



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

PHA508-MOPPG-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 PHA508 1 MOPPG 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	414
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	23882
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Sosiale faktorer og recovery: en longitudinell studie av personer med psykoselidelse i spesialisthelsetjenesten.

Social factors and recovery: a longitudinal study of patients with psychosis in mental health services.

Janniche Linde

Master i Psykisk helse- og rusarbeid

Høgskulen på Vestlandet

Hovedveileder Eva Biringer, Helse Fonna HF

Biveileder Marit Therese Schmid

Innleveringsdato 14.05.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Vedlegg

Vedlegg 1: Endringsmelding Regional Etisk Komitè (REK)

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring og samtykkeskjema for pasienter

Vedlegg 3: Informasjonsbrosjyre til pasienter

Vedlegg 4: Spørreskjema til pasienter

Vedlegg 5: Skjema som behandlerteam fyller ut om pasient ved studiestart

Vedlegg 6: Community Mental Health Journal - Submission guidelines

Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning	5
1.2 Bakgrunn	6
1.2.1 Hva er psykose?	6
1.2.3 Recovery	6
1.2.4 Sosiale aspekter ved recovery	8
1.3 Oppgavens oppbygging	9
1.4 Formål og problemstilling	10
2. Teoretisk og empirisk ramme	10
2.1 Kvalitative studier på recovery som en sosial prosess	11
2.2 Kvantitative studier på recovery som en sosial prosess	14
3. Metode	16
3.1 Design	16
3.2 Datainnsamling	17
3.3 Utvalg	17
3.4 Variabler	21
3.4.1 Utfallsvariabel	21
3.4.2 Prediktorvariabler: hyppighet av sosial kontakt	23
3.4.3 Pasientenes opplevelse av sosiale aspekter	24
3.4.4 Bosituasjon	26
3.4.5 Om sosiale aspekter og opplevelsen av støtte er viktig for recovery	27
3.5 Analyse	29
3.6 Forskningsetiske forhold ved studien	30
4. Resultat	30
4.1 Sammenhengen mellom sosiale aspekter og recovery	31
4.1.1 Hyppighet av sosial kontakt	33
4.1.2 Opplevelse av sosiale aspekt	33
4.1.3 Sosiale faktorer: Å bo alene eller bo sammen med andre	33
5. Diskusjon	35
5.1 Styrker og svakheter	37
5.2 Recovery - diffust og abstrakt?	39
6. Konklusjon	40
7. Litteraturliste	42
Social factors and recovery: a longitudinal study of patients with psychosis in mental health services	49

Sammendrag

Recoveryorientert tilnærming har de senere årene fått økt oppmerksomhet i psykisk helsetjenester i Norge. Formålet med denne studien er å studere sammenhengen mellom sosiale aspekter og recovery hos pasienter med psykoselidelser i spesialisthelsetjenesten. Metoden er en longitudinell kvantitativ studie med tilgang til data fra prosjektet og multisenterstudiet "Bedre PsykoseBehandling". Ved hjelp av lineære regresjonsmodeller ble assosiasjonene mellom ulike sosiale faktorer og recovery over 18 måneder undersøkt. Faktorene som ble brukt som uavhengige variabler i modellene gjaldt hyppighet av kontakt med venner eller familie, opplevd kvalitet i interpersonlige forhold, hvorvidt personen opplever det sosiale som viktig og opplevd støtte fra profesjonell hjelper.

Resultatene viser at hyppighet av sosial kontakt med familie/slekt eller venner ikke var assosiert med recovery når det gjaldt økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneders oppfølging. Opplevelsen av sosiale aspekter målt med «Interpersonal relationships» -delskalaen fra spørreskjemaet BASIS-24, var prospektivt assosiert med recovery når. En analyse der utvalget var stratifisert på hvorvidt man bodde sammen eller alene viste at assosiasjonen mellom opplevd kvalitet i interpersonlige relasjoner og økning i QPR over tid kun var til stede blant deltakerne som bodde sammen med andre. Målt med QPR var det å bo alene assosiert med bedring/recovery. I underutvalget av pasienter som bodde alene, var det også en trend mot en sammenheng mellom hyppighet av kontakt med familie/slekt og økning i QPR fra studiestart til 18 måneder. Det å oppleve sosiale aspekter som viktig for recovery, målt med INSPIRE, var ikke assosiert med recovery over tid. I denne studien var det heller ikke assosiasjoner vedrørende forskningsspørsmålet om opplevelse av støtte fra helsearbeideren er prospektivt assosiert med recovery.

Konklusjon: I denne studien ble det funnet en sammenheng mellom opplevelse av sosiale aspekt og recovery fra studiestart til 18 måneder i underutvalget som bor sammen med andre. Opplevd kvalitet av interpersonlige relasjoner var assosiert med recovery over de følgende 18 måneder. Dette kan tyde på at personer som bor alene i utgangspunktet anser sosiale aspekter som mindre viktige for hvordan det har det (recovery). Det sosiale kan være viktigere for recovery for personer som er prososiale og kontaktsøkende av natur, og som har valgt å leve livet sammen med andre. Siden vi har vist at opplevd kvalitet av interpersonlige relasjoner betyr noe for recovery over tid, kan en mulig implikasjon av funnene være at stress,

familiekonflikter, overinvolvering og høye krav kan bidra til tilbakefall, økt symptombilde og lavere grad av recovery for pasienter med en psykoselidelse som bor med andre.

Abstract

Purpose: We aimed at studying the prospective association between social factors and mental health recovery in patients with psychotic disorders in mental health specialist services.

Methods: Baseline and follow-up data after 18 months were collected from 108 patients with psychosis from 39 clinical sites across Norway. Recovery was assessed using the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). Linear regression models were used to test the prospective associations between social predictor variables and mental health recovery.

Results: An association was found between experienced quality of interpersonal relationships at baseline and recovery over the next 18 months. Stratified analyses showed that the association between this social factor and recovery was present only among persons living with others. In the subsample of respondents living alone, there was a trend towards an association between frequency of contact with family/relatives and increase in QPR from start of the study to follow-up. No similar trends or associations were found in the subsample living with others.

Conclusions: Patients' experience of quality of interpersonal relationships are prospectively associated with recovery. The association between experience of quality of interpersonal relationships was found in patients living with others only. Findings indicate that interpersonal relationships matters most to persons who are prosocial in nature and already value interpersonal relations and social contacts in their lives.

Nøkkelord: sosiale aspekter, recovery, psykoselidelser, spesialisthelsetjenesten

Keywords: social aspects, recovery, psychotic disorder, mental health services

1. Innledning

Personer med alvorlig psykisk sykdom er blant den viktigste målgruppen for den psykiske helsetjenesten i Norge og det er derfor av stor betydning å vite om, og eventuelt hvordan, psykisk helsevern lykkes med å hjelpe denne pasientgruppen. Recoveryorientert tilnærming har de senere årene fått økt oppmerksomhet i psykisk helsetjenester i Norge. I Helsedirektoratets (2014) veileder for lokalbasert psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, 'Sammen om mestring', er recovery trukket frem som et sentralt perspektiv som bør prege helsetjenesten fremover (NAPHA, 2017, s.12). I recoveryorienterte praksiser er fokuset på personen, med mindre vekt på diagnose og symptomer. Målet er at en skal lære seg å håndtere og leve med sykdommen på best mulig måte (Topor, 2006; Karlsson & Borg, 2017 og Karlsson & Borg, 2018). Idealet er at helsearbeideren skal ha fokus rettet mot personen man hjelper og personens egne ønsker og behov. Målet er å beskytte tjenestemottakers rettigheter og å få fram håp, mulighet og tro på å leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, til tross for psykiske helseutfordringer (Boutillier et al., 2011) For mange tjenestebrukere kan relasjonen til ansatte i psykiske helsetjenester være et viktig bidrag til recovery. Helsearbeidere jobber ofte tett med andre organisasjoner utenfor psykisk helsevern som åpner opp muligheter for sosial kontakt andre steder enn i helsevesenet (Boutillier et.al, 2011).

Karlsson & Borg (2017) peker på viktigheten av å se recovery i sammenheng med levekår og grunnleggende samfunnsbetingelser. Nedleggelse av mange døgninstitusjoner og fremveksten av uavhengige brukerorganisasjoner har ført til spørsmål om brukernes posisjon i samfunnet, behovet for sosiopolitiske reformer og visjonen om recovery som en konkret mulighet. Stigmatisering, marginalisering og sosial eksklusjon er både individuelle opplevelser og sosiale og politiske faktorer (Topor et al., s.93). I forskning og fagutvikling innen recovery vektlegges innsats og støtte både på personlig nivå og på organisasjons- og samfunnsnivå (Leamy et al., 2011; Le Boutillier et al., 2011). Å fremme likeverd og medborgerskap er sentralt og må ligge til grunn dersom en ønsker utvikling av recovery-tenkning i organisasjoner (Le Boutillier et al., 2011).

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Hva er psykose?

Psykose er basert på et fenomenologisk psykologisk begrep og er et symptom som arter seg hos flere psykiske lidelser (Cullberg, 2005). Psykose er en forvirringstilstand med realitetsbrist av fortolkning av omgivelser og vedkommendes egne tanker og opplevelser (Johannessen et al., 2001). Personer med psykose kan høre stemmer andre ikke hører, eller de kan ha andre sanseopplevelser som ikke andre opplever. Psykose er sammenhengen mellom en normal tankegang og en psykotisk virkelighetsforståelse. Mennesker og psykoselidelser er forskjellige og derfor vil også graden av psykose variere (Løberg & Johnsen, 2016).

Psykoselidelser blir ofte delt i to undergrupper, et schizofreni-spektrum som inneholder schizofreni, vrangforestillingslidelser, schizofreniforme og schizoaffektive psykoser og et bipolar-spektrum som tar for seg bipolar lidelse type I og II (Melle, 2015). Det er internasjonale kriterier til symptomer og tegn som må foreligge for at en diagnose skal stilles. I Norge benyttes diagnosesystemene ICD-10 og DSM IV.

1.2.3 Recovery

Det økende fokuset på recovery er preget av optimisme, håp og en anerkjennelse av det enkelte menneskes egen styrke og kompetanse om seg selv og sine utfordringer (Topor 2006, Pyskoseretningslinjene 2013). Recovery er en grunnlagsforståelse av psykisk helse som fokuserer på hva mennesker selv kan gjøre for å håndtere utfordringer i forhold til sin psykiske helse (Karlsson & Borg, 2013).

I det som har blitt en klassisk definisjon på recovery, skrev Anthony i 1993:

“Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp, trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg.”

Mens Shepherd et al. (2008) definerer recovery slik: *‘Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personene selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå.’*

CHIME-modellen ble utviklet for å forsøke å beskrive de sentrale prosessene i recovery. Fem samtidige prosesser utgjør akronymet CHIME (Leamy et al., 2011).

De fem prosessene er:

'Connectedness' - tilhørighet

'Hope and optimism about the future' - håp og fremtidstro

'Identity' - identitet

'Meaning in life' - opplevelse av mening

'Empowerment' - mestring og myndiggjøring

I CHIME-rammeverket er altså "*connectedness*" i form av tilhørighet, meningsfylte roller og sosiale aspekter sentrale ved personlige recovery-prosesser (Leamy et al. 2011). Det blir i økende grad fokusert på å forstå recovery som en vel så mye som en sosial som en personlig prosess. Recovery-prosesser forstås dermed som aktiviteter og strategier med basis i personens hverdagsliv og lokalmiljø, der tilhørighet, meningsfylte relasjoner og roller i forhold til andre blir sentralt for å oppleve bedring (Leamy et al. 2011). Slade et al. (2014) viser til at det er flest kunnskapssammenstillinger som ser på intervensjoner rettet mot hvilke endringer som kreves for å støtte personlig recovery og hvordan tiltakene utøves i relasjon mellom hjelper og bruker. I følge Slade (2014), gjenstår det fortsatt noen utfordringer i arbeidet med implementering av recovery i psykiske helsetjenester. Stigma og hindringer for full inkludering og medborgerskap for mennesker med psykiske lidelser, må i større grad adresseres og utfordres, mener Slade et al. (2014).

Slik personer med egenerfaring beskriver det, handler recovery om innsats for å ta kontrollen tilbake, finne mening, leve det hverdagslivet den enkelte ønsker, retten til å ha valgmuligheter og retten til reelt likeverdig samarbeid med fagpersoner (Topor et al., 2006 s.90). Hele recovery-rammeverket stammer fra personlige fortellinger fra mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Forskning og disse fortellingene har gitt viktige bidrag til å forstå psykiske lidelser og menneskene som opplever dem (Leamy et al., 2011). Fram til de siste tiårene har mennesker med alvorlige psykiske lidelser blitt beskrevet nesten utelukkende med tanke på deres mangler, funksjonshemninger og symptomer (Topor et al., 2006,). Når denne pasientgruppen ble ansett som hjelpeløse ofre, trengte ikke fagfolkene å vise samme grad av interesse for, eller ta hensyn til personens egne tanker, opplevelser og synspunkter. I nordiske studier er

recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, da med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Det å ha et sted å bo, ha et arbeid og en aktivitet, en utdanning, nok penger og sosiale arenaer, å kunne gjøre bruk av lokalmiljøet, ha venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor et al., 2011; Borg et al., 2013; Landheim et al., 2016). Topor et al. (2006, s.91) beskriver viktigheten av å vektlegge det individuelle aspektet av recovery og at det er en risiko for at dette resonnementet kan hindre oss i å se at veien til bedring også er en sosial prosess.

1.2.4 Sosiale aspekter ved recovery

Recovery-prosessen er multidimensjonal og inneholder flere faktorer, ifølge Topor (2006). Faktorer som blant annet den personlige prosessen, med tanke på hvordan vårt sosiale liv er med fokus på venner, arbeid og aktivitet er viktig (Topor et al., 2006,). Leamy et al. (2011) nevner også i sitt nevnte CHIME-rammeverk at det sosiale og det å føle tilhørighet, connectedness, viktig i recoveryprosessen. Schiefloe (2015) viser til at sosial støtte kan komme til uttrykk på fire ulike måter. Emosjonell støtte er å få sympati, empati, omsorg og anerkjennelse, og å ha noen å dele gleder, sorger og tanker med. Instrumentell og materiell støtte vil si at en har noen som kan hjelpe en med praktiske ting, kunne låne ting en trenger, og å oppleve at en har et økonomisk og materielt sikkerhetsnett i sitt nettverk. Informativ støtte er å ha tilgang til andres innsikt, ferdigheter og kunnskap. Vurderingsstøtte er å ha noen som kan gi en konstruktive tilbakemeldinger på egen atferd, og at en har noen som kan hjelpe og støtte seg i vurderinger av problemer og vanskelige valg en står ovenfor (Schiefloe, 2015).

Topor et al. (2006) henviser til at sosial støtte og arbeidet mot recovery kan sees i sammenheng med han eller hennes sosiale omgivelser. Jo lengre pasientens historie med psykiske lidelser er, jo større sannsynlighet er det for at hans sosiale nettverk har endret seg. Pårørende og venner kan i stor grad forsvinne og bli erstattet av fagpersoner som først og fremst er motivert og fokusert på hans utfordringer og som har lite kunnskap om personens livshistorie og kompetanser. Der tidligere sosiale nettverk kan ha betraktet han som unik og allsidig, kan dette bli erstattet av interaksjoner med fagpersoner i en psykisk helse-sammenheng (Topor et al., 2006).

Luecht og Lasser (2006) viser også til at recovery ikke bare består av å redusere symptomer, men består også av livskvalitet og sosial fungering. Det å fungere sosialt er et viktig aspekt av ens generelle psykiske helse og det refererer til individets evne til å fungere i fellesskap (Cornblatt et al., 2007). Selv om god sosial fungering ikke er synonymt med en reduksjon av symptomer for psykisk lidelse eller reduksjon av alvorlighetsgrad av depresjon eller antall episoder med psykose (Zanello et al., 2006), kan underskudd i sosial fungering hemme langvarig recovery og til og med forutsi tilbakefall (Luecht & Lasser, 2006).

1.3 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven består av kappe og en overlappende artikkel. Selve kappen har 6 kapitler. Kapittel 1 er innledning der oppgavens tema og hensikt med studien introduseres. Dette blir videre plassert i en større samfunns- og forskningsmessig sammenheng. I kapittel 2 gis det en innføring i et teoretisk rammeverk og relevant og aktuell forskningslitteratur som omhandler recovery som en sosial prosess. I kapittel 3 redegjøres det for valg av metode, gjennomføring av datainnsamling, utvalg, variabler og analyse i tillegg til tabeller. I kapittel 4 presenteres resultatene av studiens hovedfunn kort og systematisk. I kapittel 5 diskuteres forskningsspørsmålene på en overordnet måte, og metodologiske styrker og svakheter ved studien blir belyst. I kapittel 6 presenteres konklusjon av hovedfunn. Masteroppgaven avsluttes ved artikkel. Artikkel er skrevet på engelsk og er tilpasset tidsskriftet *Community Mental Health Journal* sine retningslinjer. Artikkel blir i etterkant sendt for publisering i tidsskriftet.

1.4 Formål og problemstilling

I nordiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Det å ha et sted å bo, ha et arbeid og en aktivitet, en utdanning, nok penger og sosiale arenaer, å kunne gjøre bruk av lokalmiljøet, ha venner og familie oppfattes å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor et al., 2011; Borg et al., 2013; Landheim et al., 2016). Det finnes derimot få kvantitative, og spesielt få longitudinelle, studier av nyere tid på sammenhengen mellom sosial kontakt og recovery. Vi ønsket derfor å undersøke denne sammenhengen med følgende problemstillinger:

1. Er høyere frekvens av sosial kontakt med familie, slekt eller venner prospektivt assosiert med recovery?
2. Er pasientenes opplevelse av kvaliteten av interpersonlige relasjoner (sosiale aspekter) prospektiv assosiert med recovery?
3. Er det å bo med andre prospektivt assosiert med recovery?
4. Om pasienter som opplever sosiale aspekter som viktig også opplever høyere grad av recovery enn de som ikke synes dette er viktig?
5. Er opplevelsen av støtte fra helsearbeideren med hensyn til sosiale aspekter prospektivt assosiert med recovery?

