika på livskvalitet er usikker. Samtidig har også denne forskningen utfordringer, som at seponeringen utføres over svært kort tid, og uten kompensierende støttetiltak, på pasienter som allerede har brukt antipsykotika i lang tid.

3.1.2 Tidlig journalgjennomgang

I den første journalgjennomgangen viste én tredjedel bedring, én tredjedel viste lite endring og én tredjedel viste forverring på CGI-C. Ingen ble skåret med «alvorlige forverring». Det var en trend mot at forverringene skjedde i forløpene med kort varighet, mens forbedringene hadde forløp over 9 mnd. En viktig svakhet ved denne metoden er imidlertid at den gir et «overlevelsebias», hvor forløpene som går bra har større sjanse for å bli inkludert ved målepunktet. Dette kan kontrolleres gjennom regelmessige prospektive målinger, som var målet med den løpende kvalitetssikring.

3.1.3 Løpende kvalitetssikring

Det ble gjennomført retrospektiv evaluering av alle forløp i Helse Bergen, men bare mindre utvalg ble registrert prospektivt gjennom kartleggingspakken i CheckWare. Disse dataene viser i hovedsak mindre psykosesyntomer ved oppstart enn den retrospektive evalueringen, noe som kan skyldes at dette er et mer selektert utvalg. I de fleste forløpene ble pasientene vurdert å være rundt moderat alvorlig berørt (CGI-S pre; n=10; M=3,3; SD=1,34), men med få eller ingen hallusinasjoner eller vrangforestillinger ved oppstart (PANSS; n=10; M=2; SD=1,5). To av 9 angir selv alkoholavhengighet. Endring var bare målt i fire forløp, hvor ett viser bedring og tre var uendret.

3.1.4 Pasientgjennomgang

En gjennomgang av 798 aktive pasientforløp ved de seks DPS-ene, viser at 7 % var pågående medikamentfrie forløp (3-12 % på tvers av DPS), og 44 pasienter (6 %) har hatt tidligere medikamentfrie forløp (se tabell 1). Tidligere forløp inkluderer derfor bare de som fremdeles var i behandling ved pasientgjennomgangen.

Seks prosent var også uavklart («Mulige forløp»), enten med tanke på diagnose, pasientens ønsker for medikamentell behandling, eller om de i det hele tatt ville ta imot noen behandling. Behandlere mente 1/3 har et avklart forhold til å bruke medisiner.

Ved halvparten av forløpene ble det enten vurdert som ikke aktuelt å trappe ned/ seponere, eller at det var direkte uforvarlig, med både risiko for liv og helse og for betydelig forverring som

begrunnelse. Det var «ikke aktuelt» hvis for eksempel pasienten bare tok imot støttetiltak og ikke aktiv behandling, ved andre diagnosegrupper, ustabilitet i behandling eller livssituasjon ol.

Kategori	Antall 2018	Prosent
Medikamentfrie forløp	52	7 %
Tidligere medikamentfritt forløp	44	6 %
Mulig forløp	51	6 %
Ikke aktuelt	198	25 %
Ønsker medisiner	274	34 %
Uforsvarlig	172	22 %
Ønsker ingen behandling	58	7 %
Forløp gjennomgått	798	

Tabell 1: Resultater fra pasientgjennomgang ved alle seks DPS. Grupperingene er ikke gjensidig ekskluderende.

3.1.5 Hva kjennetegner pasienter i medikamentfrie forløp?

Pasientkarakteristika gjennomgås i egen artikkel (Øvernes, Ødegaard, & Johnsen, in prep), men i hovedsak ser pasientene representative ut i forhold til andre psykosepasienter i behandling.

I følge behandlere, var de vanligste begrunnelsene for et medikamentfritt forløp bivirkninger (39 %), bekymringer for potensielle skadevirkninger av langtidsbruk (35 %) og opplevelse av å ikke være syk (31 %). Flere oppga også at pasienten ikke opplevde behov for antipsykotika (26 %) og stigma (20 %) som begrunnelser. Det var bare i få tilfeller begrunnet med utilstrekkelig effekt (15 %), andre grunner (15 %), konkrete vrangforestillinger (11 %) og ytre press eller anbefaling (6 %). Det kan være flere begrunnelser per forløp.

3.1.6 Hvordan gjennomføres medikamentfrie forløp?

3.1.6.1 Oppstart

Behandlere ble spurt om å vurdere forhold rundt oppstart, gjennomføring og avslutning av det medikamentfrie forløpet.

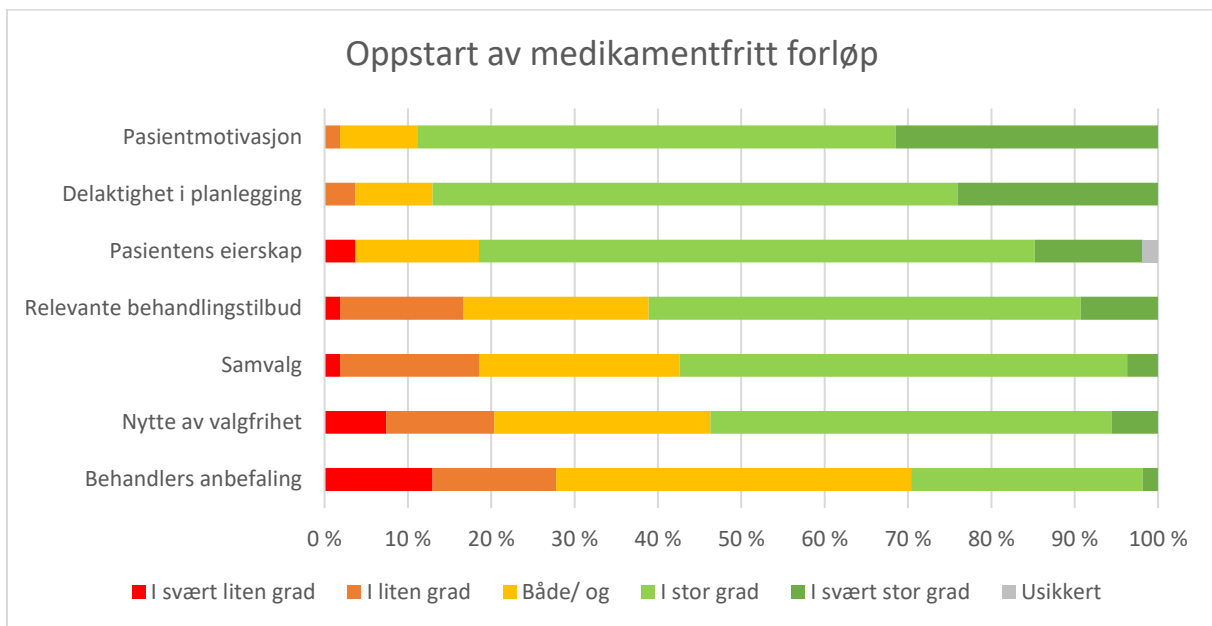
I følge behandlere hadde nesten halvparten (46 %) av pasientene ikke erfaring med antipsykotika. Tretten prosent hadde autoseponert ved oppstart. Av de som hadde erfaring, ble alle vurdert å ha hatt effekt, enten både/ og (36 %), god (45 %) eller svært god (19 %).

De vanligste målene for behandlingen var å komme i jobb (33 %), øke funksjon (28 %), mestring (26 %) og selvstendighet (22 %). Dette er i hovedsak funksjonelle mål om å kunne leve normale liv, mens symptomlette kommer lengre ned på listen med 22 %. Styrking av sosiale relasjoner er nevnt i færre forløp (19 %), til tross for at tilbakemeldinger fra INSPIRE og brukerundersøkelsen tyder på at flere ønsker større fokus på dette.

I følge behandlere var pasientene svært motivert for medikamentfrie forløp (M=4,2; SD=0,7; skala fra 1-5). Spørsmålet omhandler både motivasjonen for å seponere antipsykotika, og for å ta imot annen behandling.

Brukermedvirkning, i form av delaktighet i behandlingsplanlegging ($M=4,1$; $SD=0,7$) og eierskap til egen behandling ($M=3,9$; $SD=0,8$) fremstår som spesielt sterke faktorer ved oppstart (se figur 2). Behandlere vurderte at samvalg var gjennomført i halvparten av forløpene ($M=3,4$; $SD=0,9$). Flere fortalte imidlertid at de opplevde at pasienten ikke tok inn over seg deres innspill og anbefalinger, og at det derfor i hovedsak var pasientens valg. De aller fleste behandlerne opplevde å kunne tilby relevante og nyttige behandlingstilbud ($M=3,5$, $SD=0,9$), tatt i betraktning blant annet pasientens ønsker, eksisterende tilbud og tilgjengelighet, men i 20 % av forløpene var dette ikke tilfelle. De fleste pasientene ble vurdert å kunne nyttiggjøre seg valgfriheten ($M=3,3$; $SD=1,0$), men hvor også en andel hadde begrenset utbytte.

Ved oppstart av medikamentfritt forløp var det stor variasjon i styrken av behandleres anbefaling ($M=2,9$; $SD=1,0$). Medikamentfritt forløp ble frarådet i 28 % av forløpene, middels anbefalt i 43 % og anbefalt i 30 % av forløpene.



Figur 2: Behandlers vurderinger omkring oppstart av medikamentfritt forløp.

3.1.6.2 Behandling

Kliniske utfallsmål fra medikamentfrie forløp publiseres en separat vitenskapelig artikkel (Øvernes et al., in prep). Se 3.3.3 for gjennomgang av innhold og omfang av behandlingstilbudet i medikamentfrie forløp.

Elektive innleggelser var det hyppigst brukte tiltaket for å forebygge tilbakefall, mens brukerstyrt seng bare var brukt i ett tilfelle. Samarbeid med pårørende og opptrapping av medisiner, samt hyppigere samtaler var de nest vanligste forebyggende tiltakene. Personlige mestringsstrategier og aktivisering var brukt i mindre grad enn forventet.

3.1.6.3 Nedtrapping

Av de 54 forløpsintervjuene, svarte behandlere at 32 (60 %) hadde trappet ned antipsykotika som del av det medikamentfrie forløpet. Av disse hadde 25 (78 %) en nedtrappingsplan som ble laget med pasienten. Nedtrappingsplanen ble fulgt i 72 % av tilfellene.