2. Teoretisk og empirisk ramme

Som nevnt kan recoveryprosessen betraktes som multidimensjonal og inneholder flere faktorer (Topor, 2006), men det kan også sees på som et utfallsmål (Davidson, 2007). Borg (2007), fremholder i sin studie at fattigdom, arbeidsledighet og dårlige boforhold var noe som virket inn på pasientene sin recovery-prosess. Gullslett et al. (2014) viser til at mennesker med en psykisk lidelse fortsatt opplever stigma fra samfunnet. De opplever skam og skyldfølelse knyttet til det å være psykisk syk. Stigma (annerledeshet) ved en psykisk lidelse vil kunne hemme en recovery-prosess ved at personen som blir stigmatisert opplever seg selv som mindreverdige, dette kalles selvstigmatisering. Det fremholdes derfor at i en recovery-prosess må man overkomme følelsen av stigma ved å fokusere på meningsfulle aktiviteter og å oppnå gode relasjoner i samfunnet. Det kan for eksempel være viktig å ha arbeid, gode

venner, familie eller likesinnede (Meehan et al., 2008; Withley & Campbell 2014). Personer med psykiske lidelser uttaler i Rowe og Davidson (2016) sin studie at de mener de ikke trenger å vente på å bli friske, hvis de har tilgang til en jobb og egen bolig, og får være en del av samfunnet.

2.1 Kvalitative studier på recovery som en sosial prosess

Betydning av sosial støtte i recoveryprosessen er godt dokumentert i kvalitative studier som Davidsons (2003) *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*, Deegans (1988) *Recovery: the lived experience of rehabilitation*, Topor et al. (2009) sin *Not just an individual journey: social aspects of recovery* og *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness* av Schön et al. (2009) og til slutt *The social nature of recovery* (Mezzina et al., 2006).

Av nyere tid er den norske studien “*Needing different things from different people*” – a qualitative exploration of recovery in first episode psychosis av Hansen et.al (2020) aktuell. Her viste de til at faktorer som relasjon og støtte fra familie og venner spiller en viktig rolle i recovery-prosessen.

De fleste studier om betydningen av sosiale relasjoner og sosial støtte i et recovery-perspektiv er kvalitative studier i form av dybdeintervjuer av personer som sliter med utfordringer innen rus og psykisk helse (Biringer et al., 2017; Greiff et al., 2018; Leamy et al. 2011) eller deres profesjonelle hjelpere (Roush et al., 2015; Sælør et al., 2015; Harris & Panozzo, 2019). Det er ingen tvil om at både personer i recovery og deres profesjonelle hjelpere opplever sosiale aspekter som viktige for recovery. I Topor et.al (2009) sin kvalitative studie oppfattes det at i tillegg til sosiale arenaer, lokalmiljø, venner og familie har også bolig, arbeid, aktivitet, utdanning og penger stor betydning for recovery-prosessen (Topor et.al 2009).

I den kvalitative studien *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness* av Schön et al. (2009) oppsummeres hva som bidrar til recovery inn i tre kategorier:

'The social self' – personlige egenskaper. I den første kategorien av hva som bidrar til recovery viser Schön et. al. (2009) til at intervjudeltakerne beskriver en indre motivasjon for bedring. Deltakerne satte seg mål, ofte i samarbeid med helsearbeider, og veien mot målene ble beskrevet som en kontinuerlig innsats, med tilbakefall, progresjon og personlig vekst. Det som førte til prosessen mot recovery var hver enkelt deltakers personlige egenskaper som utholdenhet, nysgjerrighet, humor og en positiv innstilling til livet (Schön et al., 2009).

'Social interventions' - sosiale intervensjoner (sosial støtte). I den andre kategorien av hva som bidrar til recovery trekker flesteparten av intervjudeltakerne frem helsearbeiderenes personlighet som en viktig bidragsyter for recovery.

Helsearbeidere som viser interesse, engasjement og som gjør mer enn hva som forventes, trekkes særlig frem som gode støtter i recoveryprosessen (Schön et al., 2009). Kvalitativ forskning om recovery har antydnet lignende funn som viser til at personer i recovery sjelden nevner en spesifikk behandlingsmetode, men i stedet refererer til en bestemt person og dens tilstedeværelse og handlinger (Topor et al., 2006 s.92-93). Noen studier om recovery og sosial støtte, blant annet Sullivan, 1994 (s.19-27) og Tooth et al., (2003, s.70-77) refererer til helsearbeiderens hindrende rolle, mens i andre nevner tjenestebrukere individuelle helsearbeidere som har vært hjelpsomme i recoveryprosessen. Forskjellen mellom å hindre eller å hjelpe brukeren har hovedsakelig å gjøre med om helsearbeideren forholder seg til den enkelte som en "pasient", eller en "schizofren" i et behandlingsløp eller om fagpersonen har sett eller anerkjent hele mennesket (Topor et al., 2006, s.93).

I Schön (2009) sin tredje og siste kategorien om hva som bidrar til recovery er 'Connection to others' - tilhørighet til andre. I tillegg til deltakernes sosiale relasjon til helsearbeidere og andre ansatte, blir relasjonen med venner og familie vektlagt, da disse ble sett på som en viktig faktor for et liv utenfor psykisk helsevern. De fleste deltakerne beskriver å ha en nær venn som støtter og bidrar til recovery, både med og uten erfaring innenfor psykisk helse (Schön et al., 2009).

Sosiale relasjoner mellom personer med sykdomserfaring gjør det mulig å møte andre mennesker med lignende opplevelser som ens egen; dette gir en mulighet for sosial kontakt og støtte hvor man ikke trenger å forklare seg. Det å erfare at man ikke er alene ved å ha spesielle opplevelser -for eksempel å høre stemmer - kan være av stor betydning for recoveryprosessen. I denne kontakten er det også mulig å både gi

og motta råd om symptomer og forskjellige aspekter av dagliglivet. I denne relasjonen kan dermed rollene byttes mellom å motta hjelp og å gi hjelp (Topor et al., s.91). I motsetning til dette synet, finnes oppfatninger om at grupperinger basert på egne utfordringer kan medføre økt skille mellom 'oss' og 'dem'. Schön et al. (2009) viser til at aktører innen recoveryfeltet hevder at det å delta i vanlige aktiviteter i lokalmiljøet (korps, fotballag, klubber for folk med visse hobbyer etc.) er veien til inklusjon, likeverdighet og aktiv samfunnsdeltakelse/-bidrag. Venner fra tiden før sykdomsutbruddet også definert som viktige da de ofte ble sett på som en kobling mellom vanskelig nåtid og en lettere fortid før sykdom. At relasjonen og den sosiale kontakten fortsatte ble sett på som et tegn på håp og bedring (Schön et al., 2009).

Studiene til Schön et al. (2009) og Topor et al. (2006) viser at recovery er en sosial prosess og sosiale relasjoner og sosial støtte er kjernen i alle tre, det er derfor viktig at psykisk helsevern fokuserer på dette. Recovery som en sosial prosess omfatter det dynamiske forholdet mellom personen og omgivelsene. Samfunnsmessige og sosiale forståelsesmodeller bidrar til å utvide perspektivene på psykisk helse og recovery, og utvider dermed hjelpetiltakenes innretning. Sosiale relasjoner og deltakelse på ulike samfunnsarenaer er forhold som i økende grad understrekes. En recoveryorientert praksis innebærer også arbeid for menneskerettigheter og mot diskriminering, samt for holdningsendringer i og utenfor psykisk helse- og velferdstjenester (Smith-Merry et al., 2011; Tew et al., 2012; Karlsson & Borg, 2013).

Oversiktsartikkelen *Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence fra 2011* av Tew et al. viser det til Mezzina (et al., 2006) om at relasjoner til andre er svært viktig i veien til recovery: det skaper identitet, og kan bidra eller hindre bedringsprosessen. Det å ha en eller flere personlige relasjoner som bidrar til håp og oppmuntring kan være en kritisk faktor i å oppnå recovery. Men; Tew et al. (2011) viser til at mennesker med psykiske lidelser har færre nære relasjoner og ikke alle oppleves positive eller oppmuntrende. Noen relasjoner kan også være skadelig for oppnåelsen av recovery (Tew et al., 2011, s.9).

I Garverich et al. (2020) sin studie *What Matters: Factors Impacting the Recovery Process Among Outpatient Mental Health Service Users* brukte de mixed-method for å undersøke innvirkningen av begrenset leseferdigheter hos personer med psykiske lidelser ved bruk av data fra strukturerte intervjuer og score fra Recovery Assessment

Scale (RAS). I utgangspunktet er ikke dette relaterbart til min studie, men med bruk av regresjonsmodeller undersøkte de faktorer relatert til recovery som blant annet opplevd støtte. Funnene i studien viste til at sosial støtte er assosiert med høyere score av recovery på RAS (Garverich et al., 2020).

2.2 Kvantitative studier på recovery som en sosial prosess

Til tross for at en rekke kvalitative studier har konkludert med at sosiale faktorer er recovery-fremmende, er det imidlertid få kvantitative studier som belyser i hvilken grad sosiale aspekt og sosial støtte og -kontakt assosieres med recovery. I den norske kvantitative studien *“Everyone Needs a Friend Sometimes” – Social Predictors of Long-Term Remission In First Episode Psychosis* viser Bjørnstad et al. (2016) til resultater om at pasienter som behandles for førstegangs-psykose har mindre nettverk av familie og venner sammenlignet med den generelle befolkningen. Gjennom sykdomsprosessen finner mange det vanskelig å vedlikeholde og utvikle sosiale kontakter og det er spesielt vennskap dette går ut over. Denne negative utviklingen har vist seg å fremskynde psykoseutbruddet (Bjørnstad et.al, 2016). I nordiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser (Bjørnstad et.al., 2016). Resultatet i studien til Bjørnstad et.al (2016) er at hyppigheten av sosial kontakt med venner er en betydelig positiv prediktor for sykdomsbedring og recovery over en toårsperiode. Studien viste midlertidig at det ikke var sammenheng mellom hyppig kontakt med familie og opplevelse av recovery (Bjørnstad et al. 2016). Bjørnstad et.al (2016) sin studie har et utvalg som består av mennesker med førstegangs-psykose, mens de andre kvantitative studiene i avsnittene under fokuserer på mennesker med alvorlig psykisk lidelse (Hendryx et al. 2013: Corrigan & Phelan, 2004: Pevalin & Goldbergs, 2003).

Det er mangel på prospektive longitudinelle studier på sammenhengen mellom sosiale relasjoner, for eksempel vennskap, og personlige bedringsprosesser. Det er også få studier om sosial kontakt/sosial støtte og mennesker med psykoselidelser. Aktuelle studier jeg vil presentere er blant annet Hendryx et al. (2013) sin studie *Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness*, som er en del av en større eksplorerende longitudinell studie på recovery hos personer med alvorlig

psykisk lidelser. Deltakernes antall sosiale nettverk ble delt inn i fire kategorier: ingen venner, 1-2 venner, 3-5 venner eller mer enn 5 venner. Sosial støtte ble målt som rapportert støtte fra familie og venner den siste måneden (score 1 = lite, score 2 = moderat, score 3 = bra). Hendryx et al. (2013) sine resultater viste at størrelsen på det sosiale nettverket korrelerer med sosial støtte. Jo større nettverk desto bedre oppleves den sosiale støtten.

Breier og Strauss (1984) sin longitudinelle studie *The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders* viste de ved hjelp av mixed method at personer med psykoselidelser rapporterer om en rekke fordeler ved sosial støtte. I tillegg til sosial støtte og sosial kontakt henviste også Hendryx et al. (2013) sine resultater til at mer involvering i et bredt spekter av ulike aktiviteter (fysisk aktivitet, hjelpegrupper, aktivitetstilbud etc.) er relatert til recovery. Dette gjelder spesielt når graden av sosial støtte er lav.

Hendryx et al. (2013) sine resultater stemmer overens med tidligere kvantitativ forskning på området som Corrigan og Phelan (2004) sin *Social support and recovery in people with serious mental illnesses*. Resultatet til Corrigan og Phelan (2004) viste, ved hjelp av måleinstrumentene Recovery Assessment og Social Network Scale, at personer med stort nettverk har høyere sannsynlighet for å rapportere høyere grad av recovery. Pevalin og Goldbergs (2003) sin longitudinelle studie *Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness* konkluderte med at lav sosial støtte gjør at mennesker med psykiske lidelser har større sannsynlighet for tilbakefall og mindre grad av recovery enn de som har høyere grad av sosial støtte. Dette funnet støttes også av studien *Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis* av Law et al. (2016) der det konkluderes med blant annet at psykososiale faktorer er viktigere enn graden av symptomer for pasientenes opplevelse av recovery.

De nevnte kvalitative og kvantitative studiene gir nyttig forståelse og detaljkunnskap for sammenhengen mellom sosiale forhold og sosial støtte i recoveryprosessen, men de gir ikke informasjon om hvor mye sosial støtte betyr for recoveryprosessen. Det er

som beskrevet en mangel på prospektive longitudinelle studier på sammenhengen mellom sosial støtte/sosial kontakt og recovery når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, og da spesielt psykoselidelser. Det er derfor behov for å fylle kunnskapshull og å bidra til å bruke nyttige intervensjoner i videre behandling av mennesker med en psykoselidelse. Målet med masteroppgaven er å undersøke disse sammenhengene mellom sosiale faktorer og recovery over tid ved bruk av kvantitativ metode. Data samles inn ved hjelp av studiedeltakernes svar på strukturerte spørreskjema. Deltakernes behandlere bidrar også med svar på strukturerte spørreskjema. Hovedhypotesen er at hyppigere og bedre sosial kontakt henger sammen med recovery over tid. Videre utforskes hypotesene om det at pasienten mener sosiale aspekt er viktig for recovery, om det å bo med andre er assosiert med recovery og om det å motta profesjonell hjelp når det gjelder sosiale forhold henger sammen med recovery over tid.

3. Metode

Metoden er en longitudinell kvantitativ studie med tilgang til data fra prosjektet “Bedre PsykoseBehandling” som startet i 2016. ‘Bedre PsykoseBehandling’ er et nasjonalt multisenterstudie med primær forankring i Akershus Universitetssykehus. Studien er ledet av Torleif Ruud, prof. emeritus ved Universitetet i Oslo og tilsatt ved AHUS. “BedrePsykoseBehandling er et forbedringsprosjekt for fire kunnskapsbaserte praksiser innen behandling ved psykoselidelser, men også en forskningsstudie om implementering av de fire praksisene. I masteroppgaven har jeg hatt tilgang til datamaterialet hvor pasientene som deltok i forskningsstudien svarte på spørreskjema ved studiestart og 18 måneder etter. De svarte på spørsmål om egen helse, hva som er viktig for dem, og betydningen og opplevelsen av sosiale relasjoner. I tillegg har de svart på hyppighet av kontakt med familie og venner og egen recoveryprosess før, under og etter prosjektperioden.

3.1 Design

Studien er en kvantitativ prospektiv observasjonsstudie med sosiale variabler ved studiestart som prediktorer og endring i et strukturert recoverymål fra oppstart til 18 måneder som utfallsmål.

3.2 Datainnsamling

Inklusjonsperioden var fra juni 2016 til mars 2017. I studien deltok behandlere og brukere ved 39 enheter i seks helseforetak fordelt på fire helseregioner. Poliklinikker, dagsentre, ambulante team og døgnavdelinger ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og sykehus deltok. I alt ble det rekruttert behandler-pasientpar i spesialisthelsetjenesten i et geografisk område som tilsvarer 38% av Norges befolkning. Pasienter ved deltakende sentre, samt deres behandlere, ble bedt om å fylle ut strukturerte spørreskjema med bakgrunnsvariabler (alder, kjønn, utdanning, bolig- og familieforhold og kliniske variabler (diagnose, medisiner, rusmiddelbruk etc.)), samt et recoveryorientert utfallsmål som uttrykte pasienters opplevelse av å få det bedre i livet, det vil si recovery.

3.3 Utvalg

Totalt 325 pasient-behandlerpar leverte inn spørreskjema ved studiestart i 2016. Ved slutten av datainnsamlingen 18 måneder etter leverte 121 pasient-behandlerpar inn utfylte spørreskjema. Av disse 121 pasient-behandlerparene var det 109 pasienter med valide svar til variabelen som representerer sosial kontakt (prediktorvariabelen) ved studiestart. Etthundreogtyve og 121 pasienter hadde valide svar til QPR (utfallsmålet) ved studiestart og 18 måneder. Tolv pasienter manglet info om variabler som enten målte hyppighet av sosial kontakt eller QPR ved studiestart eller 18 måneder etter, disse ble ekskludert. En pasient manglet informasjon om kjønn og ble også ekskludert.

Denne oppgaven baseres på responser fra og om et utvalg bestående av 108 brukere av psykisk helsevern med psykoselidelser som deltok i den nasjonale multisenterstudien "BedrePsykoseBehandling", samt deres respektive behandlere. Dette utvalget (N=108) er et underutvalg av de 325 pasient-behandlerparene som leverte inn skjema. Underutvalget på 108 ble valgt fordi de hadde levert gyldige besvarelser både ved studiens start og etter 18 måneder. Slik ble det mulig å gjennomføre longitudinelle analyser på sammenhengen mellom variabler ved studiestart og utfallsmål ved 18 måneders måling.

Deskriptiv statistikk og sammenligninger mellom utvalget på de 108 pasientene i den valide analysefilen og de 217 som enten ikke leverte inn spørreskjema eller som ble ekskludert fra den valide analysefilen fordi de manglet responser på uavhengige eller avhengige variabler, er vist i tabell 1. I det valide utvalget på 108, hadde syv bidiagnosen “psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer (F10-F19)”, seks hadde “Depressiv episode (F32)” og “Tilbakevendende depressiv lidelse (F33), åtte hadde “Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-F48)” og fire hadde “Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne (F60-F69)”. Etthundreogtjueen pasient-behandlerpar leverte inn utfylte spørreskjema etter 18 måneder. Det vil si at 37 % av behandlerparene som leverte spørreskjema ved oppstart også leverte spørreskjema 18 måneder senere. I studien er det stort frafall, og det er sannsynligvis bias når vi kun har data fra to målepunkt fra utvalget for N=121 (37 %). I gyldig analysefil (N=108) utgjør utvalget 33 % av de opprinnelige 325 pasient-behandlerparene ved studiens start. For å synliggjøre hvorvidt det gyldige utvalget på 108 pasienter kan representere det originale utvalget fra studiens start (N=325), er det gjort frafallsanalyse. Se tabell 1 for sosiodemografisk og klinisk informasjon om utvalget.

Tabell 1: Sosiodemografisk og klinisk informasjon ved studiestart og etter 18 måneder i det valide utvalget (N=108), pasienter i utvalget som ikke leverte spørreskjema etter 18 måneder (N=217) og disse to utvalgene til sammen (N=325).

Variabler	Gyldig utvalg (N=108)		Mistet i oppfølging eller ekskludert (N=217)		Totalutvalg (N=325)	
	Gj.snitt (SD)	Variasjons bredde	Gj.snitt (SD)	Variasjonsb redde	Gj.snitt (SD)	Variasjons bredde
Alder*	42 (12.3)	19-77	39 (12.8)	16-71	40 (12.7)	16-77
QPR gj.snitt-basert totalskala	42 (8.62)	17-60	40 (11.1)	5-60	40.9 (10.35)	5-60
GAF-Funksjon	44 (22.8)	10-80	44 (19.7)	10-90	44 (20.7)	10-90
GAF-Symptom	59 (13.4)	30-90	55 (13.2)	30-90	56 (13.3)	30-90
	N	%	N	%	N	%
Kjønn*						

Mann	53	49	138	64	191	59
Kvinne	55	51	78	36	133	41
Missing	0	0	1	0.5	1	0.3
Utdanning, nivå						
Ikke fullført						
grunnskole/ungdomsskole	2	2	7	3	9	3
Fullført grunnskole/ungdomsskole	32	30	64	29	96	30
Fullført videregående skole (inkl. fagbrev)	45	42	91	42	136	42
Høyere utdanning	25	23	38	18	63	3
Other	2	2	8	4	10	3
Missing	2	2	9	4	11	
Sivilstatus						
Gift	10	9	22	10	32	10
Samboer/partner	11	10	22	10	33	10
Bor alene	74	69	150	69	224	69
Skilt/separert	12	11	21	10	33	10
Enke/enkemann	1	1	0	0	1	0.3
Missing	0	0	2	1	2	1
Bosituasjon^a						
Bor alene	66	61	138	64	204	63
Bor med samboer/partner	18	17	35	16	53	16
Bor kun med barn	6	6	4	2	10	3
Bor med foreldre/familie	13	12	27	12	40	12
Bor med venner	4	4	2	1	6	1.8
Missing	1	1	11	5	12	4
Hoveddiagnoser^b						
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F20-F29)	88	81	182	84	270	83
Andre diagnoser	11	10	19	9	30	9
Missing	9	8	16	7	25	8
Alkohol eller rusbruk[*]						
Ja	5	4.6	31	14	36	11
Nei	78	72	147	68	225	69
Missing	25	23	39	18	64	13

Medisinering						
Ja	104	96	196	90	300	92
Nei	4	4	13	6	17	5
Missing	0	0	8	4	8	3
Antipsykotisk medisinering^c						
Ja	93	86	193	89	286	88
Nei	15	14	24	11	39	12
Fysisk helse (diagnose)						
Ja	47	44	87	40	134	59
Nei	61	56	130	60	191	41
Missing ^h	0	0	0	0	0	0
Arbeidsstatus^d						
Uten arbeid	58	54	107	49	165	51
Ordinært arbeid	10	9	17	8	27	9
Tilrettelagt arbeid	9	8	8	4	17	5
Arbeidstrening	6	6	24	11	30	9
Student	7	6	16	7	23	7
Hjemmeværende forelder	1	1	2	1	3	1
Innlagt	4	4	19	9	23	7
Annet	12	11	18	8	30	9
Missing	1	1	6	3	7	2
Helsetjenester^e						
Psykiatritjeneste (kommune/bydel)	50	46	8	4	58	18
Rustjeneste (kommune/bydel)	1	1	1	0.5	2	1
Hjemmetjenester (kommune/bydel)	15	14	4	2	19	6
Dagsenter/dagtilbud	33	30.5	3	1	36	11
Psykiater med egen praksis	6	5.5	0	0	6	2
Psykolog med egen praksis	2	2	0	0	2	1
Missing	1	1	201	93	202	62

GAF: Global Assessment of Functioning

QPR: Spørreskjemaet the Questionnaire about the Process of Recovery

*Signifikant forskjell mellom pasienter med gyldig data ved studiestart og 18 måneder (N=108) sammenlignet med pasienter som gikk ut av behandling, ikke leverte spørreskjema eller ble ekskludert. $P < 0.05$.

^aVed testing av forskjell mellom gyldig utvalg (N=108) versus pasienter som gikk ut av behandling, ikke leverte spørreskjema eller ble ekskludert (N=2017), ble variabelen operasjonalisert som "bor alene" (N=204) versus "bor med andre" (N=109)

^bVed testing av forskjell mellom gyldig utvalg (N=108) versus pasienter som gikk ut av behandling, ikke leverte spørreskjema eller ble ekskludert (N=2017), ble variabelen operasjonalisert som "Schizofreni, schizotyp lidelse og

paranoide lidelser (F20-F29)" (N=270) versus "Andre diagnoser" (N=30)

^cGruffeforskjell mellom gyldig utvalg (N=108) versus pasienter som gikk ut av behandling, ikke leverte spørreskjema eller ble ekskludert (N=2017), ble kun testet for antipsykotisk medisin.

^dGruffeforskjell mellom gyldig utvalg (N=108) versus pasienter som gikk ut av behandling, ikke leverte spørreskjema eller ble ekskludert (N=2017), ble testet for om pasientene jobbet (N=130) versus ikke jobbet (N=188).

^ePasientene kan benytte seg av flere hjelpetilbud og derfor blir ikke summen 325 (100%). Ingen forskjeller mellom grupper i denne variabelen testet.

3.4 Variabler

3.4.1 Utfallsvariabel

"The questionnaire about the process of recovery" (QPR) er i denne studien utfallsvariabel. Dette er et selvutfyllingsskjema med 15 spørsmål for pasienter med psykoselidelse og deres opplevde recovery-prosess (Neil et al., 2007). Eksempler på spørsmål pasientene har svart på er "Jeg har det bedre med meg selv", "Mine forandringer har forandret meg til det bedre", "Jeg kan aktivt engasjere meg i livet", "Jeg klarer å hevde meg". De 15 delspørsmålene ble scoret på en femdelt skala: "0" = "Helt uenig", "1" = "Uenig", "2" = "Verken enig eller uenig", "3" = "Enig", "4" = "Helt enig".

Deretter ble alle 15 delspørsmål operasjonalisert i en totalskala ved henholdsvis studiestart og etter 18 måneders oppfølging. QPR totalskala ble beregnet ved å summere de 15 delspørsmålene for hver pasient ved hvert målepunkt. Deretter ble summen av hvert delspørsmål dividert med antall fullførte delspørsmål for hver pasient. Til slutt ble det beregnet en poengsum som representerte en endring i QPR-totalskala fra studiestart til 18 måneders oppfølging. Endringscoren ble laget ved å trekke QPR totale skalaverdi ved 18 måneders oppfølging fra den totale skalaverdien ved studiestart for hver pasient. Denne endringscoren ble brukt som utfallsmål i analysene nedenfor.

Oppsummert er det laget en endringsscore, det vil si QPR-totalscore ved 1,5 år minus QPR-lineære regresjonsmodellene justeres sammenhengen mellom prediktorvariablene i modellene og QPR ved 18 måneder for effekten av QPR ved studiestart, for slik å vise betydning av sosiale forhold ved studiestart for bedring i

recovery (økning i QPR) fra inklusjon til 18 måneder. Se tabell 2 for deskriptiv statistikk av variablene i QPR-spørreskjema.

Tabell 2: Deskriptiv statistikk av variablene i spørreskjemaet The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) - og totalscore og endringsscore ved studiestart og etter 18.måneder i endelig utvalg N=108.

Variabel	Studiestart			18 måneder oppfølging			Endring i endelig utvalg fra studiestart til 18 mnd*		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
Jeg har det bedre med meg selv	3.8	1.07	1-5	3.9	0.99	1-5	0.10	1.07	-3 - 3
Jeg føler meg i stand til å ta sjanser i livet	3.3	1.06	1-5	3.4	1.11	1-5	0.11	1.23	-2 - 3
Jeg er i stand til å utvikle positive forhold til andre menneske	3.9	0.84	2-5	3.8	0.97	1-5	-0.15	0.97	-3 - 2
Jeg føler meg som en del av samfunnet og ikke isolert	3.4	1.04	1-5	3.4	1.17	1-5	- 0.04	1.21	-4 - 3
Jeg er i stand til å hevde meg selv	3.5	0.98	1-5	3.4	1.07	1-5	-0.16	1.15	-3 - 3
Jeg føler livet har en mening	3.9	0.98	1-5	3.8	1.07	1-5	-0.13	0.96	-4 - 2
Mine erfaringer har endret meg til det bedre	3.8	0.88	1-5	3.7	1.01	1-5	-0.15	0.99	-3 - 3
Jeg har vært i stand til å akseptere ting som har skjedd med meg i fortiden og gått videre i livet mitt	3.8	0.96	1-5	3.7	1.09	1-5	-0.09	1.09	-2 - 3
Jeg er i grunnen sterkt motivert for å bli bedre	4.1	0.79	2-5	3.9	0.91	1-5	-0.16	0.94	-3 - 2
Jeg kan verdsette de positive tingene jeg har gjort	3.9	0.85	2-5	3.9	0.96	1-5	-0.08	1.12	-3 - 3
Jeg er i stand til å forstå meg selv bedre	3.9	0.81	2-5	3.9	0.88	1-5	-0.04	1.03	-3 - 3
Jeg kan ta ansvar for livet mitt	3.9	0.83	1-5	3.9	0.92	1-5	-0.03	0.88	-2 - 3
Jeg kan engasjere meg aktivt i livet	3.7	0.98	1-5	3.5	1.06	1-5	-0.13	0.99	-2 - 3
Jeg kan ta kontroll over deler av livet mitt	3.8	0.86	1-5	3.9	0.89	1-5	0.06	1.05	-2 - 3
Jeg kan finne tid til å gjøre de tingene jeg liker	3.9	0.84	2-5	3.8	0.93	1-5	-0.06	0.90	-3 - 2

*Endringsvariabel representerer QPR-score ved studiestart subtrahert med QPR-score etter 18.måneder oppfølging.

3.4.2 Prediktorvariabler: hyppighet av sosial kontakt

I samarbeid med pasientene har behandlerne svart på følgende spørsmål: "Hvor ofte ser pasienten følgende personer?: mor, far, barn, søsken, slektninger, venner".

Svaralternativene for hver kategori var "1" = "Har ikke", "2" = "Daglig", "3" = "1-2 ganger i uken", "4" = "1-2 ganger i måneden", "5" = "1-4 ganger i året" eller "6" = "Aldri". Svaralternativene ble deretter rekodet til en skala fra "0" til "4", hvor "0" = "Har ikke/aldri", "1" = "1-4 ganger i året", "2" = "1-2 ganger i måneden", "3" = "1-2 ganger i uken", "4" = "Daglig". Siden svaralternativet "Har ikke" ikke kunne kombineres med resten av den ordinære rangeringen, ble svaralternativene "Har ikke" og "Aldri" kombinert til en ny svarkategori. Se tabell 3.

Deretter ble hyppighet av sosial kontakt operasjonalisert inn i to skala, en for kontakt med familie/slekt og en for kontakt med venner. Skala for kontakt med familie/slekt ble laget av summen av scoren fra svarkategoriene angående kontakt med mor, far, barn, søsken, og slekt. Videre ble denne summen dividert med fem siden det i utgangspunktet var fem svarkategorier. Skala for kontakt med familie/slekt representerte derfor en gjennomsnittsscore for hyppighet av kontakt med familie/slekt gjennom kategoriene mor, far, barn, søsken og slekt. Skalaen ble brukt som en prediktor variabel (uavhengig variabel) i de statistiske modellene. Skala for hyppighet av kontakt med venner ble også brukt som prediktorvariabel.

De nevnte variablene ble brukt for å svare på forskningsspørsmål 1:

"Er høyere frekvens av sosial kontakt med familie, slekt eller venner prospektivt assosiert med recovery?". Se tabell 3 for deskriptiv statistikk over hyppighet av sosial kontakt med familie/slekt og venner.

Tabell 3: Deskriptiv statistikk over hyppighet av sosial kontakt familie og venner i endelig utvalg (N=108)

Hyppighet sosial kontakt	Hvor ofte ser pasienten følgende personer?				
	Har ikke/aldri	1-4 ganger i året	1-2 ganger i måneden	1-2 ganger i uken	Daglig
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Mor	32 (32)	8 (8)	20 (19)	24 (24)	17 (17)
Far	31 (30)	11 (11)	26 (26)	19 (19)	14 (14)
Barn	49 (57)	10 (12)	7 (8)	7 (8)	13 (15)
Søsken	9 (9)	32 (30)	35 (33)	21 (20)	8 (8)
Slektninger	26 (25)	49 (48)	18 (18)	8 (8)	1 (1)
Venner	17 (16)	14 (12)	26 (24)	34 (31)	17 (16)

3.4.3 Pasientenes opplevelse av sosiale aspekter

Spørreskjemaet “The Behavior And Symptom Identification Scale” (BASIS-24) ble brukt for å måle pasientens opplevelse av sosiale aspekter. BASIS-24 er et selvrappporterende spørreskjema utviklet i Storbritannia (Eisen et al., 1999; Cameron et al., 2007). Skjemaet måler grad av psykopatologi og fungering. BASIS-24 har god validitet og reliabilitet for å måle helsetilstanden fra pasientens eget ståsted (Eisen et al., 1999; Cameron et al., 2007).

I denne studien brukes seks kategorier (4-9) fra BASIS-24 delskala “Interpersonal relationships”. Det interpersonlige beskriver hvordan personen mestrer samspill og sosial kompetanse i samvær med andre mennesker - med andre ord, det mellommenneskelige samspillet (Andreassen, 2018). Spørsmålene fra BASIS-24, basert på den siste uken, lyder som følger: “Kommet overens med folk i familien din?”, “Kommet overens med folk utenfor familien din?”, “Klart deg bra i sosiale situasjoner?”, “Følt nært forhold til en annen person?”, “Følt at du hadde noen å henvende deg til hvis du trengte hjelp?” og “Følt trygg på deg selv?”. Hver kategori svares i en 5-punktskala der “0” = “Ikke noe av tiden”, “1” = “Litt av tiden”, “2” = “Halve tiden”, “3” = “Meste av tiden” og “4” = “Hele tiden”.

Disse variablene ble brukt for å svare på forskningsspørsmål 2:

“Er pasientenes opplevelse av sosiale aspekter prospektiv assosiert med recovery?”

Se tabell 4 for deskriptiv statistikk av opplevelse av sosiale aspekter.

Tabell 4: Deskriptiv statistikk over pasientenes opplevelse av sosiale aspekter ved bruk av spørreskjemaet BASIS-24.

Interpersonlige forhold*	<i>Gjennom den siste uken, hvor mye av tiden har du...</i>				
	Ikke noe av tiden	Litt av tiden	Halve tiden	Meste av tiden	Hele tiden
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Kommet overens med folk i familien din (4)	9 (8)	19 (18)	8 (7)	34 (32)	37 (35)
Kommet overens med folk utenfor familien din (5)	5 (4)	20 (19)	15 (14)	34 (32)	33 (31)
Klart deg bra i sosiale situasjoner(6)	4 (4)	24 (22)	18 (17)	37 (34)	25 (23)
Følt nært forhold til en annen person (7)	30 (28)	23 (21)	14 (13)	17 (16)	23 (22)
Følt at du hadde noen å henvende deg til hvis du trengte hjelp (8)	5 (5)	12 (11)	5 (5)	31 (29)	53 (50)
Følt trygg på deg selv (9)	5 (5)	23 (22)	15 (14)	38 (36)	25 (23)

* Delspørsmål 4 til 9 i *Behavior And Symptom Identification Scale* (BASIS-24)

NB: pga. manglende respons blir ikke prosentandelen alltid 100.

3.4.4 Bosituasjon

Behandlerrapportert informasjon angående pasientenes bosituasjon ble brukt for å lage to grupper: de som bor alene og de som bor med andre. Se tabell 5.

De nevnte variablene ble brukt for å svare på forskningsspørsmål 3:

“Er det å bo med andre prospektivt assosiert med recovery?”