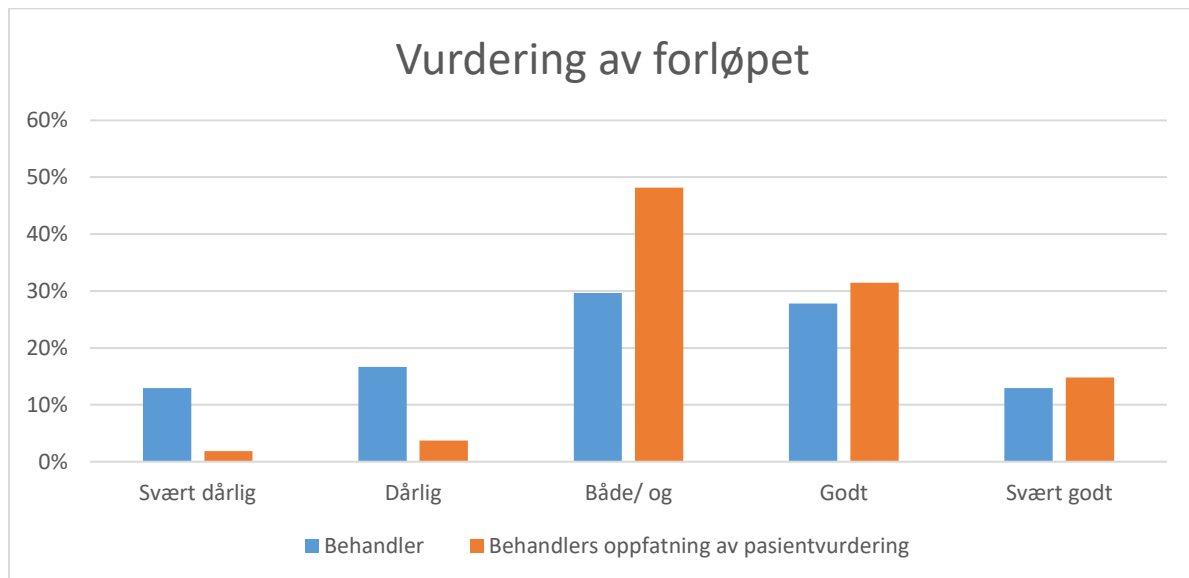
Nedtrapping var planlagt i 26 av 54 forløp, og over mer enn 6 måneder i 42 % av tilfellene. Femten prosent var planlagt over mer enn ett år, 27 % ila. 6-11 mnd., 27 % ila. 3-5 mnd., og 27 % ila. 1-2 mnd.

og ett forløp var under 1 mnd. Behandlere mente i nesten alle tilfeller (n=25; 93 %) at nedtrappingen hadde foregått i et passelig tempo.

Behandlere rapporterte at halvparten (56 %) av nedtrappingene var helt uproblematisk å gjennomføre praktisk. De aller fleste (n=21; 70 %) hadde god erfaring med selve nedtrappingen, mens 20 % hadde dårlige erfaringer. De vanligste utfordringene var autoseponering (25 %), mangelfull etterlevelse (22 %) og at pasienten ville trappe ned raskere enn anbefalt (19 %). For store tablett eller depotdoser skapte ikke problemer. Ingen behandlere rapporterte seponeringssyndrom/-reaksjoner som en utfordring.

3.1.1 Behandlers erfaringer

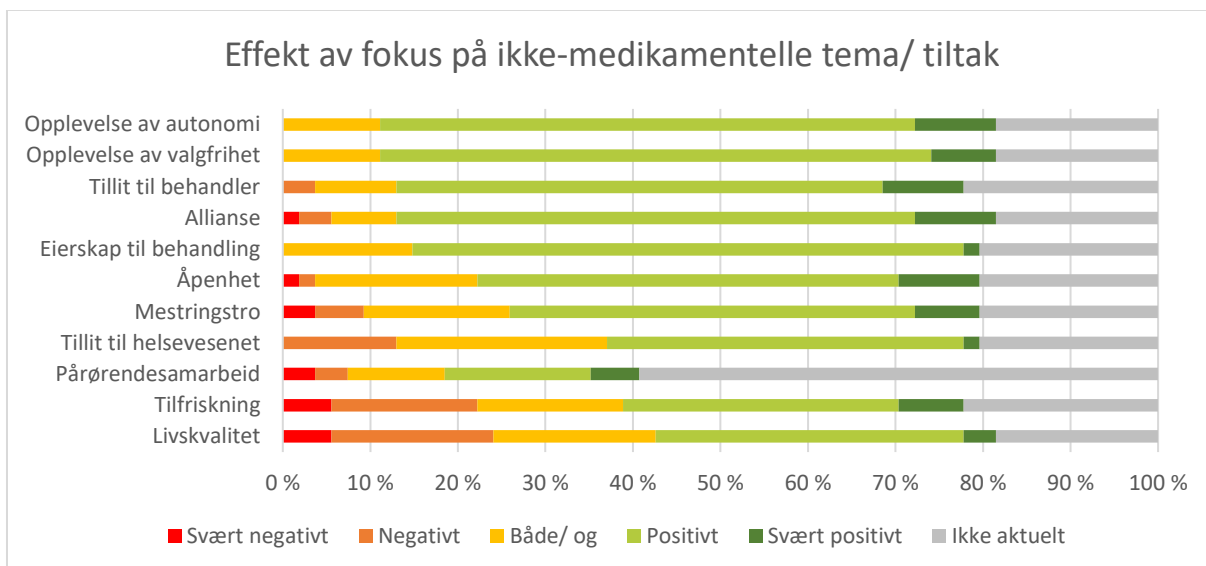
Av de 54 forløpene, vurderte behandlere at 40 % hadde gått bra, 30 % gikk «både/ og», og 30 % gikk dårlig (30 %). Se figur 3. De tror pasienten opplevde at forløpene hadde et positivt utfall i 46 % av tilfellene, «både/ og» i 48 % og dårlig utfall i bare 6 %.



Figur 3: Behandlers helhetsvurdering av hvordan forløpet har gått (til nå eller avslutning), og deres oppfatning av pasientens vurdering.

I mindre enn hvert 3. forløp ble det rapportert lite fokus på medisiner. En stor andel er under nedtrapping, og aktive medisinendringer krever mer fokus enn stabil medisiner, så det er vanskelig å vite om dette er problematisk.

Behandlere tror valgfrihet og fokus på ikke-medikamentelle tiltak i disse forløpene i overveiende grad har gitt sterkere pasientautonomi, opplevelse av valgfrihet og tillit til behandler, men har for rundt 20-40 % også hatt negative konsekvenser på pasientens tilfriskning og livskvalitet (se figur 4).



Figur 4: Behandlervurdering om effekt av fokus på ikke-medikamentelle tiltak. «Ikke aktuelt» gjenspeiler at det hadde vært lite fokus på ikke-medikamentelle tiltak eller at det var uvisst hvordan pasienten hadde opplevd forløpet.

Alle forløpene ble vurdert som faglig forsvarlig ved oppstart, og 93 % ble også i etterkant vurdert som faglig forsvarlig. I fire forløp ble det i etterkant vurdert at pasienten ikke hadde samtykkekompetanse, og at pasienten burde ha vært underlagt tvunget psykisk helsevern.

Individuell tilpasning er en del av alle forløp, og behandlere opplever at de i hovedsak jobber på samme måte i både medikamentelle og medikamentfrie forløp.

Behandlerne ble spurt åpent om positive og negative erfaringer fra det medikamentfrie forløpet, og hvilke erfaringer de ville videreformidle til andre.

Det er registrert 68 innspill om positive erfaringer, hvor de vanligste (44 %) omhandlet at pasienten hadde hatt utbytte av forløpet, enten i form av mestring, læring eller bedring av symptom/ funksjonsnivå. En av tilbakemeldingene som gikk igjen, var at pasienten fikk oppleve hvordan det var uten medisiner, og kunne gjøre et mer informert valg om videre medikamentell behandling. Mange behandlere opplevde også at forløpet førte til et godt samarbeid/ behandlingsallianse (25 %), og at det økte pasientens motivasjon og eierskap til behandlingen (18 %). I 13 % av forløpene var det ikke nevnt noen positive erfaringer.

Av 57 innspill om negative erfaringer, var de vanligste tilbakemeldingene enten «ingen negative erfaringer» (30 %) eller relatert til forverring (28 %). Noen forteller også om at samarbeidet var krevende (26 %), spesielt at det var vanskelig å komme i behandlingsposisjon ved forverring, og i noen tilfeller hadde det også medført økt belastning for pårørende. Noen av innspillene (16 %) omhandlet også manglende bedring og nytte av behandlingen.

De 104 lærdommene fra de medikamentfrie forløpene er i stor grad i tråd med nasjonale retningslinjer og god behandlingspraksis. Innspillene er sammenfattet under temaene behandling, samarbeid og medisiner.

3.1.1.1 *Behandling*

Svært mange formidler viktigheten av å gi tilstrekkelig tid og rom til behandlingen, at forløpene må følges tett over tid, og at det må sikres kontinuitet i behandlingsrelasjonen.

Behandlingen bør også være helhetlig, og ivareta basale behov og komorbide lidelser i tillegg til psykosebehandlingen. Den bør også ha en recovery-orientert tilnærming med fokus på pasientens ressurser, og ikke stille for høye krav til bedring. Noen har gode erfaringer med å lære pasientene personlige mestringsstrategier, mens det hos andre har det vært utilstrekkelig ved forverring.

Variabel oppmøte, spesielt hos pasienter med komorbid ruslidelse, og egenandel nevnes som barrierer for behandling.

3.1.1.2 *Samarbeid*

Mange av innspillene handler også om samarbeidet med pasienten. Psykosebehandling er et felles prosjekt, og det er viktig å involvere pasienten i egen behandling. Behandlere forteller at gjensidig tillit er essensielt for en god behandlingsrelasjon, men kan ta lang tid å oppnå. Derfor er det viktig med stabilitet og kontinuitet i behandlingsapparatet. I flere forløp har det vært alliansebrist med nåværende eller tidligere behandler, ofte etter funksjonsfall og dårlige perioder. Alliansen har imidlertid vært mulig å reetablere selv for svært paranoide pasienter. Behandlere trekker også frem at det er viktig å være romslig, og ikke la pasientens avvisning og påfallende atferd hindre behandlingen.

I tillegg til en god relasjon, krever en effektiv allianse også enighet om mål og tilnærming. Felles behandlingsplan og kriseplan kan avklare og konkretisere nettopp dette. Flere nevner at planene bør være forpliktende, og det er viktig å avklare på forhånd hvordan forløpet og medisiner skal evalueres, og hva hvilke tiltak som skal igangsettes ved forverring. Det kan også være effektivt å involvere både pårørende og andre deler av helsetjenesten.

De trekker også frem viktigheten av å lytte til pasientens ønsker, og finne behandlingsmål som de selv er motivert for. Dette er viktig selv hos pasienter som fremstår avvisende og har dårlig funksjon. Valg av behandlingsmetoder bør foregå gjennom samvalg. Pasientene trenger hyppig og god informasjon om hvilke behandlingsmuligheter som finnes, og hva disse innebærer.

En utfordring har vært når behandler opplever at pasienten tar dårlige valg, til tross for samtykkekompetanse. Det faglige ansvar ligger hos behandleren, men å involvere pasienten kan ha positive effekter. For eksempel sier en behandler «Å gi pasientene ansvar for egen behandlingsplan har god effekt på innsikt i egne behov og den videre recoveryprosess».

3.1.1.3 *Medisiner*

Det er viktig å gjøre gode diagnostisk avklaringer, og revurdere diagnosen senere. Flere pasienter fikk etter hvert andre diagnoser, hvor antipsykotika ikke var indikert og burde seponeres.

Behandlerne vektlegger også å evaluere effekt og bivirkninger av medikamentell behandling, og seponere ved mangelfull eller usikker effekt. Samtidig kan antipsykotika ha en beskyttende effekt, selv i lave doser, og seponering kan gi kunnskap om pasientens effekt av vedlikeholdsbehandlingen. Pasienter som får oppleve en kontrollert periode uten antipsykotika, kan få økt innsikt om behovet, og skape bedre samarbeid om eventuell medikamentell behandlingen i etterkant.

Behandlere snakker også om å ikke forhaste nedtrappingen, slik at forholdene ligger til rette for å lykkes. Dette gjelder også om pasienten er stabil og fungerer bra. Før seponering er det viktig å ta pasientens sykdomshistorie, og tidligere forsøk på nedtrapping på alvor, da det kan gi indikasjon på risiko for forverring, og hjelpe å identifisere tidlige triggere, beskyttende faktorer og risikofaktorer.

3.1.2 Bruker-spør-bruker-undersøkelse av KBT

Resultatene fra fokusgruppene KBT har gjennomført, er per dags dato ikke publisert.

3.1.3 Bruker- og pårørendeundersøkelsen

Resultater fra de første 15 brukervjuene er publisert på helse-bergen.no (Blindheim, 2018), og en pårørendeundersøkelse er rapportert internt. Den fullstendige rapporten er ikke ferdigstilt, så oppsummeringen under er i hovedsak fra den første rapporten.

Mange av brukerne påpeker at det har skjedd en positiv utvikling med et økt fokus på at flere ting nytter i psykisk helsevern. Det er gjennomgående gode tilbakemeldinger på blant annet musikkterapi, IPS og IMR, selv om de ikke bruker begreper som «behandling» om disse.

To brukere beskriver endringene i psykisk helsevern slik:

- Jeg synes psykiatrien har skjerpet seg skikkelig!

- Det som har endret seg er at de har fått et helt annet forhold til medisinfri behandling. Det har blitt flere tilbud på andre ting som type: musikk, erfaringskonsulenter, ja, de har flere tilbud generelt.

Mange forteller om uheldig første møte med psykisk helsevern, men fremstår i dag som fornøyde med nåværende behandler og behandlingstilbud. De opplever også å ha fått mange strategier og teknikker for mestre symptomer og livet.

Likevel er det vanskelig for mange å ta opp temaer knyttet spesifikt til både medisiner og forverring. Av 27 brukere, hadde 19 autoseponert (70 %), og 15 (79 %) fortalte ikke dette til sin behandler. Det ser også ut til å være en seleksjon av hvilke behandlingstilbud som presenteres for den enkelte, i stedet for at alle får informasjon om alle behandlingstilbud. I tillegg er det mange misforståelser omkring medikamentfrie behandlingstilbud.

Brukerne etterlyser mer og bredere aktiviteter og tilnærminger, samt større muligheter for brukerstyrt seng. De understreker ønsket om trygg økonomi, fast jobb eller høyere utdanning. Gjennomgående opplever de at tilhørighet og venner er viktigst, og som forutsetninger for å ha det bra.

3.1.4 Kvalitativ forskningsstudie

Resultatene fra den kvalitative studien blir publisert i tre vitenskapelige artikler i 2019-2020.

3.1.5 Kvantitativ forskningsstudie: NonPharm-studien

Ulike forsinkelser har gjort at studien ikke har kommet skikkelig i gang enda. Forskningsgruppen forsterkes med tre årsverk høsten 2019, og vil da begynne rekrutteringen for fullt på alle DPS. Det er også søkt midler om enda en PhD-stilling for å undersøke innsikt og pasienttilfredshet i medikamentfrie forløp.

3.2 Mål 2: Styrke brukervedvirkning

3.2.1 Pasientinformasjon

Siden starten av 2018 har rundt 1000 personer har besøkt Helse Bergens nettside, hvorav 380 er fra Bergensområdet. Det har vært relativt beskjeden og jevn pågang, med rundt 50-100 besøkende i måneden. Det er uvisst hvilken andel av disse som er pasienter, og hvor mange som er helsepersonell, pårørende eller andre.

I brukerundersøkelsen forteller flere at de ikke oppsøker informasjon på egenhånd, og at de primært benytter seg av det de får fra behandler. Mange husker ikke hvilken informasjon de har fått, og trenger den gjentatt flere ganger. Tilgjengeligheten på nett er nødvendig for de som oppsøker informasjon, men er ikke tilstrekkelig for å sikre at pasienter får informasjon om muligheten for medikamentfri behandling. Det viktigste er å sikre god informasjon fra behandler.

3.2.2 Informasjon til ansatte

Nyhetsbrevet var opprinnelig ment for intern bruk, men på grunn av stor interesse eksternt, ble målgruppen utvidet, og det har blitt en viktig kanal for å oppdatere om prosjektet. I tillegg til intern distribusjon til DPS-ene, har i overkant av to hundre meldt seg opp til nyhetsbrevet, og nyhetsbrevene har blitt lest på sosiale medier mellom 300 til 1600 ganger per utgave.

Noen av utfordringene for å gi informasjon til behandlere, har vært fysisk og organisatorisk avstand, uklare grenseganger mellom prosjektgruppe og linje, uklare prosesser for informasjonsflyt og tekniske utfordringer med nyhetsbrevet.

3.2.3 Storgruppeintervensjon: «Psykosebehandling – med og uten medisiner»

Konferansen fikk 285 påmeldte, med deltakere fra alle seks DPS, sykehus og samarbeidskommuner. Alle yrkesgrupper i psykisk helse var godt representert. Evalueringen ble besvart av 170 personer, noe som tilsvarer rundt 60 % responsrate. Konferansen fikk svært gode tilbakemeldinger. De faglige innleggene ble opplevd som nyttige av 96 %, og 98 % mente de holdt høy kvalitet. Gruppediskusjonene ble opplevd som nyttige av 86 %.

3.2.3.1 Gruppediskusjoner

Fra gruppediskusjonene ble det registrert 135 utfordringer, 124 løsninger, 116 muligheter og 54 måter å realisere disse. Dette kan sammenfattes i fem sentrale problemstillinger:

1. Hvordan sikre en god implementeringsprosess?
2. Hvordan sikre god informasjon?
3. Hvordan sikre tilstrekkelig kompetanse?
4. Hvordan få ressurser til å strekke til?
5. Hvordan forbedre samhandling mellom tjenestene?

For å løse utfordringene foreslo gruppene å sikre god informasjon, bygge opp behandlingstilbudet for psykose, styrke samarbeid mellom enheter, øke kompetanse på ikke-medikamentelle tilnærminger, og ha fokus på allianse og aktiv brukermedvirkning. Aktiv bruk, og individuell tilpasning, av behandlings-, krise- og individuell plan ble også vurdert som viktig.

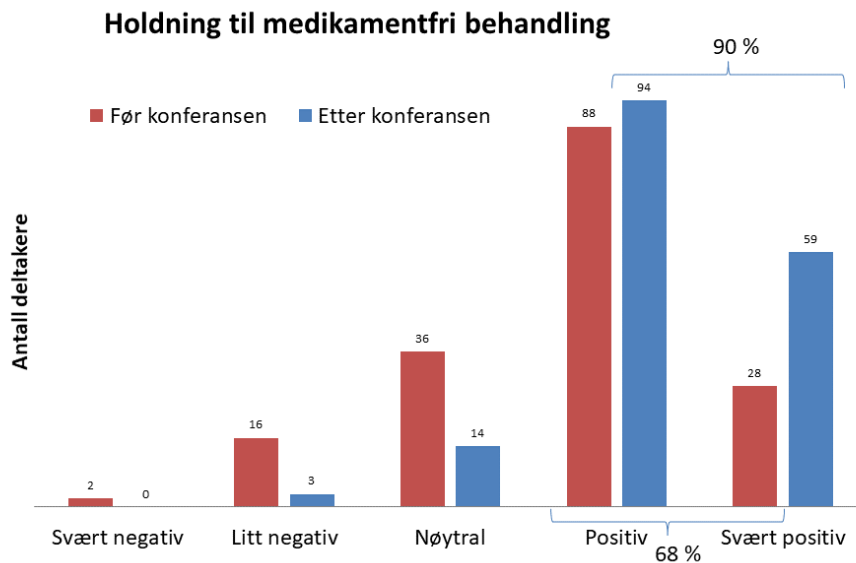
Gruppene identifiserte også at medikamentfri behandling kunne gi muligheter for et bredere, bedre og mer systematisk behandlingstilbud, styrket brukermedvirkning og større grad av pasientautonomi, motivasjon og eierskap over egen behandling.

Problemstillingene ble tatt med i implementeringsprosessen, og alle løsningsforslagene er tatt i bruk. De ansattes innspill i forkant av prosjektet stemmer godt overens med erfaringene i etterkant, noe som er verdt å ta med seg for andre fagutviklingsprosjekter.

3.2.3.2 Holdningsundersøkelse

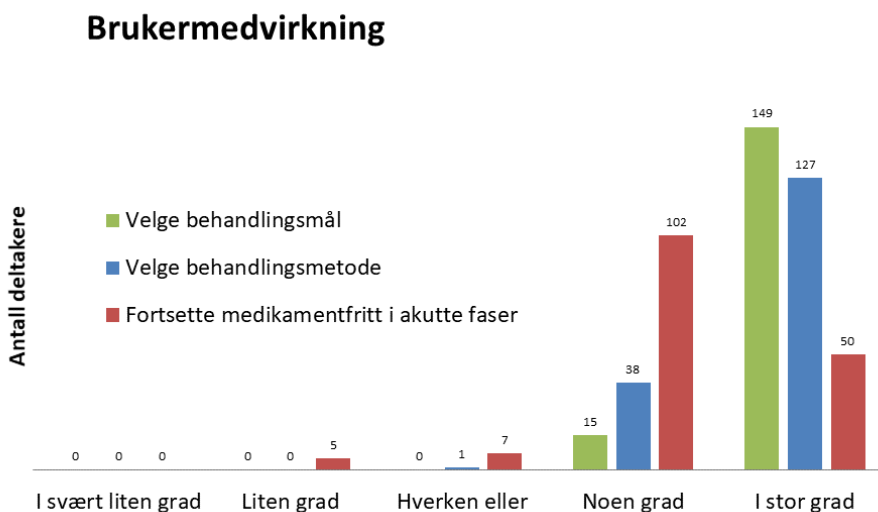
Fagfolk var generelt svært positive til både medikamentfri behandling etter vår modell (figur 5) og brukermedvirkning generelt (figur 6). Før konferansen var 68 % positive til medikamentfri behandling, mens ved slutten var hele 90 % positive, og ingen var svært negative. Dette gir et helt annet inntrykk av fagfolks holdninger enn mediedebatten skulle tilsi, og hva en studie fra Stavanger

fant (Yeisen et al., 2019). Forskjellene kan skyldes ulike utvalg (psykiatere vs. tverrfaglig helsepersonell), eller regional variasjon, men en sannsynlig forklaring er om spørsmålet omhandlet medikamentfrie avdelinger, eller forløpsmodellen, for medikamentfri behandling.



Figur 5: Fagfolk uttrykker positive holdninger til medikamentfri behandling, både før og etter konferansen.