Tabell 5: Deskriptiv statistikk over sosiodemografiske-, sosiale- og utfallsvariabler hos pasienter som bor alene (N=66) versus pasienter som bor med andre (N=41)^a

		Bor alene (N= 66)	Bor med andre (N= 41)
		Gjennomsnitt (standardavvik) min-maks	Gjennomsnitt (standardavvik) min-maks
Alder		45 (22-77)	38 (19-68)
QPR studiestart		42 (17-60)	41.7 (29-56)
QPR 18 måneder		42.14 (0-60)	39.6 (19-59)
		N (%)	N (%)
Hyppeghet kontakt venner	Daglig	14 (21)	3 (7)
	1-2 ganger i uken	21 (32)	12 (29)
	1-2 ganger i mnd	15 (23)	11 (27)
	1-4 ganger i året	9 (14)	5 (12)
	Aldri	7 (10)	10 (24)
Hyppeghet kontakt familie/slekt	1-2 ganger i uken	3 (5)	5 (12)
	1-2 ganger i mnd	9 (14)	9 (22)
	1-2 ganger i året	32 (48)	17 (41)
	Aldri/har ikke	16 (24)	10 (24)
	Missing	6 (9)	0
Relationships delskala (BASIS-24) Kommet overens med folk i familien din (4)	Ikke noe av tiden	7 (11)	2 (5)
	Litt av tiden	15 (23)	4 (10)
	Halve tiden	7 (11)	1 (2)
	Meste av tiden	14 (21)	19 (46)
	Hele tiden	23 (35)	14 (34)
	Missing	0 (0)	1 (2)
Kommet overens med folk utenfor familien din (5)	Ikke noe av tiden	3 (5)	2 (5)
	Litt av tiden	13 (20)	7 (17)
	Halve tiden	13 (20)	2 (5)
	Meste av tiden	19 (29)	14 (34)
	Hele tiden	18 (27)	15 (37)
	Missing	0 (0)	1 (2)
Klart deg bra i sosiale situasjoner (6)	Ikke noe av tiden	2 (3)	2 (5)
	Litt av tiden	19 (29)	5 (12)
	Halve tiden	7 (11)	10 (24)
	Meste av tiden		
	Hele tiden	20 (30)	17 (41)
	Missing	18 (27)	7 (17)
Følt nært forhold til en annen person (7)	Ikke noe av tiden	0 (0)	0 (0)
	Litt av tiden	20 (30)	10 (24)
	Halve tiden	14 (21)	8 (20)
		8 (12)	6 (15)

Følt at du hadde noen å henvende deg til hvis du trengte hjelp (8)	Meste av tiden	10 (15)	7 (17)	
	Hele tiden	13 (20)	10 (24)	
	Missing	0 (0)	0 (0)	
	Ikke noe av tiden	4 (6)	1 (2)	
	Litt av tiden	8 (12)	4 (10)	
	Halve tiden	4 (6)	0 (0)	
	Meste av tiden	19 (29)	12 (29)	
	Hele tiden	30 (45)	23 (56)	
	Missing	1 (2)	1 (2)	
Følt trygg på deg selv (9)	Ikke noe av tiden	4 (6)	1 (2)	
	Litt av tiden	16 (24)	6 (15)	
	Halve tiden	7 (11)	8 (20)	
	Meste av tiden	20 (30)	18 (44)	
	Hele tiden	18 (27)	7 (17)	
	Missing	1 (2)	1 (2)	
INSPIRE, delspørsmål 1-4	Føle meg støttet av andre personer (S1)	Ja	56 (85)	38 (93)
		Nei	10 (15)	3 (7)
		Missing	0 (0)	0 (0)
	Ha positive relasjoner til andre mennesker (S2)	Ja	60 (91)	37 (90)
		Nei	6 (9)	4 (10)
		Missing	0 (0)	0 (0)
	Ha støtte fra andre personer som har erfaring med tjenestene(S3)	Ja	42 (64)	24 (59)
		Nei	21 (32)	16 (39)
		Missing	3 (4)	1 (2)
	Føle meg som en del av samfunnet (S4)	Ja	52 (79)	35 (85)
		Nei	14 (21)	6 (15)
		Missing	0 (0)	0 (0)
		N (%)	N (%)	
Menn		37 (56)	16 (39)	
Kvinner		29 (44)	25 (61)	
Andel høyere utdanning		11 (17)	14 (34)	
Andel egen inntekt		6 (9)	5 (12)	

^aEn av de 108 pasientene i gyldig utvalg manglet informasjon

3.4.5 Om sosiale aspekter og opplevelsen av støtte er viktig for recovery

Spørreskjemaet “INSPIRE Measure of Staff Support for Personal Recovery” ble brukt for å måle pasientenes opplevelse av viktigheten av recovery og deres opplevelse av støtte for recovery. INSPIRE er et selvrappporterende spørreskjema med 27 spørsmål som inneholder to delskalaer: Støtte (20 spørsmål) og relasjoner (7 spørsmål) (Williams et al, 2015). Det ble brukt tre strukturerte delspørsmål fra INSPIRE (Williams et al., 2015): “Føle meg støttet av andre mennesker”, “Ha positive relasjoner til andre mennesker” og “Føle meg som en del av samfunnet”. Pasientene

svarte på om hvert av ovenstående utsagn er viktig (“Ja”) eller ikke (“Nei”). Dersom pasientene svarte “Ja”, ble de bedt om å krysse av for følgende svaralternativ på en femdelt skala: “0” = “Ikke i det hele tatt”, “1” = “Lite”, “2” = “Noe”, “3” = “Ganske mye”, og “4” = “Veldig mye”.

Summen av responsen for disse tre delspørsmålene ble brukt i de statistiske modellene som prediktorvariabel. Delspørsmål “Ha støtte fra andre personer som har erfaring med tjenestene” ble ikke inkludert som prediktorvariabel da medarbeider med brukererfaring er kun tilgjengelig for deler av utvalget i studien. I tillegg hadde 41 av 108 i utvalget ikke valide svar på dette delspørsmålet.

De nevnte variablene ble brukt for å svare på forskningsspørsmål 4 og 5:

“Om pasienter som opplever sosiale aspekter som viktig også opplever høyere grad av recovery enn de som ikke synes dette er viktig?” og “Er opplevelsen av støtte fra helsearbeideren med hensyn til sosiale aspekter prospektivt assosiert med recovery?”. Se tabell 6 for deskriptiv statistikk.

Tabell 6: Deskriptiv statistikk over om sosiale faktorer er viktig og opplevelsen av støtte fra helsearbeideren. Se vedlegg 4 (s.4) for en bedre forståelse av tabell 4.

Hva er viktig for deg, og hvordan støtter din tjenesteyter deg i slike områder som kan være viktige i din bedringsprosess?*	Ikke i det hele tatt		Lite	Noe	Ganske mye	Veldig mye
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Føle meg støttet av andre personer (S1)	Ja 95 (88) Nei 13 (12)	1 (1)	4 (4)	26 (27)	48 (51)	16 (17)
Ha positive relasjoner til andre mennesker (S2)	Ja 98 (91) Nei 10 (9)	1 (1)	11 (11)	21 (21)	50 (51)	15 (15)
Ha støtte fra andre personer som har erfaring med tjenestene(S3)	Ja 67 (64) Nei 37 (36)	1 (1.5)	3 (4)	28 (42)	28 (42)	7 (10)
Føle meg som en del av samfunnet (S4)	Ja 87 (81) Nei 21 (19)	0 (0)	14 (16)	23 (26)	39 (45)	11 (13)

* Delspørsmål S1 til S4 av INSPIRE

NB: pga. manglende respons blir ikke prosentandelen alltid 100.

3.5 Analyse

Utvalget på N=108, som ble inkludert i analysen, og utvalget N=217 som ikke ble inkludert ble det testet forskjeller i sosiodemografiske og kliniske variabler.

Gruppeforskjeller ble testet med Pearson's chi-square test (kategoriske variabler) eller Student's T-test (kontinuerlige variabler). Lineære regresjonsmodeller ble brukt til å teste de potensielle sammenhengene mellom sosiale prediktorvariabler ved studiestart og endring i QPR fra studiestart til 18 måneders oppfølging.

I alle modellene ble QPR totalskala ved 18 måneders oppfølging angitt som utfallsvariabel og QPR totalskala ved studiestart som kovariat/uavhengig variabel. Siden QPR totalskala ved 18 måneders oppfølging ikke var helt normalfordelt, avkortet vi de laveste variabelverdiene til de nærmeste kategoriene ved ytterkantene av distribusjonskurven (histogram).

P-verdier ble rapportert fra analyser med denne QPR-variabelen som utfallsvariabel. Effektstørrelser (B og beta) og 95% konfidensintervall for B ble rapportert fra analyser på den opprinnelige QPR-variabelen. Modellene ble justert for sosiodemografiske og kliniske variabler som kan konfundere forholdet mellom sosiale faktorer og recovery. Justeringsvariabler var alder, kjønn, utdanningsnivå, symptomnivå (GAF-S), funksjonsnivå (GAF-F), fysiske sykdom (ja/nei) og bruk av medisiner (ja/nei). Om pasientene bodde alene eller sammen med andre sannsynligvis påvirker en sammenheng mellom sosiale aspekt og recovery, ble det gjort en stratifisering av utvalget med hensyn til denne variabelen (Bo alene vs. bo med andre). Statistikkprogrammet SPSS v.24 (Armonk, NY: IBM Corp.) ble brukt i arbeidet. Det ble brukt to-halede tester med 0.05 p-nivå.

Studien presenterer deskriptiv statistikk med gjennomsnitt, standardavvik (SD) og p-verdi.

3.6 Forskningsetiske forhold ved studien

I dette studiet har vi informert deltakerne på forhånd om at all deltakelse i forskningsprosjektet er frivillig. Frivilligheten ble stadfestet gjennom skriftlig informert samtykke. Utfylte spørreskjema var av-identifiserte ved at kun et ID-nummer oppbevart separat fra skjema koplet besvarelsen til personen som fylte det ut. Anonymitet har blitt sikret da det ikke står navn eller gjenkjennerbar informasjon på spørreskjemaene. Innhentet informasjon ble behandlet konfidensielt og presentert i artikkelen slik at deltakerne ikke kan identifiseres. Rådata er oppbevart sikkert og forskriftsmessig på UiOs TSD-server. Navneliste og deltaker ID-nummer ble lagret forskriftsmessig separat fra data. Alle som har tilgang til innsamlede data har taushetsplikt. Prosjektet ble godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) i 2015 (ref. nr. 2015/2169). Endringsmelding som omfattet dette aktuelle delprosjektet ble godkjent våren 2020.

4. Resultat

Formålet med studien var å studere den potensielle sammenhengen mellom sosiale faktorer og recovery hos pasienter med psykoselidelser i spesialisthelsetjenesten. Hovedhypotese var at hyppigere og bedre sosial kontakt og det at pasienten mener gode relasjoner med andre er viktig, henger sammen med recovery over tid. Denne oppgaven baseres på responser fra og om et utvalg bestående av 108 brukere av psykisk helsevern med psykoselidelser som deltok i den nasjonale multisenterstudien "BedrePsykoseBehandling", samt deres respektive behandlere.

Dette utvalget (N=108) er et underutvalg av de 325 pasient-behandlerparene som leverte inn skjema. Underutvalget på 108 ble valgt fordi de hadde levert gyldige besvarelser både ved studiens start og etter 18 måneder. Deskriptiv statistikk og sammenligninger mellom utvalget på de 108 pasientene i den valide analysefilen og de 217 som enten ikke leverte inn spørreskjema eller som manglet variabler er vist i tabell 1. Sekstiseks (61%) av pasientene bodde alene og 40 (37%) bodde sammen med andre. Sammenligninger mellom det gyldige utvalget (N=108) og det utvalget som ble tapt ved 18 mdr oppfølging eller ekskludert på grunn av manglende eller ikke-gyldige responser, viste følgende: Det var signifikant forskjell i alder mellom det gyldige og ikke-gyldige utvalget (tabell 1): Deltakerne i det gyldige utvalget var eldre enn de som ikke er med i våre inferensielle analyser (Student T-test, $t = -2,16$,

gjennomsnittlig forskjell -3,26 (95% konfidensintervall (KI) for gjennomsnittlig forskjell = -6,23; -0,29), $p = 0,031$). Videre var det forskjell mellom gyldig og ikke-gyldig utvalg når det gjaldt kjønn: Det var overvekt av menn blant de utvalget som ikke ble analysert (Pearson's chi square test, chi square value = 6,53, $df = 1$, $p = 0,011$). Alkohol- og rusbruk: Pearson's chi square test, chi square value = 6.83, $df = 1$, $p = 0.009$), mens det var omtrent lik fordeling av kvinner og menn i utvalget som ble analysert videre.

QPR viste liten endring fra studiestart til 18 måneder oppfølging, noe som kan indikere at de 108 pasientene som deltok er pasienter som har et mer alvorlig/kronisk sykdomsbilde, og fremdeles er i behandling. I det gyldige utvalget ($N=108$) var gjennomsnittet av QPR totalscore 42,0 (standardavvik (SD) = 8,62, variasjonsbredde:17-60) ved studiestart. Ved 18 måneder var gjennomsnittet av QPR totalscore 40,9 (SD = 10,35), variasjonsbredde: 5-60.

4.1 Sammenhengen mellom sosiale aspekter og recovery

Resultatene av de lineære regresjonsanalysene med sosiale aspekter ved studiestart som prediktorvariabler og endring i QPR-totalskala som utfallsmål i det gyldige utvalget ($N = 108$) er vist i tabell 7. I det gyldige utvalget er pasientens opplevelse av deres sosiale liv, målt med delen Interpersonlige forhold fra BASIS-24, men ikke hyppighet av sosial kontakt med familie/slekt eller venner, assosiert med recovery når det gjaldt økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneders oppfølging (justert $B = 2,24$ (95% konfidensintervall (CI) for $B = -0,18; 4,67$), $p = 0,050$) (Tabell 7). Det var ingen statistisk signifikante sammenheng i modellene om recovery og støtte fra helsepersonell eller i gruppen om pasientene opplever sosiale aspekter som viktig også opplever høyere grad av recovery enn de som ikke synes dette er viktig. Imidlertid ble det funnet en sammenheng i modellene med pasienter som bodde alene versus å bo sammen med andre som uavhengig variabel, og endring i QPR ble funnet (justert $B = -3,74$ (95% KI = -7,36; -0,12), $P = 0,017$). Å bo alene var assosiert med en økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneders oppfølging.

Deskriptiv statistikk over sosiale variabler er vist i tabell 3 og 4. QPR-score ved studiestart og 18 måneders oppfølging, inkludert endring fra studiestart til 18

måneder er vist i tabell 2. Resultatene fra de lineære analysene der sosiale faktorer er prediktorvariabel og endring i QPR er utfallsmål i det valide utvalget (N=108) er vist i tabell 7.

Tabell 7: Lineær regresjonsmodell med sosiale variabler ved studiestart som prediktorvariabler og summert skala av The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) etter 18 måneder som utfallsmål* (N=108). Rådata og justert analyse.

Prediktor variabel		Crude	Justerte demografiske variabler (alder, kjønn, utdanning)	Justerte demografiske variabler (alder, kjønn, utdanning) og kliniske variabler (nivå av symptomer og funksjon, fysisk tilstand og bruk av medisin)
Hyppighet av kontakt med venner	B 95% CI for B beta P	1.06 -0.21; 2.33 0.13 0.080	1.03 -0.27; 2.34 0.12 0.096	0.81 -0.56; 2.18 0.10 0.207
Hyppighet av kontakt med familie/slekt	B 95% CI for B beta P	1.11 -0.99; 3.20 0.08 0.339	1.04 -1.21; 3.29 0.08 0.401	0.86 -1.49; 3.22 0.06 0.532
Interpersonlige forhold delskala (BASIS-24, spm 5-9**)	B 95% CI for B beta P	2.33 0.16; 4.50 0.19 0.020	2.43 0.04; 4.81 0.20 0.032	2.24 -0.18; 4.67 0.18 0.050
Bor med andre (ja/nei)	B 95% CI for B beta P***	-2.37 -5.67; 0.93 -0.11 0.074	-3.55 -7.13; 0.034 -0.16 0.021	-3.74 -7.36; -0.12 -0.17 0.017
Om pasienten opplever sosiale aspekter som viktig for deres recovery (INSPIRE del A spm 1,2,4**)	B 95% CI for B beta P	-1.72 -8.28; 4.84 -0.04 0.623	-2.21 -8.99; 4.57 -0.05 0.523	-2.22 -9.20; 4.76 -0.05 0.549
Støtte fra helsearbeider (INSPIRE del B spm 1,2,4**)	B 95% CI for B beta P	0.62 -1.68; 2.92 0.04 0.486	0.76 -1.71; 3.23 0.05 0.440	0.79 -1.74; 3.31 0.05 0.417

BASIS-24: 24 item Behavior And Symptom Identification Scale

CI: Konfidensintervall

*QPR sumskala 18 måneder ble brukt som utfallsvariabel og alle modeller ble justert for QPR sumskala ved studiestart.

**Gjennomsnitt av variablene er satt til uavhengig variabel.

***P-verdier er rapportert fra modeller med trunkerte QPR sumskala-verdier, Bs, 95% CI for B and betas er rapportert fra analyser ved bruk av uttransformerte verdier fra QPR

4.1.1 Hyppighet av sosial kontakt

Hyppighet av sosial kontakt med familie/slekt eller venner var ikke assosiert med recovery når det gjaldt økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneders oppfølging (justert B = 2,24 (95% konfidensintervall (CI) = -0,18; 4,67), p = 0,050) (Tabell 7).

4.1.2 Opplevelse av sosiale aspekt

Pasientenes opplevelse av deres sosiale liv målt med BASIS-24 (Interpersonal relationship) delskala og 3 spørsmål fra INSPIRE del B var assosiert med recovery når det gjaldt økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneder oppfølging.

4.1.3 Sosiale faktorer: Å bo alene eller bo sammen med andre

Stratifisert analyse på grunnlag av pasientene bodde alene (N=66) eller sammen med andre (N=41) viser at den signifikante sammenhengen/assosiasjonen mellom Interpersonal relationship delskala og endring i QPR-totalscore i det totale utvalget bare var på grunn av en effekt til stede i utvalget som bor sammen med andre (justert B = 4,89 (95% KI = 0,45; 9,33), p = 0,031) (Tabell 8). I utvalget av pasienter som bor alene, var det en tendens mot en sammenheng mellom hyppighet av kontakt med familie/slekt og økning i QPR-totalscore fra studiestart til oppfølging 18 måneder etter (justert B = 2,23 (95% KI = -0,37; 4,90)), p = 0,102)..

Pasienter som bor med andre har negativ endring i QPR fra 0-18 mnd sammenlignet med pasienter som bor alene. Denne studien viser at å bo alene er assosiert med en økning i QPR 0-18 måneder sammenlignet med de som bor med andre.

Tabell 8: Lineær regresjonsmodell med sosiale variabler ved studiestart som prediktorvariabler og summert skala av The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) etter 18 måneder som utfallsmål (N=108). Stratifiserte analyser basert på om pasienten bor alene eller bor med andre.

		Bor alene (N=66)		
Prediktorvariabel		Crude	Justerte demografiske variabler	Ferdigjustert modell^d
Hyppighet av kontakt med venner	B 95% CI for B beta P	0.85 -0.75; 2.45 0.10 0.270	0.84 -0.79; 2.47 0.10 0.306	0.90 -0.86; 2.66 0.10 0.342
Hyppighet av kontakt med familie/slekt	B 95% CI for B beta P	2.15 -0.29; 4.48 0.16 0.093	2.21 -0.28; 4.70 0.16 0.086	2.23 -0.37; 4.90 0.17 0.102
Interpersonlige forhold delskala (BASIS-24, spm 5-9 ^{**})	B 95% CI for B beta P	1.18 -1.31; 3.68 1.11 0.207	0.76 -2.05; 3.57 0.07 0.458	0.79 -2.14; 3.72 0.07 0.452
Om pasienten opplever sosiale aspekter som viktig for deres recovery (INSPIRE del A spm 1,2,4 ^{**})	B 95% CI for B beta P	-5.32 -12.57; 1.92 -0.13 0.168	-6.14 -13.43; 1.14 -0.15 0.110	-6.00 -13.81; 1.81 -0.15 0.154
Støtte fra helsearbeider (INSPIRE del B spm 1,2,4 ^{**})	B 95% CI for B beta P	0.20 -2.58; 2.99 0.01 0.834	-0.02 -3.02; 2.97 -0.002 0.938	-0.23 -3.43; 2.98 -0.02 0.880
		Bor med andre (N=41)		
Prediktorvariabel		Crude	Justerte demografiske variabler	Ferdigjustert modell^e
Hyppighet av kontakt med venner	B 95% CI for B beta P	1.17 -0.97; 3.31 0.16 0.303	1.22 -1.03; 3.47 0.17 0.295	1.10 -1.43; 3.63 0.15 0.846
Hyppighet av kontakt med familie/slekt	B 95% CI for B beta P	0.62 -3.46; 4.71 0.05 0.739	-1.20 -5.67; 3.27 -0.09 0.627	-1.53 -6.15; 3.10 -0.11 0.548
Interpersonlige forhold delskala (BASIS-24, spm 5-9 ^{**})	B 95% CI for B beta P	6.19 2.17; 10.22 0.45 0.004	5.71 1.36; 10.06 0.41 0.011	4.89 0.45; 9.33 0.35 0.031
Om pasienten opplever sosiale aspekter som viktig for deres recovery (INSPIRE del A spm 1,2,4 ^{**})	B 95% CI for B beta P	6.58 -6.29; 19.45 0.15 0.325	6.68 -6.85; 2.21 0.15 0.331	2.83 -11.33; 16.98 0.07 0.697

1,2,4**)				
Støtte fra helsearbeider (INSPIRE del B spm 1,2,4**)	B 95% CI for B beta P	1.39 -2.71; 5.48 0.11 0.516	2.43 -2.28; 7.14 0.19 0.297	2.70 -2.02; 7.42 0.21 0.242

BASIS-24: 24 item Behavior And Symptom Identification Scale

CI: Konfidensintervall/Confidence interval

^aQPR totalskala ved 18 måneder som utfallsmål og alle modeller ble justert for QPR totalskala ved studiestart

^bP-verdier er rapportert fra modeller med trunkerte QPR sumskala-verdier, B, 95% CI for B og beta rapporteres fra analyser ved bruk av ikke-transformerte QPR-variabler

^cGjennomsnitt av spørsmålene er angitt som uavhengig variabel

^dN=65

^eN=40

5. Diskusjon

Hovedfunnene viser at pasientenes opplevelse av interpersonlige relasjoner målt med «Interpersonal relationships»-delskalaen fra BASIS-24 var assosiert med recovery målt som økning i QPR-totalscore fra studiestart til 18 måneder oppfølging. Ingen andre assosiasjoner var statistiske signifikante i det totale gyldige utvalget (N=108). Da vi undersøkte det å bo alene versus å bo med andre i en stratifisert analyse, fremkom det imidlertid interessante funn. For det første fant man en negativ assosiasjon mellom det å bo med andre og økning i QPR fra studiestart til 18 mndr oppfølging. Sagt litt annerledes, så betyr at pasienter som bodde alene faktisk opplevde mer bedring, dvs økning i QPR, enn pasienter som bodde sammen med andre. I utvalget av pasientene som bor alene, var det en trend til at det var en sammenheng mellom hyppighet av kontakt med familie/slekt og recovery fra studiestart til oppfølging. I utvalget som bodde sammen med andre var en sammenheng mellom interpersonlige relasjoner og recovery, noe som indikerer at betydningen av sosiale aspekter er større når personer med psykoselidelser bor sammen med noen enn om de bor alene. Det ble ikke funnet en sammenheng mellom pasienter som opplever sosiale aspekter som viktig også opplever høyere grad av recovery enn de som ikke synes dette er viktig. Det ble heller ikke funnet en sammenheng om opplevelsen av støtte fra helsearbeideren og recovery

Resultatene støtter seg på CHIME-rammeverket, der “*connectedness*” i form av tilhørighet, meningsfylte roller og sosiale aspekter er sentrale ved recovery-prosessen (Leamy et al. 2011) Resultatene støtter seg også på tidligere studier med tanke på betydningen av sosiale aspekter og recovery. Imidlertid viser

Bjørnstad et.al (2016) viser til at *hyppigheten* av sosial kontakt med venner er en betydelig positiv prediktor for sykdomsbedring og recovery, men ikke at det var en sammenheng mellom hyppig kontakt med familie og opplevelse av recovery (Bjørnstad et al. 2016). Mens I denne studien viser utvalget av pasientene som bor alene, at det var det en trend mot en sammenheng mellom hyppighet av kontakt med familie/slekt og økning i QPR fra studiestart til oppfølging. Resultatene samsvarer med tidligere kvantitative undersøkelser som viser at sosial støtte og sosiale aspekter er assosiert med recovery for pasienter med psykiske lidelser (Bjornstad et al., 2017, Chronister et al., 2013, Hendryx et al., 2009). Resultatet samsvarer også med den kvalitative studien til Hansen et.al (2020) som viser at faktorer som relasjon og støtte fra familie og venner spiller en viktig rolle i recovery-prosessen.

Pasientene i denne studien som bor med andre en negativ endring i QPR fra 0-18 måneder sammenlignet med pasienter som bor alene. Målt med QPR er det å bo alene assosiert med bedring/recovery. Jeg finner ingen aktuelle studier som undersøker denne sammenhengen. I fagfelle vurderingen *Living with Schizophrenia: A Family Perspective* av Brady & McCain (2004) viser de til at å bo med personer som har en schizofrenidiagnose kan innebære omsorgsbyrde, skam og forlegenhet overfor sykdomsbildet, manglende sosial støtte og opplevelse av å bli stigmatisert. Stress og overinvolvering fra familien kan bidra til at personen med schizofrenidiagnosen opplever stress, tilbakefall og økt symptombilde. Funnene samsvarer med Shiraishi & Reilly (2019) sin fagfelle vurdering *Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary*. Der de viser til funn som mangel på personlige og sosiale ressurser, familiekonflikter og konflikt i interpersonlige forhold preges familier som har et medlem som er alvorlig psykisk syk. Dette kan forklarer våre funn med en negativ endring i QPR fra 0-18 måneder hos pasienter som bor med andre. Et overraskende funn er at i utvalget av pasientene som bor alene, var det en sammenheng mellom hyppighet av kontakt med familie/slekt og økning i QPR fra studiestart til oppfølging. Dette kan forklares med at pasienter som bor alene har større mulighet for å selv bestemme og oppsøke familie/slekt når de har behov for det. I tillegg har pasienter som bor alene en mulighet for å trekke seg tilbake og fokusere på seg selv i perioder det er nødvendig.

Det er med stor sannsynlighet at det endelige utvalget (N=108) representerer pasienter med mer alvorlig sykdomsbilde eller kroniske utfordringer enn pasientene (N=217) som ikke leverte spørreskjema etter 18 måneder. Disse ble mest sannsynlig henvist til primærhelsetjenesten. Denne hypotesen støttes av mangelen på forbedring av QPR-score fra studiestart til 18 måneder i totalutvalget.

Det ble heller ikke funnet aktuelle studier som undersøker sammenhengen mellom pasienter som opplever sosiale aspekter som viktig også opplever høyere grad av recovery enn de som ikke synes dette er viktig. Videre ble det heller ikke funnet en sammenheng om opplevelsen av støtte fra helsearbeideren var prospektivt assosiert med recovery. Men, flere studier har fremhevet helsearbeiderens rolle i recoveryprosessen og viktigheten av å støtte pasienten (Roush et al. 2015; Sælør et al. 2015; Harris & Panozzo 2019). I bakgrunn av nevnte funn og funnet i denne studien om sammenheng mellom opplevd kvalitet av interpersonlige forhold og recovery, bør helsearbeideren legge til rette, støtte og oppfordre pasienten til sosiale aktiviteter. Kommunale tilbud som aktivitetssenter, støtte- eller treningskontakt eller sosiale lavterskeltilbud kan være en god start for å etablere sosiale kontaktpunkt. Muligens kan en slik støtte fra helsearbeideren være spesielt viktig for pasientene som bor alene, selv om vi ikke fant den forventede sammenhengen av sosiale variabler og recovery i den gruppen. De negative funnene kan tydes i retning av at pasienter som bor alene trenger mer sosial støtte fra helsearbeideren for å oppnå recovery.

5.1 Styrker og svakheter

Denne studien undersøker betydningen av flere sosiale aspekter for recovery for mennesker med psykiske lidelser. En av studiens styrker er at den er basert på et stort utvalg fra 39 enheter i seks helseforetak fordelt på fire helseregioner. Denne studien har lengre oppfølging enn tidligere studier som omhandler sosiale aspekter og recovery. Imidlertid er studien hemmet av flere metodiske begrensninger som må nevnes. For det første var bare en tredjedel (N=108) av det opprinnelige utvalget (N=325) tilgjengelig for oppfølging etter 18 måneder. Dette kan representere et verdifullt tap av informasjon og kan svekke generaliserbarheten av de nåværende

studiefunnene. Det er med stor sannsynlighet at mange av disse pasientene har blitt henvist til primærhelsetjenesten på grunn av forbedring av symptomene og bedre helsetilstand etter studiens start. Derfor er det en sannsynlighet at det endelige utvalget representerer pasienter med mer alvorlig sykdomsbilde eller kroniske utfordringer enn pasientene som ikke leverte spørreskjema etter 18 måneder. Disse ble mest sannsynlig henvist til primærhelsetjenesten. Denne hypotesen støttes av mangelen på forbedring av QPR-score fra studiestart til 18 måneder i totalutvalget.

Selv om validerte måleinstrumenter ble brukt, inkluderer data fra studiestart bare deler av validerte måleinstrument. Validiteten til de andre måleinstrumentene med hensyn til hva som skulle studeres er ikke kjent. Selve datainnsamlingsmetoden i denne studien, i form av spørreskjema, gir en rekke fordeler og muligheter.

Informasjonsmengden reduseres til det man som forsker er interessert i.

Spørsmålene er laget på forhånd, og utvalget besvarer disse. Siden spørreskjemaene hadde ferdige formulerte svarkategorier og de samme spørsmålene ble stilt til et stort antall respondenter gir dette en enda sterkere avgrensing (Larsen, 2008). Noen av de sosiale variablene rapportert av behandlere og noen ble rapportert av pasientene. Selv om både pasientenes og behandlernes perspektiver er valide når man utforsker utfordringer i psykiske helse, kan potensielle avvik mellom disse perspektivene i rapporteringen begrense påliteligheten av funn i studien. Til slutt kan det være faktorer som konfunderer sammenhenger som ble forsket på. Imidlertid argumenterer vi for at de fleste konfunderende faktorer som sannsynligvis vil påvirke funn har blitt justert for, ettersom både kliniske og sosiodemografiske faktorer ble inkludert som kovariabler i de inferensielle analysene.

Lav deltakerrate er en stor metodologisk utfordring i mange kliniske studier, og da kanskje særlig i studier på pasientgrupper med alvorlige psykiske utfordringer. Som gruppe er pasienter med psykoselidelse vanskelig å tilnærme seg som forsker, da mange av pasientene kan ha vanskeligheter med å stole på folk og har utfordringer med å stole på folk de ikke kjenner (samarbeid rundt behandlingsløpet). Mange pasienter takker nei til å delta i forskningsprosjekter der de risikerer spørsmål eller å måtte utlevere seg selv til fremmede. Det kan også tenkes at ulike kartleggings- og spørreskjema blir nedprioritert i møtet med pasienten i klinisk setting, da det er mer hensiktsmessig å fokusere på "her og nå-utfordringer" i samtalene mellom pasient og

behandler. Lavt oppmøte kan gjøre at helsepersonell og forskere ikke prioriterer å inkludere pasientgruppen i studier.

I denne studien vet vi ikke hvor stor andel de 325 pasient-behandlerparene som ble med ved studiens start utgjør av den totale populasjonen av pasienter i målgruppen. I tillegg var det slik at omtrent 2/3 av de inkluderte pasientene falt fra mellom studiestart og oppfølging 18 måneder senere. De seleksjonsbias som har oppstått ved inklusjon og pga frafall underveis kan redusere generaliserbarheten av studiens funn til andre pasientpopulasjoner. Med andre ord: det er ikke sikkert at funn av signifikante sammenhenger i vårt utvalg på 108 pasienter i spesialisthelsetjenesten gjelder alle brukere av spesialisthelsetjenestene med psykoselidelser eller alle mennesker med psykose som sådan. Likevel er denne studien sannsynligvis den største og eneste nåværende studie med såpass mange deltakere og lang oppfølgingstid.

5.2 Recovery - diffust og abstrakt?

Det er viktig å nevne at til tross for at recovery i dag har bred tilslutning innenfor psykisk helse- og rusfeltet, så er tenkningen innen recovery også gjenstand for kritikk. Begrepet recovery kan oppleves diffust og abstrakt (Kildal, 2018). Det kan også være et paradoks at en retning som framhever viktigheten av likeverdighet og språkmessig tilgjengelighet, "recovery-språk" = vanlig dagligspråk, har fått et engelsk navn. Siden personlige valg og personens ansvar for og eierskap til egen recoveryprosess er sentralt i recovery-perspektivet, er, ifølge Kildal (2018), noe av den mest fremtredende kritikken av recovery at recoveryorientert praksis kan føre til ansvarsfraskrivelse fra helsetjenestene. Videre hevdes det at vektleggingen av selvstyring, at prosessene er individuelle, subjektive og 'eid' av personen selv kan føre til at pasienter med psykiske lidelser i for stor grad blir tilskrevet ansvaret for egen situasjon og helse. Kritikerne mener at pasientene i verste fall kan bli overlatt til seg selv og få for lite hjelp, med begrunnelsen i at det er opp til den enkelte å velge å ta imot tjenester, i stedet for at tjenestene tilpasses den enkeltes behov og situasjon (Kildal, 2018). Det er derfor viktig at helsepersonell anerkjenner pasientens håp og personlige mål, i tillegg til å ha et langsiktig og omfattende tilnærming til pasientens behov og ønsker (Biringer et al., 2016)

I tillegg viser Kildal (2018) til kritikk helsetjenestenes bruk av metodikk og målesystemer for å systematisere tjenestene. Det har blitt utviklet såkalte recoveryorienterte tjenester som baserer seg på en bestemt metodikk. Dette strider mot prinsippene i recovery, som tilsier at det ikke finnes en 'one-size-fits-all' metode (Kildal, 2018). Karlsson & Borg (2017) understreker at recovery ikke er en metodikk som kan implementeres, recovery utvikles i samarbeid mellom brukere, pårørende, fagpersoner og ledere i tjenestene. Men, som Kildal & Rauboti (2021) skriver "Videre har det også vært, særlig innen forskning, bekymring for at man glemmer det sosiale aspektet bak det sterke individfokus i samfunnet og i psykisk helsetjenester. Den sosiale konteksten har stor betydning for menneskers helse, (...) derfor argumenteres det derfor for i større grad å se psykisk helse- og rusutfordringer som et samfunnsproblem, noe som i praksis kan komme i konflikt med recovery-filosofiens fokus på iverksetting av egne ressurser og styring i eget liv. Mange frykter derfor at aspekter som omhandler relasjoner, sosiale samspill, arbeidslivet og bolig ikke blir tatt tak i og heller undergraves, noe som kan gi utilstrekkelig utbytte i behandlingen og være hemmende i bedringsprosessen."

6. Konklusjon

I denne longitudinale studien på pasienter med psykoselidelser i spesialisthelsetjenesten som deltok i det nasjonale multisenterprosjektet «BedrePsykoseBehandling» ble det funnet en sammenheng mellom opplevd kvalitet av interpersonlige relasjoner og recovery fra studiestart til 18 måneder. Stratifiserte analyser viste at denne sammenhengen mellom opplevelse av sosiale aspekter og recovery skyldtes en effekt som kun var til stede i underutvalget av deltakere som bodde sammen med andre. Dette kan tyde på at sosiale aspekter har mindre betydning for recovery hos personer som bor enn hos de som alt bor sammen med andre. Muligens er de interpersonlige forhold viktigere for følelsesliv og bedring hos personer med psykoselidelser som er prososiale, søker kontakt med andre og som har valgt å leve livet sammen med andre mennesker. Muligens kan stress, familiekonflikter, overinvolvering og høye krav bidra til tilbakefall, økt symptombilde og lavere grad av recovery for pasienter med en psykoselidelse som bor med andre

enn hos de som bor alene. Denne studien belyser at det bør forskes mer på sammenhengen mellom alvorlige psykiske lidelser, interpersonlige relasjoner og recovery. Man bør i framtidige studier fokusere på at det kan være karaktertrekk som henger sammen med ulike psykoselidelser som kan ha betydning for hvor mye sosiale aspekter betyr for recovery. I tidligere recoverylitteratur og i CHIME-rammeverket for recovery er sosiale aspekter sett på som kjerne-elementer i personlige bedringsprosesser. Men våre funn tyder på at sammenhengen mellom sosiale aspekter og recovery ikke nødvendigvis gjelder like mye for alle personer med psykoselidelser.

7. Litteraturliste

Andreassen O. Fra dogmer til kunnskap. Dagbladet. 3. januar 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/fra-dogmer-til-kunnskap/66424238> (nedlastet 10.05.2021).

Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*

Barbui, C., Girlanda, F. Ay, E., Cipriani, A., Beker, T., Koesters, M. (2016) *Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care*. Cochrane Database Syst Rev, 2014. 1: p. Cd009780.

Bjørnestad, J. , Joa I., Larsen T.K, Langeveld, J., Davidson, L. , Hegelstad, W.V., Anda, L.G., Veseth, M. , Melle, I. , Johannessen, J.O. og Bronnick, K. (2016) *Everyone Needs a Friend Sometimes” – Social Predictors of Long-Term Remission In First Episode Psychosis*. *JOURNAL=Frontiers in Psychology*

Borg, Marit (2007) *The nature of recovery as lived in everyday life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. NTNU.

Borg, M., Karlsson, B., Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapsammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

Brady, N., McCain, G. (November 29, 2004) *Living with Schizophrenia: A Family Perspective* OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 10 No. 1. DOI: 10.3912/OJIN.Vol10No01HirshPsy01

Breier A, Strauss JS (1984) *The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders*. *American Journal of Psychiatry* 1984;141:949–955. [PubMed: 6465369]

Boutillier, C. Le., M. Leamy, V. J. Bird, L. Davidson, J. Williams, og M. Slade (2011) *What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance* Psychiatr Serv. 2011;62(12):1470–6.

Chronister, J., Chou, C.-C., & Liao, H.-Y. (2013). *The Role of Stigma Coping and Social Support in Mediating the Effect of Societal Stigma on Internalized Stigma, Mental Health Recovery, and Quality of Life Among People with Serious Mental Illness*. Journal of Community Psychology, 41(5), 582-600.

Corrigan P.W, Phelan S.M.(2004) *Social support and recovery in people with serious mental illnesses*. Community Mental Health Journal;40:513–523. [PubMed: 15672690]

Cornblatt BA, Auther AM, Niendam T, Smith CW, Zinberg J, Bearden CE (2007). *Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. 2007;33(3):688–702. doi: 10.1093/schbul/sbm029.

Cullberg, J. (2005) *Psykosser et integrert perspektiv*. (2.utg.) Oslo: Universitetsforlaget

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.