Også på spørsmål om brukermedvirkning var de aller fleste enige i at det var viktig å involvere pasienten i valg av behandlingsmål og -metode, og mente også at ønske om medikamentfrihet i akutte faser skulle respekteres i den grad det var mulig. Det er imidlertid ingen garanti for at uttrykte verdier fører til atferd som er i tråd med disse (Argyris & Schon, 1974).



Figur 6: Ansattes er også overveiende positive til brukermedvirkning, målt med spørsmålene «Hvor mye bør pasienters ønsker vektlegges i valg av behandlingsmål?», «I hvor stor grad bør pasienter være involvert i valg av behandlingsmetode?» og «I hvor stor grad bør pasienters ønsker om medikamentfri behandling i en kriseplan, respekteres i akutte faser?».

3.2.4 Samvalgsverktøy

Samvalgsverktøyet for psykose er nå ferdigstilt og er publisert på helsenorge.no. Verktøyet består av pasientrettet tekst og videosnutter om psykose, hvorfor de skal delta i valget om behandling, hvilke

muligheter som finnes, og refleksjonsmuligheter om hva som er viktig for dem. Verktøyet er godkjent av Helse Vest (prosjekteier) og Helsedirektoratet, og er lenket til i [pakkeforløpet](#) for psykose. Helse Bergen vil ha ansvar for videre oppdatering av verktøyet, og det vil bli implementert i Helse Vest gjennom de etablerte pakkeforløpsgruppene. Samvalgssenteret har også utviklet et eLæringskurs for samvalgsopplæring som bør inngå i implementeringen.

3.2.5 Tilbakemeldingsverktøy

En håndfull behandlere har tatt det i bruk, men erfaringen er at dette tok mer tid digitalt enn på papir. Spesielt FIT passet dårlig med CW-løsningen, fordi skjemaene må være lett tilgjengelige i timen, og man trenger resultatene umiddelbart. Det var mulig å bruke tablet, men det letteste i praksis ble å fylle ut på papir, og plotte i CW i etterkant.

Siden INSPIRE fylles ut i forkant av timen, er det bedre egnet for digital utfylling. Noen pasienter hadde ikke Bank ID til innlogging, men det har ellers gått fint.

Tilbakemeldingsverktøyene ble ikke tatt ordentlig i bruk, men 8 personer i Helse Bergen besvarte INSPIRE. På en skala fra 0-100 oppgir de generelt god relasjon til behandler ($M=83,2$; $SD=11,9$), men noe lavere på opplevd støtte-dimensjonen ($M=75,9$; $SD=16,1$). De føler seg minst støttet på spørsmål om respekt for åndelig tro, støtte fra likemenn og hjelp til å skape positive relasjoner til andre mennesker.

På en skala som går fra «veldig uenig» (0) til «veldig enig» (4), opplever de generelt at behandleren «hører på meg» ($M=3,3$), «støtter meg» ($M=3,2$), «respekterer meg» ($M=3,3$), «behandler meg som et individ» ($M=3,5$), «hjelper meg til å ta egne avgjørelser» ($M=3,2$) og «beholder håpet for meg» ($M=3,2$). De opplever i mindre grad at behandleren «tar mine håp og drømmer på alvor» ($M=2,6$).

Tilbakemeldinger på Session Rating Scale (SRS) indikerer også stabilt god relasjon og allianse, men spørsmålet om de «generelt» var fornøyd med timen, skiller seg klart negativt fra skårene på relasjon, mål og metode. Tilbakemeldingene på Outcome Rating Scale (ORS) viser generell stabilitet over fire målinger.

3.3 Mål 3: Styrke psykosebehandling for alle

3.3.1 Lokale seminarer og handlingsplaner

De lokale samlingene fungerte bra, men aller best der de lokale ledere/ prosjektgruppedlemmer hadde en aktiv rolle i gjennomføringen.

Handlingsplanene var gode, men falt delvis ut med lederbytter og lengre perioder uten møter i den lokale styringsgruppen. Flere av de spesifikke tiltakene som var planlagt er ikke fulgt opp, men helhetsresultatet er likevel bra. Alt i alt har alle DPS gjort en solid innsats med å styrke psykosebehandling og brukermedvirkning.

Samvalgsopplæringen fungerte bra, men er helt klart utilstrekkelig for å endre praksis. For å implementere samvalg, burde vi planlagt komplimenterende tiltak, som rutinebeskrivelser, rollespill og veiledning.

3.3.2 Standardisert kartlegging

Vi lykkes ikke i å implementere løpende kvalitetssikring av pasientforløp gjennom standardisert evaluering av behandlingen.

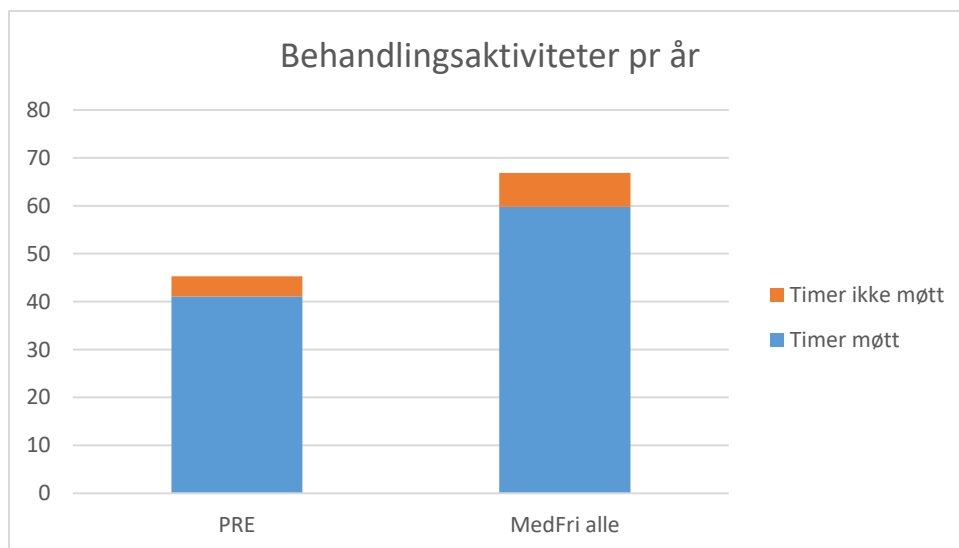
3.3.3 Behandlingstilbud

I løpet av prosjektperioden har det vært en betydelig økning i behandlingstilbudet for psykose i Bergen. I tabell 2 vises tilbudet i 2016 (mørkegrønt) mot behandlingstilbudet i 2019 (lysegrønt + mørkegrønt). Alle DPS tilbyr alle de avtalte behandlingsalternativene, og har i tillegg satset på både ACT/ FACT-team og erfaringskonsulenter i samme tidsrom. Tilgang til de enkelte behandlingstilbudene er uavhengige av om pasienten velger å bruke medisiner.

	Kognitiv terapi	IPS	IMR	Musikk-terapi	Familie-grupper	Fysisk trening	ACT/ FACT	Erfarings-konsulent
Kronstad								
Bjørgvin								
Øyane								
Betanien								
Solli								
Voss		*						

Tabell 2: Alle DPS tilbyr et bredt spekter av anbefalte ikke-medikamentelle behandlingstiltak. Lysegrønne ruter viser hva som er nytt siden 2016. * Voss DPS NKS Bjørkeli starter opp med IPS høsten 2019.

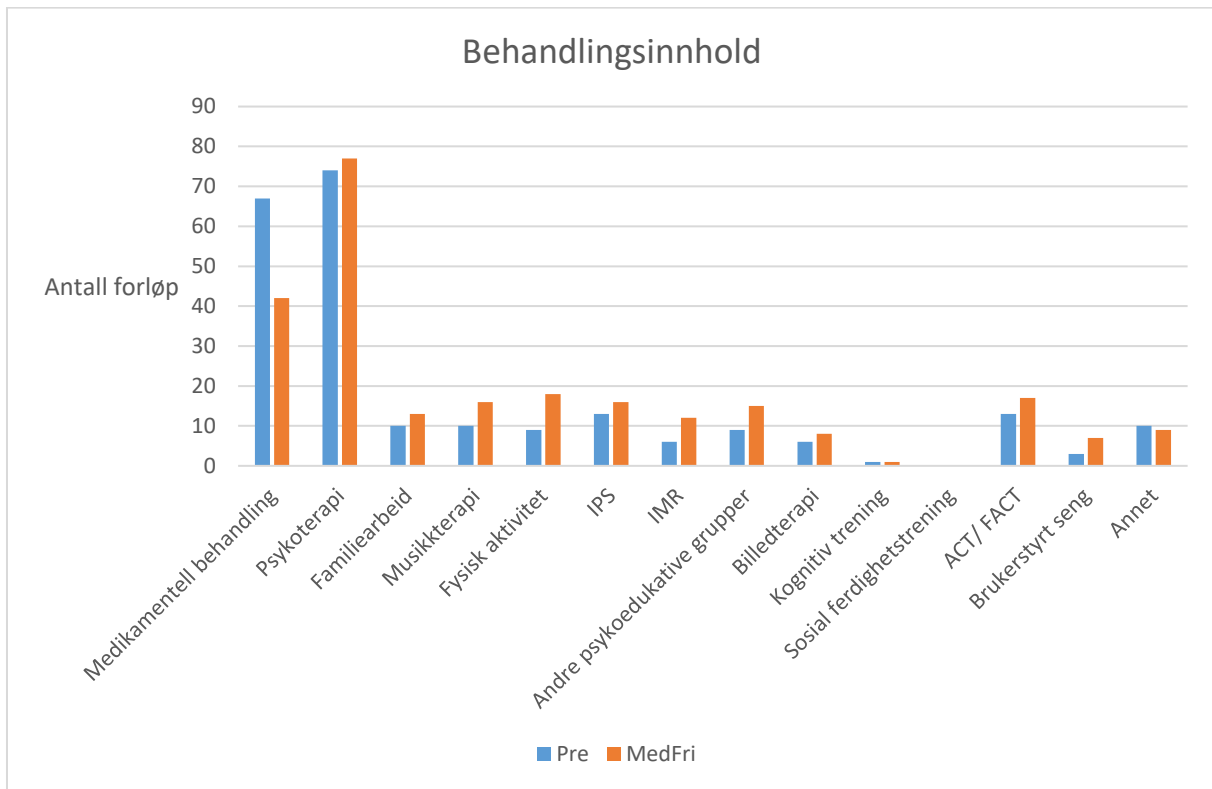
Vi har ikke vurdert kapasiteten til de ulike tilbudene systematisk, men har tall på omfanget av bruk i medikamentfrie forløp. Figur 7 viser at det er nesten 50 % flere gjennomførte behandlingsaktiviteter i medikamentfrie forløp (n=81; M=59,8; SD=57,3) enn i pre-perioden (n=66; M=41,1; SD=34,3). Aktivitetstall er all registrert behandlingsaktivitet, inkludert både konsultasjoner, ambulerer, samarbeidsmøter og lengre telefonsamtaler. I all hovedsak representerer likevel tallene polikliniske konsultasjoner. Andelen «ikke-møtt» er stabilt lav, på bare 9 og 11 %.



Figur 7: Årlige gjennomsnittlig aktivitetstall for medikamentfrie forløp sammenlignet med året før (PRE).

Nesten alle har mottatt psykoterapi og medikamentell behandling i forkant av medikamentfritt forløp, og en stor andel hadde også medisiner under forløpet, men dette inkluderer nedtrapping (se

figur 8). Det er tilbudt et bredt spekter av behandlingstiltak, med en relativt jevn fordeling om de andre tiltakene. Bruken av alle psykososiale behandlingstiltak har økt i den medikamentfrie perioden.



Figur 8: Antall forløp hvor hvert kunnskapsbaserte behandlingalternativ er dokumentert, både året før, og under medikamentfritt forløp for de samme pasientene.

3.3.3.1 Kognitiv atferdsterapi

Tilgjengelighet: Alle tilbys individuell psykoterapi, og nesten alle i medikamentfrie forløp tar imot. Det er likevel en gruppe som bare ønsker eller nyttiggjør seg av støtteterapi, og noen har bare hatt behov for IMR i etterkant av individuelle psykoterapiforløp.

Kompetanse: Mange behandlere har kompetanse på CBT, men ikke alle har utdanning i CBT for psykose. Mange behandlere har sannsynligvis også en eklektisk tilnærming.

Videreutvikling: Behandlere ga først uttrykk for ønske om videreutdanning, men da et omfattende kursopplegg ble satt opp i 2018, måtte det avlyses pga. utilstrekkelig påmelding. Solli DPS arrangerte derimot en åpen fagdag med god påmelding og gode tilbakemeldinger. Enkelte DPS forteller at de har tilstrekkelig kursing, men at de savner å jobbe mer metodetro under veiledning, så dette kan være et videre utviklingsområde.

3.3.3.2 Individuell jobbstøtte

Tilgjengelighet: IPS har god kapasitet, og har hatt en kraftig utvidelse de siste årene. Dette er mye takket være at Susan Savides og IPS Ressurssenteret har vært viktige pådrivere.

Kompetanse: IPS i Bergen holder høy kvalitet, med resultater som tilsvarer internasjonal forskning (Reme et al., 2016). Kvaliteten ivaretas også gjennom regelmessige, eksterne fidelityskåringer.

Videreutvikling: Det er lite behov for videreutvikling og utvidelse av IPS-tilbudet for psykose. DPS-ene utvider nå i stedet med IPS også til andre pasientgrupper.

3.3.3.3 Musikkterapi

Tilgjengelighet: Musikkterapi har vært et satsningsområde på flere DPS, med god hjelp fra kunnskapsklyngen POLYFON, og kompetansen på GAMUT v/ UiB. Professor Brynjulf Stige har vært en viktig pågangsmotor for musikkterapi lokalt og nasjonalt, og både han og divisjonsledelsen i Helse Bergen tilskriver prioriteringen av musikkterapi på DPS til medikamentfriprosjektet. Musikkterapi er samtidig tiltaket med høyest etterspørsel i forhold til kapasitet, og hvor det har vært størst usikkerhet rundt ønsket kapasitet og prioritering av pasientgrupper.

Kompetanse: Musikkterapi har fått et betydelig kvalitetsløft etter innføring av femårig musikkterapiutdanning, som nå alle musikkterapeuter har. Samtidig er det et ungt felt hvor det også bør integreres rutiner for evaluering og kvalitetssikring av tilbudet.

Videreutvikling: Samtlige DPS har nå bestemt seg for å prioritere tydeligere pasientgrupper til musikkterapi, for å øke tilgjengelighet for dem med størst forventet utbytte. Psykiatrisk klinikk vil nå også bygge musikkrom og tilby musikkterapi.

3.3.3.4 Familiegrupper

Tilgjengelighet: Alle DPS i Bergen har lenge tilbudt én- og flerfamiliegrupper, i tillegg til ordinært samarbeid med pårørende i individualterapien. DPS-ene melder om utfordringer med rekruttering til flerfamiliegrupper, så det blir underbrukt i forhold til faglige anbefalinger og kapasitet. En utilsiktet konsekvens av IMR-implementeringen, kan være at familiegrupper har blitt nedprioritert. Det er i hovedsak de samme gruppelederne i begge behandlingsformene, og pasientene deltar som oftest bare i én gruppe. Nå når opplæringsperioden er over vil imidlertid gruppelederne ha bedre kapasitet til å gjennomføre flere grupper.

Kompetanse: Det er god kompetanse på både familiegrupper og opplæring av nye gruppeledere. Utfordringen blir da å opprettholde kompetansen og behandlingstilbudet hvis rekrutteringen svikter.

Videreutvikling: Både pakkeforløpet og pårørendeundersøkelsen peker på et tydelig behov for større involvering av pårørende. Familiesamarbeid bør være et viktig fokusområde fremover. Det er både gode tilbakemeldinger og forskningsresultater (selv om metodisk kvalitet er lav) på at familiegrupper er et effektivt og godt likt behandlingstilbud, og dette må sannsynligvis kommuniseres bedre til pasienter. En annen mulighet er å samarbeide om felles flerfamiliegrupper for flere DPS.

3.3.3.5 Fysisk trening

Tilgjengelighet: De fleste har fysioterapeuter, og tilbyr veiledning og trening, i tillegg til mer lavintense fysisk aktivitetstilbud. Det er også treningspoliklinikker ved psykiatrisk klinikk, hvor pasienter kan trene med veiledning under og etter innleggelse, og Energisenteret i Helse Bergen har svært gode og varierte treningstilbud for barn og unge med psykiske lidelser.

Kompetanse: Fysisk trening har fått minst fokus av de seks behandlingstiltakene, og her er det tilsynelatende også størst variasjon mellom DPS-ene. Solli har et svært godt utbygget tilbud, med manualisert behandling i treningspoliklinikk, og med tilhørende forskning. Kronstad DPS, Bjørgvin DPS, Betanien DPS og Voss DPS har fysioterapeuter og diverse gruppetreninger sammen med individuell veiledning. Øyane DPS har ikke fysioterapeut, og samarbeider med kommunale tjenester om treningsmuligheter.

Videreutvikling: Det er store muligheter for videreutvikling av det fysiske treningstilbudet, og til å hente erfaringer fra Solli DPS og treningspoliklinikken ved St. Olavs Hospital.

3.3.3.6 *Illness Management and Recovery*

Tilgjengelighet: Alle seks DPS tilbyr nå IMR, med totalt 11 parallelle grupper, noe som gir kapasitet for 88 deltakere, og DPS-ene oppretter nye grupper etter behov. I opplæringsperioden har 55 pasienter deltatt.

Det er lite frafall av IMR gruppedeltakere, selv om det er et krevende program. Av 72 deltakere har 18 falt fra (25 %), og syv av elleve grupper har lite frafall. Noen av gruppene har hatt åpent inntak ved frafall. Oppmøtet har også vært godt, med gjennomsnittlig oppmøte på hele 77 %. Effektevaluering avventes til alle gruppene er fullført.

Kompetanse: IMR har det siste året hatt en omfattende kvalitetssikring gjennom videoopptak av grupper og metodeveiledning, i tillegg til kursdager og samlinger. Opplæringen har vært betydelig mer strukturert og omfattende enn andre steder i landet. Av 30 gruppeterapeuter, har 28 fullført opplæring og veiledning, og 4 av 5 IMR-veiledere har fullført utdanningen og vil bli sertifisert som veiledere.

Det er nå svært god IMR-kompetanse og -tilgjengelighet i Bergensområdet, og vi kan videreutdanne nye IMR-terapeuter internt. Helse Bergen er også representert i styret for det nasjonale IMR-nettverket og er arrangør av den nasjonale IMR-konferansen i 2020.

Videreutvikling: Det blir viktig å vedlikeholde kompetansen gjennom å opprettholde grupper, og utdanne nye gruppeledere regelmessig. Kronstad DPS har tilbudt å bidra med opplæring og veiledning på tvers av DPS, men DPS-ene har nå enten et tilstrekkelig antall, eller ønsker å selv utvikle kompetanse på opplæring og veiledning. Margrethe Lillegaard har foreslått en mester-svenn modell for videre opplæring. Nye gruppeledere kan co-lede med erfarne gruppeledere, og samtidig ha månedlig strukturert metodeveiledning fra sertifisert IMR-veileder. Det anbefales at DPS-ene kontinuerer den samme løpende evalueringen i nye grupper, for å holde oppe kvaliteten på tilbudet.

4. Konklusjon

Medikamentfrie forløp er både tilgjengelig og faglig forsvarlig. Prosjektet har styrket kunnskapsgrunnlaget om medikamentfri behandling, brukermedvirkning og det generelle behandlingstilbudet.

De fleste pasienter i medikamentfrie forløp har en psykoselidelse, har vært i behandling over lang tid, og har en rekke innleggelses bak seg. De ønsket et medikamentfritt forløp på grunn av bivirkninger eller bekymring om skadelige langtidsvirkninger av antipsykotika. Halvparten har sannsynligvis ikke brukt antipsykotika før. Det er betydelig variasjon i funksjonsnivå, fra de som er i arbeid og utdanning, til de som er uføretrygdet. Flere av forløpene er svært tunge. Det fremstår som et representativt utvalg for den generelle pasientpopulasjonen i psykosebehandling på DPS, og ikke som en spesielt selektert gruppe.

4.1 Tilgjengelighet

Alle DPS har pågående medikamentfrie forløp, men andelen varierte fra 3-12 %. Dette viser at medikamentfri behandling er en mulighet i vanlige poliklinikker i Bergen, men også at det er forskjell mellom DPS-ene. Det har vært en økning av medikamentfrie forløp i prosjektperioden, men dette kan også skyldes at tidligere forløp ikke er fanget opp.

Prosjektet har ikke hatt et definert måltall for antall medikamentfrie forløp, og det er vanskelig å si hva som er en ønsket andel medikamentfrie forløp og om vi har nådd alle. Alle psykosepasienter får tilbud om antipsykotika, og medikamentfrie forløp skal være et alternativ. I 2018 ble alle pasienter vurdert for medikamentfri behandling, men pasientene er ikke spurt med samme systematikk.

Vi greier sannsynligvis ikke fange opp pasientene uten effekt av antipsykotika. På gruppenivå er dette forventet å være minst 20 % av nysyke, og en økende andel over tid. Behandlervurderingene av tidligere effekt viser mest sannsynlig at det er vanskelig å vurdere hvem som har manglende effekt på individnivå. Det er også vanskelig å skille om effekt av behandling skyldes medikamenter eller andre tiltak.

I følge pasientlistegjennomgangen mener behandlere at én av tre pasienter har et avklart forhold til å bruke medisiner, mens pasientens preferanser for medikamentell behandling er uavklart, eller ukjent for en større andel pasientforløp. Dette gjenspeiles også i medikamentnotatene, hvor pasientens preferanser ofte ikke er dokumentert.