Deegan, P. (1988) *Recovery: the lived experience of rehabilitation* Psychosocial Rehabilitation Journal doi:10.1037/h0099565

Deegan, P. (2005). *The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities*. Scandinavian Journal of Public Health, 33, 29–35.

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse - teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 52 s.

Folkehelseinstituttet (2018) *Psykisk lidelser hos voksne*

Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade (2008) *Making Recovery a Reality*.
Hentet fra: Making Recovery a Reality

Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). *Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations*. *Scandinavian Psychologist*, 1, e2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>

Hansen, H., Stige, S.H., Davidson, L., Løberg, E.M., & Veseth, M. (2020) "*Needing different things from different people*" – a qualitative exploration of recovery in first episode psychosis, *Social Work in Mental Health*, 18:1, 75-95, DOI: 10.1080/15332985.2019.1679324

Hendryx, M, C.A.Green og N.A. Perrin (2013) *Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness STARS Study Findings*. *J Behav Health Serv Res* **36**, 320–329 (2009). <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>

Helsedirektoratet. (2011) *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009*. [Patients in the mental health services 2009]. Oslo.

Johannessen, J.O., Larsen, T.K. & Jonassen, C. (2000) *Psykose hva er det?*, Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid - humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen. Fagbokforlaget

Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *RECOVERY Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T. Og Jonassen, R. (2013). *To see each other more like human beings...from both sides. Patients and therapists going to a study course together*. *International Practice Development Journal*, 3 (1).

Landheim, A. Wiig, FL. Brendbekken, M. Brodahl, M. & Biong, S. (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Larsen, A. K. (2008). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Law, H., Shryane, N., Bentall, RP., Morrison, AP. (2016) *Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis*. Br J Psychiatry. Jul;209(1):48-53. doi: 10.1192/bjp.bp.114.158428. Epub 2015 Nov 19. PMID: 26585094.

Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C., Williams, J., Slade, M (2011) *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*. British Journal of Psychiatry, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733

Luecht S, Lasser R (2006). *The concepts of remission and recovery in schizophrenia*. *Pharmacopsychiatry*. 2006;39:161–170. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39(5): 161-170

DOI: 10.1055/s-2006-949513

Løberg, E.M. & Johnsen, E. (2016) *Psykoselidelser (Red) Psykiske lidelser*. (s.104-121). Oslo: Gyldendal Akademisk

Meehan, T.J. Robert, J. King, P.H. Beavis, J. Robinson, D (2008): *'Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?'* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 42: 177-182.

Melle, I. (2015) *Psykotiske lidelser og samfunnet: Trenger vi kunnskap om miljøet i genetikkens tidsalder?* I S.R. Aminoff, A.O. Berg, T.V. Lagerberg, I.

Melle, C. Simonsen, T. Ueland. & M. Aas, (Red) *Psykose & Samfunn*. (s.15-29). Oslo: Universitetsforlaget

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D. W. & al (2002). *Illness management and recovery: A review of the research*. *Psychiatric Services*, 53, 10, 1272 – 1284

Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., og Sells, D. (2006)

The social nature of recovery. American journal of Psychiatric Rehabilitation

Neil, S. Pitt, L. Kilbride, M. Morrison, A. Nothard, S. Welford, M & Sellwood, W (2007) *The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)* The Bolton Salford and Trafford Service User Steering Committee

Pevalin, D., Goldberg, D (2003). *Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness*. *Psychological Medicine* 2003;33:299–306. [PubMed: 12622308]

Rowe, M & Davidson, L (2016): '*Recovering Citizenship*'. *Psychiatry relat Scivol* 53 (1).

Schiefloe, P. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Shiraishi, N., Reilly, J. (2019) *Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 277–290 . <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1617-8>

Schön, U., Denvold, A. og Topor, A. (2009) *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness* <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O`Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S & Whitley, R. (2014) "*Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems.*" *World Psychiatry*, feb 2014; 13(1): 12–20 (publisert online feb 4, 2014. doi: 10.1002/wps.20084).

Smith-Merry, J., Freeman, R., & Sturdy, S. (2011). *Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland*. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(1), 11. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1752-4458-5-11>

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., Le Boutillier, C. (2011). *Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence*

British Journal of Social Work

Tooth, B., Kalyanansundaram, V., Glover, H. & Momenzadah (2003)

Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. Australian Psychiatry

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer.* Oslo: Kommuneforlaget.

Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., Davidson, L. (2009)

Not just an individual journey: social aspects of recovery.

Hentet fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764009345062>

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006) *The role of family, friends and professionals in the recovery process.* American Journal of Psychiatric Rehabilitation

Weinmann, S., M. Koesters, T. Becker (2007) *Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review.* Acta Psychiatr

Whitley, R & Campbell, R.D (2014): *'Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness'*. Social Science & Medicine. 107: 1-8.

Williams, J., Leamy, M., Bird (2015). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50: 777.
<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>

Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, Maercker A, Guimon J.(2006) Validation of the QFS measuring the frequency and satisfaction in social behaviours in psychiatric adult population. DOI: 10.1016/s0013-7006(06)76136-x

Ødegaard, L.B, Wormdahl, I., Karlsen, R.K (2017) *100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell* (rapport nr.2) Originalforfatter Mike Slade.

Hentet fra:

https://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/tools-for-recovery/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf

Social factors and recovery: a longitudinal study of patients with psychosis in mental health services

Janniche Linde

Keywords: social aspects, recovery, psychotic disorder, mental health services

Abstract

Purpose: We aimed at studying the prospective association between social factors and mental health recovery in patients with psychotic disorders in mental health specialist services.

Methods: Baseline and follow-up data after 18 months were collected from 108 patients with psychosis from 39 clinical sites across Norway. Recovery was assessed using the Questionnaire about the Process of Recovery (QPR). Linear regression models were used to test the prospective associations between social predictor variables and mental health recovery.

Results: An association was found between experienced quality of interpersonal relationships at baseline and recovery over the next 18 months. Stratified analyses showed that the association between this social factor and recovery was present only among persons living with others. In the subsample of respondents living alone, there was a trend towards an association between frequency of contact with family/relatives and increase in QPR from start of the study to follow-up. No similar trends or associations were found in the subsample living with others.

Conclusions: Patients' experience of quality of interpersonal relationships are prospectively associated with recovery. The association between experience of quality of interpersonal relationships was found in patients living with others only. Findings indicate that interpersonal relationships matter most to persons who are prosocial in nature and already value interpersonal relations and social contacts in their lives.

Introduction

Recovery has become a central concept in mental health service delivery. According to Topor et al. (2006) the recovery process is multidimensional and includes several factors. The recovery process includes, not only the personal process in terms of managing illness, but also how our social life is with focus on friends, work and activity (Topor et al., 2006). The CHIME framework was developed to describe the central processes in recovery (Leamy, Bird, Boutillier, Williams, Slade, 2011). The five processes are: connectedness, hope and optimism about the future, identity, meaning in life and empowerment. In the CHIME framework, connectedness in the form of belonging, meaningful roles and social aspects are central to the personal recovery process (Leamy et al. 2011).

Social functioning is an important aspect of one's general mental health and refers to the individual's ability to function together with others (Cornblatt et al. 2007). Good social functioning is not necessarily synonymous with a clinical reduction in symptoms, severity of depression or number of episodes of psychosis (Zanello et al. 2006); However, deficits in social functioning can inhibit long-term recovery and even predict relapse (Luecht & Lasser, 2006).

According to Schön (2009) relationships with others are very important in the path to recovery and relationships with friends and family were seen as an important factor for a life outside mental health care. Most patients describe having a close friend who supports and contributes to recovery, this friend may or may not have experience in mental health (Schön et al., 2009). Qualitative studies have indicated that people in recovery rarely mention a specific method of treatment as the source of their recovery, but instead tend to refer to a specific person's presence and actions as helpful (Topor et al., 2006). However, people with mental illness have fewer close relationships and not all interpersonal relationships are experienced positively or encouraging for the person and his recovery (Tew et al., 2011).

Most studies on the importance of social relationships and social support for recovery are qualitative studies in the form of in-depth interviews with people who struggle with drug and/or mental health challenges (Biringier et al., 2017; Greiff et al., 2018) or they reflect the perspective or the role of their professional helpers (Roush et al., 2015; Sælør et al., 2015; Harris & Panozzo, 2019). Few studies have investigated the associations between social factors and recovery quantitatively. However, Law et al. (2016), with focus on the role of negative emotion in predicting recovery, showed that psychosocial factors (and negative emotions) were the strongest longitudinal predictors of variation in recovery, rather than psychiatric symptoms (Law et al. 2016). Hendryx et al. (2009) found that the size of the social network correlated with social support, i.e. the larger the network, the better the

social support was experienced by the service users. In addition to social support and social contact, the results of Hendryx et al.(2013) showed that more involvement in a wide range of different activities (physical activity, help groups, activity offers etc.) were also related to recovery, especially when the level of social support was low. Hendryx et.al's (2013) results are consistent with previous quantitative research in the field, such as Corrigan and Phelan (2004) and Pevalin and Goldbergs (2003).

Very few longitudinal studies have been performed on the association between social factors and recovery. In a study by Bjornestad et al. (2016), frequency of social interaction with friends was a significant positive predictor of remission over a two-year period. The findings of Bjornestad et al. (2016) imply that increased social frequency, if consistently maintained, in itself increases subjective satisfaction with social relationships in persons with psychosis. Another study by Bjornestad et al. (2017) showed that frequency of friendship interaction predicted clinical recovery during a two-year period. Positive effects on recovery related to social factors can in their study be attributed to the independent contribution of frequency of interaction with friends. Taken together, several quantitative studies point to an association between social support and recovery with severe mental conditions (Bjornestad et al., 2017; Chronister et al., 2013; Hendryx et al., 2009; Schön 2009).

The studies above provide useful understanding and detailed knowledge of the connection between social relationships and social support in the recovery process. However, they do not provide information concerning the association between the meaning of social support in (how much social support means for) the recovery process, or information about the strengths of the association between social contact or social support and recovery. Studies on the prospective associations between social factors and recovery are still lacking. In particular, there is a need for studies with a long follow-up interval considering multiple social factors as predictors of recovery.

Aims

The aim of the present study was to analyze the prospective association between social factors and recovery in a group of patients with psychotic conditions recruited from mental health specialist services. Our hypotheses are that high frequency and perceived quality of social relationships, and patients regarding social factors as important for their recovery, all are factors that are associated with recovery over time. We ask the following research questions:

- 1) Is higher frequency of social contacts with family/relatives or friends prospectively associated with recovery?
- 2) Is patients' experienced quality of social relationships prospectively associated with recovery?
- 3) Is living with others prospectively associated with recovery?
- 4) Is recovery larger in patients who regard social factors as important for their recovery than in patients who do not regard social factors as important?
- 5) Is experienced support from mental health professionals with regard to social aspects prospectively associated with recovery?

Methods

Design

The study had a longitudinal design with data from the project '*A cluster-randomized study on implementation of guidelines and evidence based treatments of psychoses*' ('*BedrePsykoseBehandling*'). Mental health clinics in six Norwegian health authorities (including three university hospitals) participated in the study. The study was approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (REK Sørøst B 2015/2169), following the principles in the Declaration of Helsinki. Data was gathered in 39 clinical units (i.e. Community Mental Health Centres (CMHCs) and hospital units, including outpatient clinics, day care units, mobile teams and inpatient wards). The inclusion period began in June 2016 and lasted until March 2017. The present study utilizes patient- and therapist-reported data (patient- therapist dyads) to explore the research questions. The study includes patient- and therapist reports from inclusion and 18 months follow-up.

Participants

A total of 325 patient-therapist dyads completed questionnaires at baseline. At the end of the data collection 18 months later, 121 patient-therapist dyads completed questionnaires, which resulted in a 37% follow-up rate.

In the 121 patient-therapist dyads, there were 109 patients with valid answers to the variables that represented social contact (the predictor variables) at the start of the study, and 120 and 121 patients with valid responses to the outcome measure QPR at start and after 18 months. The 12 patient respondents with invalid responses to the variables that measured either social contact, QPR at baseline or 18 months, were excluded from the data file.

One patient lacked gender information and was also excluded from the data file. Thus, the final valid analysis file included responses from N=108 patient-therapist dyads, i.e. 33% of the dyads at baseline. Descriptive statistics and statistical comparisons between the 108 patients in the valid analysis file and the 217 who were lost to follow-up or excluded due to missing variables are shown in Table 1. Two patients in the valid sample (N=108) and nine in the group of patients lost to follow-up or excluded (N=217) lacked information about age. Seven out of the N=217 patients who were lost to follow-up or excluded had missing information on the QPR total scale and fifteen of the patients in the valid file and 26 of patients lost to follow up, respectively, had missing information on the GAF-S and GAF-F. Among the N=108 patients in the valid sample, seven were recorded with “Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-F19)” as secondary diagnosis, six with Major depressive disorder, single episode and Major depressive disorder, recurrent (F32-F33), eight with Anxiety, dissociative, stress-related, somatoform and other nonpsychotic mental disorders (F40-F48) and four with Disorders of adult personality and behavior (F60-F69).

Sixty-six patients (61%) were living alone and 40 (37%) were living with others. Significant difference between patients with valid data at inclusion and 18 months follow-up (N=108) versus patients lost to follow-up or excluded due to nonvalid responses (N=217) were found for the following variables (Table 1). Age: Student's T-test, $t=-2.16$, mean difference -3.26 (95% confidence interval (CI) for mean difference= -6.23 ; -0.29), $p=0.031$. Sex: Pearson's chi square test, chi square value= 6.53 , $df=1$, $p=0.011$. Alcohol-/substance abuse: Pearson's chi square test, chi square value= 6.83 , $df=1$, $p=0.009$.

Table 1. Sociodemographic and clinical information at inclusion about the sample of patients with valid data at inclusion and 18 months follow-up (N=108), patients lost to follow-up or excluded (N=217) and the total sample of patients (N=325)

Variable	Valid sample (N=108)		Lost to follow-up or excluded (N=217)		Total sample (N=325)	
	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range	Mean (SD)	Range
Age*, years	42 (12.3)	19-77	39 (12.8)	16-71	40 (12.7)	16-77
QPR mean-based total scale	42 (8.62)	17-60	40 (11.1)	5-60	40.9 (10.35)	5-60
GAF-Function	44 (22.8)	10-80	44 (19.7)	10-90	44 (20.7)	10-90
GAF-Symptom	59 (13.4)	30-90	55 (13.2)	30-90	56 (13.3)	30-90
	N	%	N	%	N	%
Sex*						
Male	53	49	138	64	191	59
Female	55	51	78	36	133	41
Missing	0	0	1	0.5	1	0.3
Education, years						
Not completed primary school/junior high school	2	2	7	3	9	3
Completed primary school/junior high school	32	30	64	29	96	30
Completed high school/certificate of apprenticeship	45	42	91	42	136	42
Higher education/college	25	23	38	18	63	19
Other	2	2	8	4	10	3
Missing	2	2	9	4	11	3

Civil status						
Married	10	9	22	10	32	10
Co-habiting/partner	11	10	22	10	33	10
Living alone	74	69	150	69	224	69
Divorced/separated	12	11	21	10	33	10
Widow/-er	1	1	0	0	1	0.3
Missing	0	0	2	1	2	1
Living situation^a						
Living alone	66	61	138	64	204	63
Living with spouse/partner	18	17	35	16	53	16
Living with children only	6	6	4	2	10	3
Living with parents/family members	13	12	27	12	40	12
Living with friends	4	4	2	1	6	1.8
Missing	1	1	11	5	12	4
Primary diagnosis^b						
Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders (F20-F29)	88	81	182	84	270	83
Other diagnosis	11	10	19	9	30	9
Missing	9	8	16	7	25	8
Alcohol or substance abuse[*]						
Yes	5	4.6	31	14	36	11
No	78	72	147	68	225	69
Missing	25	23	39	18	64	13
Medication						
Yes	104	96	196	90	300	92
No	4	4	13	6	17	5
Missing	0	0	8	4	8	3
Antipsychotic medication^c						
Yes	93	86	193	89	286	88
No	15	14	24	11	39	12
Missing	0	0	0	0	0	0

Physical disorder						
Yes	47	44	87	40	134	59
No	61	56	130	60	191	41
Work status^d						
Without work	58	54	107	49	165	51
Ordinary work	10	9	17	8	27	9
Work adjustment	9	8	8	4	17	5
Work training	6	6	24	11	30	9
Student	7	6	16	7	23	7
Stay-at-home parent	1	1	2	1	3	1
Hospitalized	4	4	19	9	23	7
Other	12	11	18	8	30	9
Missing	1	1	6	3	7	2
Professional network^e						
Community mental health services	50	46	8	4	58	18
Community addiction services	1	1	1	0.5	2	1
Community home care services	15	14	4	2	19	6
Day care/activity centres	33	30.5	3	1	36	11
Private psychiatrist	6	5.5	0	0	6	2
Private psychologist	2	2	0	0	2	1
Missing	1	1	201	93	202	62

GAF: Global Assessment of Functioning

QPR: the Questionnaire about the Process of Recovery

*Significant difference between patients with valid data at inclusion and 18 months follow-up (N=108) versus patients lost to follow-up or excluded (N=217), $P < 0.05$.

^aWhen testing the difference between the valid sample of patients (N=108) versus the patients lost to follow-up or excluded (N=217), the variable was operationalized as 'living alone' (N=204) versus 'living with others' (N=109)

^bWhen testing the difference between between the valid sample of patients (N=108) versus the patients lost to follow-up or excluded (N=217), the variable was operationalized as Schizophrenia, schizotypal, delusional, and other non-mood psychotic disorders F20-F29 (N=270) versus "Other disorders" (N=30)

^cGroup differences between the valid sample of patients (N=108) versus the patients lost to follow-up or excluded (N=217) were only tested for antipsychotic medication

^dGroup differences between the valid sample of patients (N=108) versus the patients lost to follow-up or excluded (N=217) were tested for patients currently working (N=130) versus not working (N=188)

^ePatients may use several services and thus numbers do not add up to 325 (100%). No comparisons between groups were performed for this variable

Measures

Outcome variable:

In this study the 15 items Quality of the Process of Recovery (QPR) (Neil et al., 2009) was used. This is a self-completion form with 15 questions for patients with experience of psychosis and their experience of their recovery processes. Examples of items are 'I feel better about myself', 'I feel able to take chances in life', 'I feel part of society rather than isolated' and 'I feel that my life has a meaning'. The 15 items are scored on a five-part scale (0 = Disagree strongly, 1 = Disagree, 2 = Neither agree nor disagree, 3 = Agree, 4 = Agree strongly).