I løpet av det første året vil også 60-70 % autoseponere antipsykotika, og pasienten kommuniserer ofte ikke dette til behandler. Vi finner samme mønster i vår brukerundersøkelse, hvor tre av fire tidligere ikke hadde tatt seponering opp med behandleren. Det er viktig å nå disse før de autoseponerer, så man heller kan samarbeide om en kontrollert nedtrapping. I lys av dette fremstår andelen medikamentfrie forløp for lav. Vi bør evaluere pasientenes effekt og opplevelse av antipsykotika regelmessig, og foreta samvalg om videre medikamentell behandling.

Det kan være flere grunner til at ikke en større andel av forløpene er medikamentfrie. Det er mulig at pasientene ikke ønsker seponering, eller ikke har tro på at det vil lykkes. Tilbakemeldinger fra brukerundersøkelsen indikerer både ambivalens til medisiner, mangelfull informasjon og opplevde vansker med å tematisere seponering. Opplevelsen av mangelfull informasjon er for øvrig gjennomgående for behandlingstilbudet generelt, og noe som går igjen i de fleste brukerundersøkelser.

4.2 Behandlingsforløp

Pasienter i medikamentfrie forløp har fått kunnskapsbasert psykosebehandling i tråd med både nasjonale retningslinjer og HelseDirektoratets beskrivelse av et faglig forsvarlig medikamentfritt behandlingstilbud.

Vi har lyktes med å følge pasientene tett. Pasientene i medikamentfrie forløp har fått 50 % mer behandling enn de fikk året før oppstart. Dette kan reflektere mer aktiv behandling, økt behandlingsbehov eller en generell styrking av psykosetilbudet for alle. I mangel på medikamentell kontrollgruppe, er årsaken usikker, men det er noe indikasjon på alle tre forklaringene.

Tilbakemeldinger fra brukerundersøkelsen, den kvalitative studien, feedbackverktøy og oppmøteprosent indikerer høy brukertilfredshet med behandlingen.

4.3 Behandlingsutfall

Behandlere rapporterer om at fokus på andre behandlingstiltak har gitt pasientene økt motivasjon, eierskap og tillit, og forbedret alliansen. Data på kliniske utfallsmål, tilbakefall og alvorlige hendelser publiseres i egen vitenskapelig artikkel (Øvernes et al., in prep).

Resultatene fra behandlingsforløpene er sammensatte, hvor de fleste pasientene er relativt stabile etter oppstart av medikamentfrie forløp. Samtidig er det heller ingen dramatisk økning i funksjonsnivå over tid, slik noen studier indikerer (Harrow & Jobe, 2007; Harrow et al., 2017; Wunderink et al., 2013), men utvalget over 3 år (n=20) er for lite til å vurdere dette ordentlig.

Forløpene ble evaluert frem til avslutning, og ikke i en forhåndsdefinert oppfølgingsperiode. Det er derfor ikke mulig å si noe om langtidseffekt og positive eller negative konsekvenser i etterkant av den medikamentfrie perioden. NonPharm-studien vil derimot følge pasienter i medikamentfrie forløp også etter avslutning.

4.4 Kunnskap

Vi har gjort en betydelig innsats i å styrke kunnskapsgrunnet om medikamentfri behandling, gjennom en rekke ulike kvalitetssikringsprosjekter og to pågående doktorgrader. Vi har fått avklaringer rundt faglig forsvarlig medikamentfri behandling, og oppsummert forskningskunnskap om nytteeffektene ved de ulike behandlingstilbudene for psykose.

Vi vet nå mer om både hvem pasientgruppen er, og forventet nytte og risiko av medikamentfrie forløp. Vi har også kartlagt behandlernes holdninger til brukermedvirkning og medikamentfri behandling, og pasienter og pårørendes opplevelse av medikamentfrie forløp, og behandlingstilbudet for øvrig.

4.5 Brukermedvirkning

Prosjektet har bidratt med at pasientrettigheter og autonomi blir bedre ivaretatt, også der behandler og pasient har ulike oppfatninger. Behandlerintervjuene viser at hvert tredje medikamentfrie forløp ble igangsatt til tross for beholders anbefaling.

Samvalg er fremdeles ikke implementert systematisk. Det er arrangert kurs i samvalg for behandlere på alle DPS, men dette er utilstrekkelig for reell opplæring og implementering. Samvalgsverktøyet kan forenkle implementeringen, selv om det også da bør følges tett med veiledning og kvalitetssikring.

Både brukerundersøkelsen, de kvalitative intervjuene, og tilbakemeldinger gjennom FIT og INSPIRE er klare på at brukerne er fornøyd med, og opplever god relasjon til sin behandler. Det er litt mer variabelt hvorvidt de opplever å få tilbudt valg, og om de opplever å kunne diskutere medisiner.

På spørsmål om recovery-orientering, var det største forbedringspunktet å ta brukernes håp og drømmer på alvor. Pasientene savner også mer hjelp til å komme i kontakt med medpasienter og erfaringskonsulenter, og til å etablere nye relasjoner.

4.6 Behandlingstilbud

Alle DPS-ene i Helse Bergens opptaksområde tilbyr nå et bredt og godt behandlingstilbud for psykose, som er i tråd med anbefalinger i nasjonale retningslinjer og som er tilgjengelig uavhengig av medikamentell behandling.

I løpet av de siste tre årene har DPS-ene bygget opp et tilbud som i tillegg til kognitiv atferdsterapi, familiegrupper og fysisk trening, også inkluderer IMR, IPS, musikkterapi, ACT/ FACT og erfaringskonsulenter. I tillegg til å utvide behandlingstilbudet og kapasiteten, er de nye tilbudene også eksplisitt recovery-orienterte, og understøtter et ønsket skifte mot recovery-orientert praksis. Selv om bredden i behandlingstilbudet nå er svært god, gjenstår det likevel å kvalitetssikre og videreutvikle flere av tilbudene.

4.7 Prosjekterfaringer

Dette har vært et stort og komplekst prosjekt, og vi har gjort mange erfaringer underveis, som tilsvarende prosjekter forhåpentligvis kan lære av.

4.7.1 Organisering

Prosjektets organisering har både vært en styrke og en utfordring. For eksempel har det krevd et stort antall personvernsøknader for å kunne gjennomføres på alle DPS, og det har vært vanskelig å holde medikamentfri behandling synlig over flere DPS. Bredden har derfor gjort at vi ikke har hatt anledning til å implementere med samme dybde og intensitet som man kunne gjort ved én avdeling. Samtidig har det også gitt erfaringer på tvers av et større antall forløp, og har ført til betydelig større satsning på psykosebehandling, enn hva som ville vært mulig på én avdeling. Organisering har vært mulig på grunn av et godt eksisterende samarbeid mellom DPS-ene i området.

Medikamentfrie forløp skulle gjøres tilgjengelige på alle behandlingsnivå, men ble i realiteten avgrenset til DPS, og i hovedsak til poliklinisk behandling. Det har ikke vært en formell avgrensning til poliklinikk, men det har vært der de medikamentfrie pasientene har vært i behandling, og her vi har styrket behandlingstilbudet. Prosjektets omfang og kompleksitet gjorde avgrensningen fra sykehuset nødvendig, men de var heller ikke tilstrekkelig representert i prosjekt og styringsgruppe til at det var realistisk å gjennomføre tiltak utenfor DPS-ene gjennom prosjektet.

4.7.2 Planlegging

Oppstarten av prosjektet ble forhastet, med forventninger om å umiddelbart starte implementeringen. En grundigere vurdering av kvalitetssikringsstrategien kunne spart mye tid i å sette sammen kartleggingspakke, utvikle systemløsningen, søke personverngodkjenninger, oppsett av kvalitetsregistre, opplæring og implementering. Hvis vi hadde brukt mer tid i planleggingsfasen i prosjektet, ville implementeringen sannsynligvis ha vært mer målrettet, og alt i alt gått raskere. Den enkle løsningen for prosjektet hadde vært å samle inn data selv gjennom et forskningsprosjekt, og samtidig styrke behandlingstilbudet og brukermedvirkning gjennom andre tiltak.

4.7.3 Gjennomføring

Både den lokale og regionale styringsgruppen har vært støttende for prosjektet. Samtidig har vi ikke fått til tilstrekkelig overføring av informasjon og beslutninger fra prosjekt- og styringsgruppen til linjen.

Den største feilen vi gjorde var å undervurdere kompleksiteten av å implementere kartleggingspakken og CheckWare. Det var en overoptimisme fra starten om hva løsningen kunne bidra med, og betydelig undervurdering av arbeidsmengden som var påkrevd i både oppsett og implementering, og i forankringen som trengtes i linjen.

Systemet burde vært testet ut i liten skala først, men organisering av prosjektet, og lite fleksibilitet i de tekniske løsningene, gjorde dette vanskelig. Forarbeidet ble derfor omfattende, og det var lite mulighet for å fikse problemer underveis.

Vi prøvde å være i forkant med pakkeforløpene om å innføre både standardisert forløpsevaluering og bruk av systematiske tilbakemeldinger, men de medikamentfrie forløpene ble for få og langt mellom for å endre rutiner. Dette burde derfor heller vært implementert for alle psykoseforløp samtidig, slik som i pakkeforløpet.

Vi burde fra starten hatt en helt enkel registrering av medikamentfrie forløp for administrative formål, og et forskningsprosjekt for evaluering av forløpene med dedikerte personer til datainnsamling. Dette ville likevel forutsett tydelig operasjonaliseringen av medikamentfrie forløp. Definisjonen av medikamentfrie forløp var ikke gjort tydelig nok fra starten, slik at det ble utfordrende for behandlere å skille medikamentfrie forløp fra generelle medikamentjusteringer og forløp hvor pasientene ikke tok imot annen aktiv behandling.

Prosjektets omfang har blitt utvidet underveis. I hovedsak har dette vært fordelaktig, og vi har fått til mer enn det som var planlagt for, men i etterkant burde vi likevel hatt en strengere prosess for å holde fokus. Prosjektet ville hatt nytte av en tydeligere prosjektstyringsmetodikk, med rigorøs evaluering av nytte og kostnad for de ulike delprosjektene. Det burde vært regelmessige, og hyppigere møter i den lokale styringsgruppen, med klare stoppunkt for reevaluering.

Blant annet gikk det mer enn et halvt år fra det var tydelig at CheckWare ikke ville fungere, til det ble offisielt besluttet å skrinlegge implementeringen. Dette skyldtes i hovedsak at det ikke var satt opp regelmessige styringsgruppemøter, og en periode med stor utskifting i den lokale styringsgruppen.

4.7.4 Evaluering

Den klart mest effektive måten å samle inn og rapportere data på, har vært å gjøre det selv som intern kvalitetssikring. Både Blindheim og Ødegaard har greid å intervju et stort antall pasienter, pårørende og helsepersonell. Organisatoriske forutsetninger var ikke til stede for å samle inn kartleggingsdata fra behandlere rutinemessig. Det kvantitative forskningsprosjektet er svært solid, men forskning har lengre tidsperspektiv enn prosjektet. Å innhente dataene selv, gjorde det derimot mulig å evaluere forløpene innenfor prosjektets tidsrammer, og til å evaluere alle registrerte forløp i Helse Bergen.