Of the 325 patients participating at the start of our study, 292 had completed all 15 QPR items. Sixteen, five, two, two, one and seven patients lacked answers to one, two, three, four, seven and fifteen of the items, respectively. Missing items were replaced in up to four of the 15 items in an imputation process similar to 'bootstrapping' (Efron & Tibshirani, 1993). Of the 121 patients participating in the follow-up at 18 months, 110 had completed all 15 items. Eight patients lacked responses to one item, one patient on three items and two patients lacked answers on four items. These missing responses were imputed according to the same procedure as above. Table 2 shows descriptive statistics of QPR items- and total scale at inclusion and at 18 months follow-up, and change between inclusion and 18 months, in the valid sample (N=108).

We operationalized the 15 QPR items into a total scale at the start of the study and at 18 months follow-up, respectively. QPR total scales were computed by summing up the 15 item responses for each patient at each point of measurement. Then, the sum of each of the items was divided by the number of completed items for each patient. Intrascala consistency as measured by Cronbach's alpha was 0.89 for the QPR total scale in the valid sample at baseline and 0.94 at 18 months follow-up. Finally, a score representing the change in QPR total scale from inclusion to 18 months of follow-up was calculated. The change score was made by subtracting the QPR total scale value at 18 months of follow-up from the total scale value at the start of each patient. A high positive score on the change score means that the patient has experienced personal recovery from the start of the study to 18 months of follow-up. This change score was used as the outcome measure in the analyses below.

Table 2. Descriptive statistics of The Questionnaire about the Process of Recovery (QPR) items- and total scale at inclusion and at 18 months follow-up, and change between inclusion and 18 months, in the valid sample (N=108)

Variable	Inclusion			18 months follow-up			Change in valid sample from inclusion to 18 months*		
	M	SD	Range	M	SD	Range	M	SD	Range
I feel better about myself	3.8	1.07	1-5	3.9	0.99	1-5	0.10	1.07	-3 - 3
I feel able to take chances in life	3.3	1.06	1-5	3.4	1.11	1-5	0.11	1.23	-2 - 3
I am able to develop positive relationships with other people	3.9	0.84	2-5	3.8	0.97	1-5	-0.15	0.97	-3 - 2
I feel part of society rather than isolated	3.4	1.04	1-5	3.4	1.17	1-5	- 0.04	1.21	-4 - 3
I am able to assert myself	3.5	0.98	1-5	3.4	1.07	1-5	-0.16	1.15	-3 - 3
I feel that my life has a purpose	3.9	0.98	1-5	3.8	1.07	1-5	-0.13	0.96	-4 - 2
My experiences have changed me for the better	3.8	0.88	1-5	3.7	1.01	1-5	-0.15	0.99	-3 - 3
I have been able to come to terms with things that have happened to me in the past and move on with my life	3.8	0.96	1-5	3.7	1.09	1-5	-0.09	1.09	-2 - 3
I am basically strongly motivated to get better	4.1	0.79	2-5	3.9	0.91	1-5	-0.16	0.94	-3 - 2
I can recognize the positive things I have done	3.9	0.85	2-5	3.9	0.96	1-5	-0.08	1.12	-3 - 3
I am able to understand myself better	3.9	0.81	2-5	3.9	0.88	1-5	-0.04	1.03	-3 - 3
I can take charge of my life	3.9	0.83	1-5	3.9	0.92	1-5	-0.03	0.88	-2 - 3
I can actively engage with life	3.7	0.98	1-5	3.5	1.06	1-5	-0.13	0.99	-2 - 3
I can take control of aspects of my life	3.8	0.86	1-5	3.9	0.89	1-5	0.06	1.05	-2 - 3
I can find the time to do the things I enjoy	3.9	0.84	2-5	3.8	0.93	1-5	-0.06	0.90	-3 - 2

*Change variables represent the QPR item score at inclusion subtracted from the QPR item score at 18 months follow-up

Predictor variables

Descriptive statistics of social variables, i.e. frequency of social contact, items 4 to 9 of the Interpersonal relationships subscale of the Behavior And Symptom Identification Scale (BASIS-24) and INSPIRE items S1 to S4 at inclusion in the valid sample (N=108) are shown in Table 3.

Frequency of social contact	<i>How often does the patient see the following persons...</i>					
	Does not have/never	1-4 times/year	1-2 times/month	1-2 times/week	Daily	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Mother	32 (32)	8 (8)	20 (19)	24 (24)	17 (17)	
Father	31 (30)	11 (11)	26 (26)	19 (19)	14 (14)	
Children	49 (57)	10 (12)	7 (8)	7 (8)	13 (15)	
Brothers or sisters	9 (9)	32 (30)	35 (33)	21 (20)	8 (8)	
Relatives	26 (25)	49 (48)	18 (18)	8 (8)	1 (1)	
Friends	17 (16)	14 (12)	26 (24)	34 (31)	17 (16)	
Interpersonal relationships scale ^a	<i>During the PAST WEEK, how much of the time did you...</i>					
	None of the time	A little of the time	Half the time	Most of the time	Always	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Get along with people in your family (4)	9 (8)	19 (18)	8 (7)	34 (32)	37 (35)	
Get along with people outside your family (5)	5 (4)	20 (19)	15 (14)	34 (32)	33 (31)	
Get along well in social situations (6)	4 (4)	24 (22)	18 (17)	37 (34)	25 (23)	
Feel close to another person (7)	30 (28)	23 (21)	14 (13)	17 (16)	23 (22)	
Feel like you had someone to	5 (5)	12 (11)	5 (5)	31 (29)	53 (50)	

turn to if you needed help (8)						
Feel confident in yourself (9)		5 (5)	23 (22)	15 (14)	38 (36)	25 (23)
Whether social factors are important^b		Whether one feels supported by the professional helper^b				
<i>An important part of my recovery is...</i>		<i>I feel supported by my worker with this...</i>				
		Not at all	Not much	Somewhat	Quite a lot	Very much
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Feeling supported by other People (S1)	Yes 95 (88) No 13 (12)	1 (1)	4 (4)	26 (27)	48 (51)	16 (17)
Having positive relationships with other people (S2)	Yes 98 (91) No 10 (9)	1 (1)	11 (11)	21 (21)	50 (51)	15 (15)
Having support from other people who use services (S3)	Yes 67 (64) No 37 (36)	1 (1.5)	3 (4)	28 (42)	28 (42)	7 (10)
Feeling part of my community (S4)	Yes 87 (81) No 21 (19)	0 (0)	14 (16)	23 (26)	39 (45)	11 (13)

^aItems 4 to 9 of the Behavior And Symptom Identification Scale (BASIS-24)

^bItems S1 to S4 of the INSPIRE

Note: Due to missing responses, the percentages do not always add up to 100

Frequency of social contact

The therapists were asked to answer the following questions in collaboration with their patients: ‘How often does the patient meet the following people?: mother, father, children, siblings, relatives, friends’. Response alternatives for each category of contacts were ‘1’ = ‘Does not have’, ‘2’ = ‘Daily’, ‘3’ = ‘1-2 times / week’, ‘4’ = ‘1-2 times / month’, ‘5’ = ‘1-4 times / year’ or ‘6’ = ‘Never’. We recoded this response scale to a scale from ‘0’ to ‘5’, where ‘0’ = ‘Does not have/ Never’, ‘1’ = ‘1-4 times/year’, ‘2’ = ‘1-2 times/month’, ‘3’ = ‘1-2 times/week’ and ‘4’ = ‘daily’. Since the option ‘Does not have’ did not match the rest of response alternatives with ordinal ranking, we combined the ‘Does not have’ and ‘Never’ response categories into a new common category ‘0’ = ‘Does not have / Never’.

We operationalized the frequency of social contact into two scales, one for contact with family/relatives and one for contact with friends. We made the scale for contact with family/relatives by summing up the scores from the items about contact with mother, father, children, siblings and relatives, and then dividing the resulting sum by

five (as there were originally five categories). The scale for contact with family/relatives therefore expressed an average score for the frequency of contact with family/relatives across the category mother, father, children, siblings and relatives. This scale was used as a predictor variable in the statistical models. The remaining scale for contact with friends (one item) was also used as a predictor variable.

Patients' experience of interpersonal relationships

The Behavior And Symptom Identification Scale (BASIS-24) were used to measure patients' experience of interpersonal relationships. The BASIS-24 is a short self-report questionnaire for patients in mental health developed in the UK (Eisen et al, 1999 & Cameron et al. 2007). The questionnaire measures the degree of psychopathology and functioning and is filled in by the patient himself (Eisen et al, 1999). According to Cameron et al (2007), BASIS-24 is a brief and easily administered, self-complete measure of mental well-being and functioning that adequately meets the requirements of reliability, validity and responsiveness to change required of an outcome measure. The Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-24) has good validity and reliability for assessing mental health status from a service user perspective (Eisen et al, 2004; Cameron et al, 2007).

In this study, we used the six items (items 4-9) which constitute the BASIS-24 sub-scale 'Interpersonal relationships'. These items, based on their last week, read as follows: 'Get along with people in your family?', 'Get along with people outside your family?', 'Get along well in social situations?', 'Feel close to another person?', 'Felt like you had someone to turn to if you needed help?' and 'Felt confident in yourself?'. Each item can be answered in a 5-point scale from '0' = 'None of the time', '1' = 'A little of the time', '2' = 'Half the time', '3' = 'Most of the time' to '4' = 'Always'. Internal consistency of the subscale as estimated by Cronbach's alpha was 0.80 among the six items of the Intrapersonal relationships subscale.

Living situation

Therapist-reported information about the patient's living situation (Table 1) was used to create two sub-groups according to whether the patients lived alone or together with others.

Whether social factors are important for recovery, and experienced support with recovery

We used the *INSPIRE Measure of Staff Support for Personal Recovery* to examine the patients' perceptions of the importance of social aspects for their recovery and their experienced support from therapists with their recovery. The INSPIRE is a 27-item self-report questionnaire that measures perceived staff support for personal recovery (Williams et al, 2015). It consists of two subscales: Support (20 items) and Relationship (7 items).

We used three support items from INSPIRE (Williams et al., 2015) at study start to answer the research questions about whether participants perceived social support as important to their recovery and to what extent they experienced support for their social relationships from their therapists. These items were: 'Feeling supported by other people' (item S1), 'Having positive relationships with other people' (S2), and 'Feeling part of my community' (S4). Patients were asked to answer whether each of the alternatives above was important ('Yes') or not ('No') for him/her (Part A). They also responded to questions about how much support they received from their therapist in this regard (Part B). Responses were given on a five-point scale: 'Not at all' (= 0), 'Not much' (= 1), 'Somewhat' (= 2), 'Quite a lot' (= 3) and 'Very much' (= 4). Means of responses to these three items were used as predictor variables in the statistical models. The item 'Having support from other people who use services' was not included as a predictor variable because peer worker support is only available to some patients in specialist mental health services.

Statistical analysis

We tested the differences in sociodemographic and clinical variables between the N=108 sample included in the final analysis, and the N=217 sample not included. Group differences were tested with the Pearson's chi-square test (categorical variables) or the Student's T-test (continuous variables). Linear regression models were used to test the prospective associations between social predictor variables at baseline and change in QPR from baseline to 18 months follow-up. In all models, the QPR total scale at 18 months follow-up was entered as outcome variable and the QPR total scale at baseline as co-variate. Since the QPR total scale at 18-month follow-up was not completely normally distributed, we truncated the lowest variable values into the nearest categories at the outer edges of the distribution curve (histogram). P-values were reported from analyses with this QPR-variable as outcome variable. Effect sizes (B and beta) and 95% confidence interval for B were reported from analyses on the original QPR-variable. The models were adjusted for sociodemographic and clinical variables that may

confound the relationship between social factors and recovery. Adjustment variables were age, gender, level of education, level of symptoms (GAF-S), level of functioning (GAF-F), physical conditions (yes/no) and use of medication (yes/no). As the patients' living situation in terms of whether they lived alone or with others probably moderates an association between social factors and recovery, we choose to stratify the sample with regard to this variable (i.e. living alone versus living with others). We used SPSS v. 24 (Armonk, NY: IBM Corp.). Tests were two-tailed tests with 0.05 as *p*-level.

Results

The association between social factors and recovery

Mean QPR total scale score was 42.0 (standard deviation (SD)=8.62, range 17-60) at baseline and 40.9 (SD=10.35), range 5-60, at 18 months follow-up in the valid sample. Mean QPR scores at baseline, 18 months follow-up and change from baseline to follow-up are shown in Table 2. Descriptive statistics of social variables are shown in Table 3.

Results of the linear regression analyses with social factors at start of the study as predictor variables and change in the QPR total scale as outcome in the total valid sample (N=108) are shown in Table 4. In the total sample, patients' perception of their social life as assessed by the Interpersonal relationships subscale from the BASIS-24, but not their frequency of social contact with friends or family/relatives, was prospectively associated with recovery in terms of increase in QPR total score from start of the study to 18 months follow-up (adjusted B=2.24 (95% confidence interval (CI) for B= -0.18; 4.67), *p*=0.050) (Table 4). There were no statistically significant associations in the models regarding support from health care worker or in the group of patients regarding social aspects as important for their recovery versus the group that did not regard social aspects as important as independent variable. However, a negative association was found in the models with patients living alone versus living with others as independent variable and change in QPR was found (adjusted B=-3.74 (95% CI=-7.36; -0.12), *P*=0.017). Living alone was associated with increased QPR total score from start of the study to 18 months follow-up.

Table 4. Linear regression model with social variables at inclusion as predictor variables and summary scale of The Questionnaire about the Process or Recovery (QPR) at 18 months as outcome variable^a (N=108). Crude and adjusted analyses.

Predictor variable		Crude	Adj. demographic variables (age, gender, education)	Adj. demographic variables (age, gender, education) and clinical variables (level of symptoms and functioning, physical conditions and use of medication)
Frequency of contact with friends	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	1.06 -0.21; 2.33 0.13 0.080	1.03 -0.27; 2.34 0.12 0.096	0.81 -0.56; 2.18 0.10 0.207
Frequency of contact with family/relatives	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	1.11 -0.99; 3.20 0.08 0.339	1.04 -1.21; 3.29 0.08 0.401	0.86 -1.49; 3.22 0.06 0.532
Interpersonal relationships subscale (BASIS-24, items 5-9 ^b)	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	2.33 0.16; 4.50 0.19 0.020	2.43 0.04; 4.81 0.20 0.032	2.24 -0.18; 4.67 0.18 0.050
Living with others (yes/no)	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	-2.37 -5.67; 0.93 -0.11 0.074	-3.55 -7.13; 0.034 -0.16 0.021	-3.74 -7.36; -0.12 -0.17 0.017
Whether the person regards social aspects as important for their recovery (INSPIRE part A items 1,2,4 ^b)	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	-1.72 -8.28; 4.84 -0.04 0.623	-2.21 -8.99;4.57 -0.05 0.523	-2.22 -9.20; 4.76 -0.05 0.549
Support from health care worker (INSPIRE part B items 1,2,4 ^b)	B 95% CI for B beta <i>P</i> ^c	0.62 -1.68; 2.92 0.04 0.486	0.76 -1.71; 3.23 0.05 0.440	0.79 -1.74; 3.31 0.05 0.417

BASIS-24: 24 item Behavior And Symptom Identification Scale

CI: Confidence interval

^aQPR summary scale at 18 months was entered as outcome variable and all models were adjusted for QPR summary scale at inclusion

^bMean of items entered as independent variable

^c*P*-values are reported from models with QPR summary scale values truncated at the ends, Bs, 95% CI for B and betas are reported from analyses using nontransformed QPR variables

Living alone or living with others

The analysis stratified on the basis of whether the patients were living alone (N=66 (61%)) or with others (N=41 (37%)) revealed that the significant association between the Interpersonal relationships subscale and change in QPR in the total sample was due to an effect only present in the subsample of patients living with others (adjusted B=4.89 (95% CI=0.45; 9.33), p=0.031) (Table 5). In the subsample of patients living alone, there was a trend towards an association between frequency of contact with family/relatives and increase in QPR from start of the study to follow-up (adjusted B=2.23 (95% CI=-0.37; 4.90), p=0.102). No similar trends or associations were found in the subsample living with others.

Table 5. Linear regression model with social variables at inclusion as predictor variables and summary scale of The Questionnaire about the Process or Recovery (QPR) at 18 months as outcome variable^a (N=108). Analyses are stratified based on whether the respondent is living alone or with others. Crude and adjusted analyses

		Living alone (N=66)		
Predictor variable		Crude	Adj. demographic variables	Fully adjusted model ^d
Frequency of contact with friends	B 95% CI for B beta P	0.85 -0.75; 2.45 0.10 0.270	0.84 -0.79; 2.47 0.10 0.306	0.90 -0.86; 2.66 0.10 0.342
Frequency of contact with family/relatives	B 95% CI for B beta P	2.15 -0.29; 4.48 0.16 0.093	2.21 -0.28; 4.70 0.16 0.086	2.23 -0.37; 4.90 0.17 0.102
Interpersonal relationships subscale (BASIS-24, items 5-9 ^c)	B 95% CI for B beta P	1.18 -1.31; 3.68 1.11 0.207	0.76 -2.05; 3.57 0.07 0.458	0.79 -2.14; 3.72 0.07 0.452
Whether the person regards social aspects as important for their recovery (INSPIRE part A items 1,2,4 ^c)	B 95% CI for B beta P	-5.32 -12.57; 1.92 -0.13 0.168	-6.14 -13.43; 1.14 -0.15 0.110	-6.00 -13.81; 1.81 -0.15 0.154
Support from health care worker (INSPIRE part B items 1,2,4 ^c)	B 95% CI for B beta P	0.20 -2.58; 2.99 0.01 0.834	-0.02 -3.02; 2.97 -0.002 0.938	-0.23 -3.43; 2.98 -0.02 0.880

Predictor variable		Living with others (N=41)		
		Crude	Adj. demographic variables	Fully adjusted model ^c
Frequency of contact with friends	B 95% CI for B beta P	1.17 -0.97; 3.31 0.16 0.303	1.22 -1.03; 3.47 0.17 0.295	1.10 -1.43; 3.63 0.15 0.846
Frequency of contact with family/relatives	B 95% CI for B beta P	0.62 -3.46; 4.71 0.05 0.739	-1.20 -5.67; 3.27 -0.09 0.627	-1.53 -6.15; 3.10 -0.11 0.548
Interpersonal relationships subscale (BASIS-24, items 5-9 ^c)	B 95% CI for B beta P	6.19 2.17; 10.22 0.45 0.004	5.71 1.36; 10.06 0.41 0.011	4.89 0.45; 9.33 0.35 0.031
Whether the person regards social aspects as important for their recovery (INSPIRE part A items 1,2,4 ^c)	B 95% CI for B beta P	6.58 -6.29; 19.45 0.15 0.325	6.68 -6.85; 2.21 0.15 0.331	2.83 -11.33; 16.98 0.07 0.697
Support from health care worker (INSPIRE part B items 1,2,4 ^c)	B 95% CI for B beta P	1.39 -2.71; 5.48 0.11 0.516	2.43 -2.28; 7.14 0.19 0.297	2.70 -2.02; 7.42 0.21 0.242

BASIS-24: 24 item Behavior And Symptom Identification Scale

CI: Confidence interval

^aQPR summary scale at 18 months was entered as outcome variable and all models were adjusted for QPR summary scale at inclusion

^bP-values are reported from models with QPR summary scale values truncated at the ends, B, 95% CI for B and beta are reported from analyses using nontransformed QPR variables

^cMean of items entered as independent variable

^dN=65

^eN=40

Discussion

To our knowledge, this is one of the first investigations of the prospective association between social factors and recovery using quantitative approach and it is the first study on social factors and recovery with such a long follow-up interval. In the present longitudinal study from specialist mental health services, patients' perceptions of their interpersonal relationships, but not their frequency of social contact, was prospectively associated with recovery from start of the study to 18 months follow-up. Surprisingly, the association of patients' perception of their social relationships with recovery was found only in the subsample of patients living with others. In the subsample of patients living alone, there was a trend towards an association between frequency of contact with family/relatives and increase in QPR from start of the study to follow-up. The results show that there may be an

important difference with regard to patients living alone or living together with others regarding their perceptions of their social relationship.