4.7.5 Utvikling av samvalgsverktøyet

Utviklingen av samvalgsverktøyet har gått bra, og mange har bidratt. Veiledning fra Samvalgssenteret har vært spesielt avgjørende. Selv om det tar utgangspunkt i anbefalinger fra nasjonale retningslinjer, var det utfordrende å prioritere og gruppere behandlingsalternativene.

Samvalgsprosjektet var også organisert som et samarbeidsprosjekt på tvers av helseforetak, og ville vært enklere å gjennomføre fra ett fagmiljø. Arbeidsgruppen for verktøyet var ikke sammensatt med

tanke på riktig og komplementær kompetanse for de ulike behandlingstiltakene, noe som gjorde at flere eksterne eksperter ble involvert. De eksterne var derimot løsrevet fra diskusjonene og opplæringen i samvalgsmetodikk som arbeidsgruppen deltok i.

Det var uklart hvordan innholdet skal kvalitetssikres, og selv om det var en referansegruppe, var ingen faglig ansvarlige for innholdet. I fremtidige prosjekter anbefales det å definere en styringsgruppe og forhåndsavklare ansvar for faglig godkjenning, veivalg underveis, samt for oppdatering av verktøyet i etterkant.

Den største utfordringen var likevel at forskningsgrunnlaget var utilstrekkelig til å gi klare svar på de fleste behandlingsoalternativene. Vi kunne derfor ikke presentere konkrete fordeler og ulemper for de ulike alternativene slik vi hadde ønsket. Vi har valgt å bare presentere resultater med middels eller høyere tillit, og å si i resten av tilfellene at det ikke foreligger nok forskning til å si hvilken effekt tiltaket har. Samtidig presenterer vi tiltakets formål, uavhengig av evidensnivå.

4.7.6 Erfaringer fra IMR-prosjektet

Generelt gikk implementeringen av IMR svært bra. Det er svært gode tilbakemeldinger fra både pasienter og gruppeledere på IMR, og det er et synlig engasjement rundt oppstart og gjennomføring av gruppene.

Organisering på tvers av DPS har vært utfordrende med tanke på informasjon og koordinering, men har alt i alt fungert godt. Samarbeidet har senket kostnader, etablert nettverk mellom DPS-ene, og sikret at alle DPS har et likeverdig IMR-tilbud.

Det var viktig at gruppene var klar til oppstart samtidig som kursdagene og veiledning. Men fordi den første informasjonsdagen om IMR ble forsinket, ble det vanskelig for gruppelederne å rekruttere til noe de ikke visste hva var. Kursdagene kunne vært redusert, eller burde gått mer i dybden med for eksempel rollespill. Gruppelederne savnet også mer ansikt-til-ansikt veiledning, og mulighet til å drøfte problemstillinger.

5. Anbefalinger

5.1 Behandlingstilbudet

5.1.1 Modell for medikamentfri behandling

Forløpsmodellen for medikamentfri behandling bør videreføres i hele Helse Vest.

Modellen har etter vår vurdering fungert svært godt. Selv om den ikke svarte på den opprinnelige bestillingen om egne organisatoriske enheter, har prosjektet rettet innsatsen mot å jobbe systematisk med utfordringene som ga grunnlag for fellesaksjonens krav om egne medikamentfrie enheter.

Modellen kan med fordel overføres til de andre helseforetakene i Helse Vest, men implementering bør også inneholde både en styrking av psykososiale behandlingstilbud, tiltak for å sikre god informasjon og reell brukermedvirkning og rapportering på antall aktive forløp.

Forløpsmodellen er per i dag bare implementert på DPS. Alle sykehusinnleggelses har endt i medikamentell behandling, ofte under tvang. Neste steg er derfor å prøve ut medikamentfri behandling systematisk på sykehusnivå. Psykiatrisk klinikk har allerede en treningspoliklinikk, og utvider nå med flere aktivitetstilbud og musikkterapi, men vil sannsynligvis trenge et eget pilotprosjekt for å kunne prøve ut nye tilnærminger til medikamentfrie sykehusinnleggelses.

En ny studie indikerer for eksempel at enkle musikkterapiintervensjoner kan redusere agitasjon, medikamentbruk og liggetid på døgnavdeling (Scudamore, 2019). Dette kan være en lavrisiko intervensjon på sykehusnivå, som muligens kan redusere både tvangsmiddel- og medikamentbruk.

Det er også muligheter rundt videreføring av medikamentfrie forløp på kommunalt nivå. Medikamentell behandling blir ofte igangsatt i spesialisthelsetjenesten, uten å bli systematisk re-evaluert og trappet ned etter overføring til primærhelsetjenesten. Det er derfor potensiale for utprøving av kontrollert nedtrapping under tett oppfølging og aktiviteter på kommunalt nivå, eller i samarbeid med DPS.

5.1.2 Oversikt

Helseforetakene må holde oversikt over aktive medikamentfrie forløp.

De medikamentfrie forløpene må synliggjøres hvis tilbudet skal opprettholdes, og for å kunne kvalitetssikre tilbudet videre. Etersom forløpsmodellen ikke har egne henvisningsrutiner, hviler det et spesielt ansvar på helseforetaket for å holde oversikt på andelen aktive medikamentfrie forløp.

Det er mulig å gjøre en optelling hver 6. mnd., hvor hver seksjon rapporterer inn antall forløp etter oppsatte kriterier.

Det er også mulig å registrere forløp gjennom en egendefinert kode i pakkeforløpet. Start av medikamentfritt forløp er når en behandlingsplan for psykose, beskriver mål om seponering, eller aktiv behandling uten antipsykotika. Det medikamentfritt forløpet registreres som avsluttet når det ikke lengre er et behandlingsmål om seponering/ behandling uten antipsykotika, eller behandlingen avsluttes.

Vi har foreslått nasjonal registrering for Helsedirektoratet og helseminister Bent Høie.

Helseministeren fulgte opp med offisiell forespørsel til Helsedirektoratet fra HOD. Helsedirektoratet vurderte forslaget, men ønsket ikke å innføre flere koder enn nødvendig. De har derimot satt i gang en registerstudie med Folkehelseinstituttet for å kartlegge antallet pasienter med psykose som

bruker ingen, ett, eller flere antipsykotika. Dette gir oppsummerte tall på antall pasienter med psykoselidelser som ikke har hentet ut antipsykotika, men ikke oversikten over enkeltforløp i aktiv behandling som helseforetaket bør kunne vise til internt.

5.1.3 Meningsfull hverdag

DPS-ene bør hjelpe pasientene finne tilhørighet og meningsfulle aktiviteter.

Behandlingstilbudet på DPS-ene i Bergen er nå godt utbygget. Videre bør det fokuseres på kompetansebygging, evaluering og kvalitetssikring av de enkelte tiltakene.

Pasientene som vi har intervjuet er generelt fornøyd med behandlingstilbudet, men har et gjennomgående ønske om meningsfulle aktiviteter, fellesskap og venner. IPS kan hjelpe mange i arbeid, og de kan også få hjelp til å mestre sosiale utfordringer i psykoterapi. Men ofte har de behov for mer praktisk og emosjonell støtte for å komme seg ut. Kommunene har en rekke tilrettelagte aktiviteter, som kan være en god inngangsport for sosial deltakelse og for å skape meningsfulle hverdager. En utfordring er imidlertid at både pasienter og ansatte ofte har dårlig oversikt over hva som finnes, og at mange trenger tettere oppfølging for å komme i gang, enn spesialisthelsetjenesten har mulighet til. Her er det potensiale for å styrke samarbeidet med kommunene.

5.2 Brukermedvirkning

5.2.1 Medikamentevaluering

Behandlere må spørre spesifikt om opplevelse av, og ønsker for, medikamentell behandling.

I pasientgjennomgangen var behandlere bare sikker på at pasienten ønsket medikamentell behandling i 1/3 forløp. Pasientenes ønsker var heller ikke dokumentert i mange medikamentnotater. I brukerundersøkelsen fortalte 70 % at de hadde autoseponert antipsykotika, og 80 % av disse forteller at de enten så ikke nytten av å fortelle dette til behandler, eller ikke våget.

Vi kan derfor ikke anta at pasienter som er ambivalente eller misfornøyd med antipsykotika tar dette opp selv. I tillegg til generell evaluering av behandling, må helsepersonell også aktivt undersøke opplevelse og preferanser omkring medisiner, og være åpne for å undersøke fordeler og ulemper med videre medikamentell behandling. Dette bør gjøres minst hver 3. mnd., slik pakkeforløpet krever, men kan med fordel også gjøres gjennom regelmessig medikamentoppfølging, eller gjennom systematiske tilbakemeldingsverktøy.

5.2.2 Samvalg

DPS-ene bør implementere samvalg som metodikk for valg av behandling

De to viktigste rutineene for å ivareta medikamentfrie forløp er sannsynligvis gode prosesser for å planlegge og evaluere behandlingen, sammen med pasientene.

Pasientene bør oppfordres til å medvirke i valget om egen behandling, og samvalg er en ideell prosess for dette. Informasjon om alle tilgjengelig behandlingstilbud, inkludert medikamentfri behandling, bør gis rutinemessig ved utarbeiding av behandlingsplan, og repeteres ved behov. Dette kan ivaretas gjennom rammeverket av pakkeforløpet.

Samvalgsverktøyet kvalitetssikrer og systematiserer også pasientinformasjonen, og er viktig å ta i bruk. Samvalg som helhetlig prosess vil imidlertid kreve mer opplæring og veiledning.

Samvalgssenteret har utviklet et nytt e-læringskurs i hvordan gjennomføre samvalg. Dette tar under én time å gjennomføre, ligger i læringsportalen, og anbefales for alle behandlere. I Helse Vest legges implementeringsansvaret til pakkeforløpsgruppene.

5.2.3 Feedbackverktøy

Behandlere bør spørre pasientene systematisk om tilbakemelding

Det er gode holdepunkter for at systematisk innhenting av tilbakemelding er nyttig, og gir bedre behandlingsutfall, spesielt for høy-risikogrupper (Gondek et al., 2016; Munthe-Kaas, 2017). Det er derfor et lovende tiltak for å fange opp og forhindre forverring. Det bør imidlertid implementeres rutinemessig for alle pasienter, og ikke bare for medikamentfrie forløp.

Tilbakemeldinger kan innhentes analogt eller digitalt. CheckWare egner seg greit til for eksempel INSPIRE og OQ-45, men dårlig til FIT. Andre digitale løsninger kan imidlertid være mer klinisk nyttige. [MyOutcomes](#) og [OpenFIT](#) har blant annet et normeringsgrunnlag som fanger opp pasienter med risiko for uønsket avslutning og forverring.

Effekten av systematisk feedback kommer ikke fra skjemaet, men fra at behandlere bruker tilbakemeldingene aktivt til å lære, og for å tilpasse behandlingen til den enkelte. En reell implementering av FIT omfatter derfor også å skape kultur for å etterspørre konstruktive tilbakemeldinger, at tilbakemeldingene brukes aktivt og systematisk i teammøter og veiledning, og at behandlere jobber målrettet med å forbedre egne kliniske ferdigheter.

5.3 Kunnskap

5.3.1 Kvalitetssikring

DPS-ene må rutinemessig måle effekten av behandlingen

Systematisk måling av behandlingsutfall er en forutsetning for å evaluere effekten av både behandling og videre kvalitetsforbedringstiltak. Det er fremdeles et klart behov for bedre kvalitetssikring av behandlingsutfall for psykosebehandling. Pakkeforløpene koder foreløpig bare prosess, og gir ikke oversikt over behandlingsutfall. Det er nå økt kompetanse på, og bruk av PANSS, og selve implementeringen av rutinemessig og standardisert forløpsevaluering er den mest utfordrende fasen. Når dette er på plass, kan datainnhenting digitaliseres, samles i kvalitetsregistre, og presenteres rutinemessig på ulike analysenivåer.

5.3.2 Forskning

Helse Bergen bør opprettholde forskningsatsningen på medikamentfri behandling.

Resultatene fra FHI-rapporten viser tydelig behovet for en kraftig styrking av den metodiske kvaliteten i psykosestudier generelt, og psykososiale behandlingstiltak spesielt. Til tross for gode erfaringer med behandlingstilbudene, og effekter fra RCT-studier, er det knyttet så stor usikkerhet til disse, at dokumentasjonsgrunnlaget er betydelig svakere enn forventet.

RCT-studier på psykososial behandling har ikke vært gjennomførbare fordi randomisering til behandling uten antipsykotika har vært vurdert som uetisk. Det er fremdeles tidlig, men erfaringene fra prosjektet, samt nyere RCT, observasjonsstudier og metaanalyser (Bola, 2005; Cooper et al., 2019; McGorry et al., 2018), indikerer at det kan være etisk forsvarlig å gjennomføre RCT-studier med psykososial behandling med og uten antipsykotika, dersom behandlingstilbudet ellers er godt.

Medikamentfri behandling er et satsningsområde for 2018-2022 i Helse Bergens forskningsavdeling, og det er to doktorgrader knyttet til medikamentfrie forløp. Norge, og Helse Bergen er langt fremme i utprøving av medikamentfri behandling, og har mulighet til å være i front internasjonalt. Det er derfor viktig å satse videre!

6. Referanser

- Argyris, C., & Schon, D. A. (1974). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*: Jossey-Bass.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., . . . Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry research*, *270*, 168-175.
- Bjørgen, D., Alexandersen, A., Kildal, C., Kvisle, I. M., & Benschop, A. R. (2018). *Frisk uten medikamenter? – En sammenstilling og vurdering av de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern* (1). Retrieved from <http://www.lpp.no/wp-content/uploads/2018/10/KBT-rapport-Frisk-uten-medikamenter.pdf>
- Bjørnstad, J., Davidson, L., Joa, I., Larsen, T. K., Hegelstad, W. t. V., Langeveld, J., . . . Bronnick, K. (2017). Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *Journal of Mental Health*, *26*(3), 264-270.
- Blindheim, A. (2018). *Brukerundersøkelse om behandling av psykoser i Bergen*. Retrieved from https://helse-bergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Halv%C3%A5rsrapport_medikamentfrie%20behandlingsforl%C3%B8p%20psykose%20bergen.pdf
- Bola, J. (2005). Medication-Free Research in Early Episode Schizophrenia: Evidence of Long-Term Harm? *Schizophrenia Bulletin*, *32*(2), 288-296. doi:10.1093/schbul/sbj019
- Bola, J., Kao, D., Soydan, H., & Adams, C. (2011). Antipsychotic medication for early episode schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6).
- Bola, J., Lehtinen, K., Cullberg, J., & Ciompi, L. (2009). Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: A review of the literature. *Psychosis*, *1*(1), 4-18.
- Bowtell, M., Eaton, S., Thien, K., Bardell-Williams, M., Downey, L., Ratheesh, A., . . . O'Donoghue, B. J. S. r. (2018). Rates and predictors of relapse following discontinuation of antipsychotic medication after a first episode of psychosis. *195*, 231-236.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. J. S. B. (2007). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *34*(1), 181-192.
- Cooper, R. E., Laxhman, N., Crellin, N., Moncrieff, J., & Priebe, S. (2019). Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophrenia research*.
- Cullberg, J., Levander, S., Holmqvist, R., Mattsson, M., & Wieselgren, I. M. J. A. P. S. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *106*(4), 276-285.
- Dahm, K. T., Holte, H., Dalsbø, T. K., Straumann, G. S. H., & Reinart, L. M. (2017). *Effekt av fysisk aktivitet uten bruk av antipsykotika sammenlignet med fysisk aktivitet og antipsykotika for pasienter med aktiv psykose: En systematisk oversikt*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2017/effekt-av-fysisk-aktivitet-uten-bruk-av-antipsykotika-sammenlignet-med-fysi/>
- Dalsbø, T., Dahm, K., Øvernes, L., Lauritzen, M., & Skjelbakken, T. (2019). *Nytteverdien av behandling for voksne med primær psykose: dokumentasjonsgrunnlag for samvalgsverktøy*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/nytteverdien-av-behandling-for-voksne-med-primar-psykose-rapport-2018.pdf>
- Dalsbø, T., & Fønhus, M. (2018). Samvalgsverktøy (forskningsomtale). Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2018/samvalgsverktoy/>
- Fellesaksjonen. (2011). Grunnokument. Retrieved from <http://medisinfrietilbud.no/grunnokument/>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., Wolpert, M. J. A., Health, P. i. M., & Research, M. H. S. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *43*(3), 325-343.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
- Groven, G., Holmboe, O., Helgeland, J., Bjertnæs, O., & Iversen, H. J. N. r. i. (2008). *Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. Nasjonale resultater i 2007 og utvikling fra 2004* (5). Retrieved from https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2378138/NOKCpasopprapport5_2008.pdf?sequence=1
- Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P., & Fosse, R. (2018). Medisinfri etter basal eksponeringsterapi. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 138(6).
- Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of nervous mental disease*, 195(5), 406-414.
- Harrow, M., Jobe, T. H., Faull, R. N., & Yang, J. (2017). A 20-year multi-followup longitudinal study assessing whether antipsychotic medications contribute to work functioning in schizophrenia. *Psychiatry research*, 256, 267-274.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Veileder IS-1957)*. Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2017). *Svar på henvendelse - Faglig forsvarlighet ved legemiddelfrie behandlingstilbud*. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/tema/tvang-i-psykisk-helsevern/Faglig%20forsvarlighet%20ved%20legemiddelfrie%20behandlingstilbud%202017.pdf/_attachment/inline/015a3af7-8784-4072-9784-b140d50c255c:c2a49e99f31c5397c7dd7b42a0ab0014080980a5/Faglig%20forsvarlighet%20ved%20legemiddelfrie%20behandlingstilbud%202017.pdf
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4>
- HOD. (2015). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolgingav-oppdrag-2015/id2464239>
- Hofgaard, T. L. (2016). Kunnskapsløst om medikamentfri behandling. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/blogger/tor-levin-hofgaard/2016/12/09/kunnskapslost-om-medikamentfri-behandling/>
- Holte, H., Austvoll-Dahlgren, A., & Strumann, G. (2017). *Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose, en systematisk oversikt*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2017/psykososial-behandling-med-eller-uten-bruk-av-antipsykotika-for-pasienter-m/>
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9.
- Kotter, J. P. (2012). *Leading change*. Boston: Harvard business press.
- Law, H., & Morrison, A. P. (2014). Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1347-1355.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., . . . Cipriani, A. (2017). Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 927-942.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., & Davis, J. M. (2012). Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(5). doi:10.1002/14651858.CD008016.pub2
- McGorry, P., Francey, S., Nelson, B., Jessica, G., Lara, B., Suzy, H., . . . Mario, A.-J. (2018). T119. Can Some Young People Recover From First-episode Psychosis With Integrated Psychosocial

- Treatment Without Antipsychotic Medications? An Rct To Assess Risks, Benefits, And Range Of Outcomes. *Schizophrenia Bulletin*, 44, S162-S162.
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171-179.
- Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., . . . Murphy, E. K. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 411-423.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., . . . Callcott, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403.
- Munthe-Kaas, H. (2017). *Feedback kan forbedre behandling*. Retrieved from <https://www.fhi.no/publ/2017/feedback-kan-forbedre-behandling/>
- Mustafa, S., Joobor, R., Lepage, M., Iyer, S., Shah, J., & Malla, A. (2018). Predictors of 'all-cause discontinuation' of initial oral antipsychotic medication in first episode psychosis. *Schizophrenia research*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., . . . Lie, S. A. (2016). Effektevaluering av Individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport.
- Røssberg, J. I. (2016). Det er langt fra sikkert at det riktige er å innføre medisinfritt behandlingstilbud. *Aftenposten*. Retrieved from <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/47PIV/det-er-langt-fra-sikkert-at-det-riktige-er-aa-innfoere-medisinfritt-behandlingstilbud-jan-ivar-roessberg>
- Salomon, C., Hamilton, B., & Elsom, S. (2014). Experiencing antipsychotic discontinuation: results from a survey of A ustralian consumers. *Journal of psychiatric mental health nursing*, 21(10), 917-923.
- Scudamore, T. (2019). *Mindful Melody: Exploring the Use of Music to Reduce Agitation on an Acute Inpatient Psychiatric Floor*. Paper presented at the American Psychiatric Association (APA) 2019.
- Smedslund, G., Siqueland, J., Kirkehei, I., & Steiro, A. (2018). *Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser: en systematisk oversikt*. Retrieved from <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/langtidsbehandling-antipsykotika-schizofrenispektrum-rapport-2018-v2.pdf>
- Sohler, N., Adams, B. G., Barnes, D. M., Cohen, G. H., Prins, S. J., & Schwartz, S. (2016). Weighing the evidence for harm from long-term treatment with antipsychotic medications: A systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 477.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#§2-2
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., . . . Thomson, R. (2017). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4).
- Standal, K., & Heiervang, K. S. (2018). Medisinfri behandling – et omstridt og etterlengtet tilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(04), 335-346.
- Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M., & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment related outcomes in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 23-28.
- Wils, R. S., Gotfredsen, D. R., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., . . . Nordentoft, M. (2017). Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 182, 42-48.
- Wunderink, L., Nieboer, R. M., Wiersma, D., Sytema, S., & Nienhuis, F. J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or

- maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 70(9), 913-920.
- Yeisen, R. A., Bjørnstad, J., Joa, I., Johannessen, J. O., & Opjordsmoen, S. (2019). Psychiatrists' reflections on a medication-free program for patients with psychosis. *Journal of Psychopharmacology*, 33(4), 459-465.
- Zhu, Y., Li, C., Huhn, M., Rothe, P., Krause, M., Bighelli, I., . . . Leucht, S. (2017). How well do patients with a first episode of schizophrenia respond to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 27(9), 835-844.
- Øvernes, L. A., Ødegaard, C. H., & Johnsen, E. (in prep). Resultater fra medikamentfrie behandlingsforløp for psykose. *Tidsskrift for den Norske legeforening*.