To our knowledge, this is one of the first investigations of the prospective association of social factors with recovery using a quantitative approach and it is the first study with as long follow-up interval as 18 months. The results in this study support previous findings regarding the importance of social aspects and recovery. However, Bjornestad et al (2016) point out that the frequency of social contact with friends is an important positive predictor of recovery, but their results shows no association between frequent contact with family and (experience) of recovery (Bjornestad et al. 2016). While in this study, in the sample of patients living alone there was a trend towards an association between frequency of contact with family / relatives and increase in QPR from study start to follow-up. The results are consistent with previous quantitative studies showing that social support and social aspects are associated with recovery for patients with mental illness (Bjornestad et al., 2017, Chronister et al., 2013, Hendryx et al., 2009). The result also corresponds with the qualitative study of Hansen et al (2020) which shows that factors such as relationships and support from family and friends play an important role in the process of recovery. Studies have found that both the size of the persons' social network and their rating of its supportiveness are predictors of recovery outcomes (Corrigan and Phelan, 2004; Mattsson *et al.*, 2008; Hendryx *et al.*, 2009). Further, it has been shown that the presence of social support from family and friends contribute to better quality of life, which is a meaningful proxy of recovery (Munikanan, 2017).

Living with others or living alone

Our results revealed that the significant association between the Interpersonal relationships subscale and recovery in terms of increase in QPR total scores in the total sample was due to an effect only present in the subsample of patients living with others. This is an interesting finding. The patients in this study who lived with others may have a larger network of family and friends and they may be more prosocial in their nature and behaviour. Social factors may matter more to persons who are more prosocial and contact seeking as such. Findings by Waller et al. (2018) show that acknowledgement was contributed to the individual's recovery in a myriad of ways. Such acknowledgement may be more helpful for persons who are prosocial from the beginning on. Another interesting finding is that patients living with others have a negative change in QPR from baseline to 18 months follow-up compared with patients living alone. We cannot find current studies exploring the association between living alone or living with others regarding recovery. There are, however, studies on patients with schizophrenia and their families that are relevant for our findings. A peer review by Brady & McCain

(2004), their results shows that living with family members who have schizophrenia can mean a care burden, fear and embarrassment about illness signs and symptoms, lack of social support and stigma. Stress and over-involvement from the family are equivocal about whether this negative environment contributes to patient relapse. Shiraishi & Reilly's (2019) show that families with a member who has schizophrenia experience lack of personal and social resources, family conflicts and conflict in interpersonal relationships in their review. This may explain our findings with a negative change in QPR from baseline to 18 months follow-up in patients living with others.

Our findings also revealed that in the subsample of patients living alone, there was a trend towards an association between frequency of contact with family/relatives and increase in QPR from baseline to 18 months. This may imply that patients who are living alone can seek out family/relatives on their own terms. They also have better opportunities to withdraw from conflicts or keep their distance whenever they are not feeling their best.

The nil-finding with regard to the association between patients' experience of support with social aspects from professionals and recovery and in the group of patients regarding social aspects as important for their recovery versus the group that did not regard social aspects as important as independent variable, suggests that professionals need to take a more active role in facilitating patients' contact with others'. For many persons, recovery is a process taking place with support from others within social context. Meeting places, meaningful roles, interplay with others and joyful social activities need to be encouraged and supported by professionals. Possibly, such support may be particularly important to the subgroup of patients living alone, although we did not find the expected association of social variables with recovery in this subgroup. Maybe the negative findings in the chronified subgroup of patients living alone suggests that they need more positive social support to achieve recovery.

Strengths and limitations

The present study represents an investigation of the significance of several social factors for recovery from mental health problems. The study' strengths include the fact that it was based on a large sample from 39 specialist mental health services at national level. Further, the study had a longer follow-up interval than previous studies on social factors and recovery. However, the study is hampered by several methodological limitations that need to be mentioned. Firstly, only one third of the baseline sample was available for follow-up after 18 months. This may represent a loss of valuable information and may weaken the generalizability of the

current study findings. Most likely, many of the patients who were lost to follow-up, have been referred to primary health care due to improvement in their symptoms after baseline measurement. Consequently, the sample studied in the present study most likely represents patients with more severe or chronic problems than the patients who were lost to follow-up. This notion is supported by the lack of improvement of QPR scores from baseline to follow-up shown in the total sample. Further, although validated measures were used, data from baseline include only subscales of validated instruments. The construct validity of these measures with regard to the phenomena we intended to study are not known. Further, some social variables were reported by therapists, and some were self-reported by patients. Although both the service user- and the professional perspectives are valid when exploring mental health issues, potential discrepancy between these perspectives in reporting may limit the reliability of the study's findings. Finally, there may be factors confounding the associations studied. However, we argue that most confounding factors likely to influence findings have been adjusted for, as both clinical and sociodemographic factors were included as co-variates in the inferential analyses.

Conflicts of interest

There are no financial interests and no funding was received for conducting this study. The authors have no conflicts of interest to declare that are relevant to the content of this article.

Conclusions

In the present study performed among persons with psychotic conditions using specialist mental health services, an association was found between experienced quality of interpersonal relationships at start of the study and recovery over the next 18 months. The association between experience of quality of interpersonal relationships was found in patients living with others only. Findings indicate that interpersonal relationships matter most to persons who are prosocial in nature and already value interpersonal relations and social contacts in their lives.

References

Barbieri, B., Amato, C., Passafaro, P., Dal Corso, L., & Picciau, M. (2014). *Social support, work engagement, and non-vocational outcomes in people with severe mental illness*. TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 21(2), 181–196.

Biringer, E., Hartveit, M., SundfØr, B., Ruud, T., Borg, M (2017) *Continuity of care as experienced by mental health service users - a qualitative study*. BMC Health Serv Res 17, 763 .
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>

Bjornestad, J. Hegelstad, W.T.V. Joa, I. Davidson, L. Larsen, T.K. Melle, I. Veseth, M. Johannessen, J.O. & Bronnick, K. (2017) *“With a little help from my friends” social predictors of clinical recovery in first-episode psychosis*, Psychiatry Research, Volume 255, Pages 209-214, ISSN 0165-1781,
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.05.041>.

Bjornestad, J. , Joa I., Larsen T.K, Langeveld, J., Davidson, L. , Hegelstad, W.V., Anda, L.G., Veseth, M. , Melle, I. , Johannessen, J.O. & Bronnick, K. (2016) *“Everyone Needs a Friend Sometimes” – Social Predictors of Long-Term Remission In First Episode Psychosis*. American Journal of Psychiatry 1984;141:949–955. [PubMed: 6465369

Breier, A., & Strauss, J. S. (1984). *The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders*. The American journal of psychiatry, 141(8), 949–955. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.8.949>

Cameron, I. M., Cunningham, L., Crawford, J., Eagles, J., Eisen, S. V., Lawton, K., Naji, S. A., & Hamilton, R. (2007). *Psychometric properties of the BASIS-24 (c) (Behaviour and Symptom Identification Scale-revised) Mental Health Outcome Measure*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 11(1), 36-43.
<https://doi.org/10.1080/13651500600885531>

Chronister, C. Chou, Y. Liao (2013) *The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness* Journal of Community Psychology., 41 (5), pp. 582-600, 10.1002/jcop.21558

Corrigan P.W, Phelan S.M. *Social support and recovery in people with serious mental illnesses.*

Community Ment Health J. 2004 Dec;40(6):513-23. doi: 10.1007/s10597-004-6125-5. PMID: 15672690.

Cornblatt BA, Auther AM, Niendam T, Smith CW, Zinberg J, Bearden CE (2007). *Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin. 2007;33(3):688–702. doi: 10.1093/schbul/sbm029.

Efron, B. Tibshirani, R.J. (1993) *An Introduction to the Bootstrap.* Chapman and Hall, New York.

<https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4541-9>

Eisen, S. V., & Culhane, M. A. (1999). *Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32).* In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (p. 759–790). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Eisen, S.V, Normand S-L, Belanger AJ, et al: *The revised behavior and symptom identification scale (BASIS-R): reliability and validity.* Medical Care 2004; 42:1230-1241

Greiff, V.N. Skogens, L. & Topor, A. (2020) Supporting recovery in social work with persons having co-occurring problems – clients’ and professionals’ perceptions, *Nordic Social Work Research*, 10:2, 173-185, DOI: 10.1080/2156857X.2018.1520739

Hege, H., Stige, S.H., Davidson, L., Løberg, E.M., & Veseth, M. (2020) “*Needing different things from different people*” – a qualitative exploration of recovery in first episode psychosis, *Social Work in Mental Health*, 18:1, 75-95, DOI: 10.1080/15332985.2019.1679324

Harris, B., Panazzo, G. (2019) *Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions.* International Journal of Mental Health Nursing, 28 (5)

<https://doi.org/10.1111/inm.12611>

Hendryx, M, C.A.Green og N.A. Perrin (2009) *Social Support, Activities, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS study findings* The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36 (3) (2009), p. 320, 10.1007/S11414-008-9151-1

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis.* Br J Psychiatry. 2011 Dec;199(6):445-452. doi:

10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.

Law, H., Shryane, N., Bentall, RP., Morrison, AP. (2016) *Longitudinal predictors of subjective recovery in psychosis*. Br J Psychiatry. Jul;209(1):48-53. doi: 10.1192/bjp.bp.114.158428. Epub 2015 Nov 19. PMID: 26585094.

Mattsson, M., Topor, A., Cullberg, J., & Forsell, Y. (2008). *Association between financial strain, social network and five-year recovery from first episode psychosis*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 43. 947-52. 10.1007/s00127-008-0392-3.

Mezzina,R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., og Sells, D. (2006) *The social nature of recovery*.

American journal of Psychiatric Rehabilitation Neil, S. Pitt, L. Kilbride, M. Morrison, A. Nothard, S. Welford,

Munikanan, T., Midin, M., Iryani, T.M.D., Rahim, R.A., Bakar, A.K.A., Jaafar, N.R.N., Sidi, H., Baharuddin, N. (2017) *Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study*, Comprehensive Psychiatry, Volume 75, Pages 94-102, ISSN 0010-440X, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.02.009>.

Neil, Sandra & Kilbride, Martina & Pitt, Liz & Nothard, Sarah & Welford, Mary & Sellwood, William & Morrison, Anthony. (2009). *The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users*. Psychosis. 1. 145-155. 10.1080/17522430902913450.

Pevalin, D., Goldberg, D (2003). *Social precursors to onset and recovery from episodes of common mental illness*. Psychological Medicine 2003;33:299–306. [PubMed: 12622308

Roush, S., M. Corbett, E. Carpenter-Song, and R. Drake. (2015). *“First-Person Perspectives on Dual Diagnosis Anonymous (DDA): A Qualitative Study.”* Journal of Dual Diagnosis 11 (2): 136–141.

doi:10.1080/15504263.2015.1025215. [Taylor & Francis Online], [Web of Science ®], [Google Scholar]

Schön, U. K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). *Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness*. The International journal of social psychiatry, 55(4), 336–347.

<https://doi.org/10.1177/0020764008093686>

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals (Values-Based Practice)*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511581649

Sullivan, W. P., & Floyd, D. F. (2013). *Spirit Lifting: Hope and Recovery in Case Management Practice. Families in Society*, 94(1), 38–44. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.4262>

Sælør, K. T., O. Ness, M. Borg, and S. Biong. 2015. “You Never Know What’s around the Next Corner: Exploring Practitioners’ Hope Inspiring Practices.” *Advances in Dual Diagnosis* 8 (3): 153–162. doi:10.1108/ADD-05-2015-0010. [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar]

Tew, J. Ramon, S. Slade, M. Bird, V. Melton, J. Le Boutillier, C. (2011). *Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence*. *British Journal of Social Work*. 42. 443-460. 10.1093/bjsw/bcr076.

Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H., & Momenzadah, S. (2003). *Factors Consumers Identify as Important to Recovery from Schizophrenia*. *Australasian Psychiatry*, 11(1_suppl), S70–S77. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.11.s1.1.x>

Topor, Alain & Borg, Marit & Mezzina, Roberto & Sells, Dave & Marin, Izabel & Davidson, Larry. (2006). *The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process*. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*

Waller, S., Reupert, A., Ward, B., McCormick, F., Kidd, S. (2018) *Family-focused recovery: Perspectives from individuals with a mental illness*. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12528>

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). *Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery*. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(5), 777–786. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0>

Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, Maercker A, Guimon J.(2006) Validation of the QFS measuring the frequency and satisfaction in social behaviours in psychiatric adult population.

Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A., & Guimon, J. (2006). *Validation of the QFS measuring the frequency and satisfaction in social behaviours in psychiatric adult population*. *L'Encéphale*. 32. 45-59. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(06\)76136-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(06)76136-x)



Bedre PsykoseBehandling

Er psykosebehandlingen god nok?

- Vi har nasjonale retningslinjer for kunnskapsbasert behandling ved psykoselidelser.
- Vi vet ikke i hvilken grad retningslinjene følges i psykisk helsevern.
- Vi vet ikke om mer kunnskapsbasert behandling gir bedre pasientforløp og bedre liv.

Seks helseforetak samarbeider fra 2016 om...

- Forbedring av helsetjenestene som tilbys ved psykoselidelser.
- Forskning på hvordan dette kan gjøres og hva det kan bety for pasientene.

Forskningsstudien vil undersøke...

- Om psykisk helsevern gir kunnskapsbasert behandling ved psykoselidelser.
- Om systematisk opplæring og veiledning fører til bedre psykosebehandling.
- Om pasientene synes at mer kunnskapsbasert behandling er bedre.

Hva innebærer studien, og hvordan kan du delta?

- Studien gjøres ved DPS og avdelinger i seks helseforetak i Norge.
- Forskerne undersøker den behandlingen du og andre pasienter får.
- DPS og avdelinger får veiledning i å gi bedre psykosebehandling.
- Du og 1000 andre pasienter inviteres til å være med og bidra til bedre behandling
- Pasientene vil bli fulgt over 18 måneder og fyller ut et spørreskjema fire ganger

Vennlig hilsen alle oss som arbeider med prosjektet Bedre PsykoseBehandling

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: Implementering av nasjonale retningslinjer for psykosebehandling



Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Studien vil undersøke i hvilken grad nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser følges i psykisk helsevern, om de gjennomføres bedre ved systematisk opplæring og veiledning, og om pasientforløp og pasienttilfredshet har sammenheng med grad av gjennomføring av retningslinjene.

Seks helseforetak deltar i studien. DPS og avdelinger tilbyr to behandlingsopplegg de selv velger blant noen behandlingsopplegg som er vist å kunne være virkningsfulle. De får veiledning for en av disse to, og det trekkes tilfeldig hvilken. Gjennomføring og pasientforløp følges i 18 måneder med målinger ved oppstart og for hvert halvår. Pasienter fyller ut spørreskjema, og behandlere gir sine vurderinger av pasientforløp og behandlingen.

Hva innebærer studien for deg?

Din deltakelse i studien innebærer at du fyller ut et spørreskjema fire ganger i løpet av 18 måneder, og at vi får tilgang til de opplysninger behandlere har om deg ved at de fyller ut et skjema på de samme tidspunktene. Det vil være opplysninger om din livssituasjon, psykiske helse og plager, fysisk helse og plager, fungering, eventuelle rusmidler, undersøkelser, laboratorieprøver, behandling, og hvor fornøyd du er med behandlingen og livet ditt. Vi ber også om at du samtykker i at vi kan få opplysninger fra offentlige registre om kontakt med fastlege, bruk av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester (sykehus, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling), arbeidsliv/sykefravær og ytelser fra NAV. De registre det gjelder er Norsk pasientregister, HELFO, NAV, DIPLOS, Dødsårsaksregisteret og Reseptregisteret for 18 måneder før du blir med på studien og i 18 måneder fremover fra du blir med. Vi vil også gjerne ha mulighet til å ta kontakt med deg igjen innen ti år for eventuelle etterundersøkelser.

Med ditt samtykke ønsker vi også å ta kontakt med dine nærmeste pårørende om hva de synes om den behandlingen du får og om sine erfaringer som pårørende. Hvis du ikke ønsker at vi tar kontakt med dine pårørende, kan du si nei til det ved å krysse av for det på samtykket.

Mulige fordeler og ulemper

Prosjektet skal bidra til bedre behandling ved psykoselidelser, og mer kunnskap om hvordan en kan få til bedre behandling. Deltakelse i studien innebærer å fylle ut et spørreskjema fire ganger i løpet av halvannet år. Dette kan gjøres i samtale med en behandler eller en forsker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen om deg skal bare brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene blir behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Du har rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du har rett til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet opplysninger som ikke er tatt i bruk. Alle opplysningene i prosjektet vil bli slettet eller anonymisert seinest 2030.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Det får ingen konsekvenser for behandlingen din om du ikke ønsker å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke deg fra studien.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side.

Akershus universitetssykehus er ansvarlig for studien, som starter i 2016. Prosjektleder for studien er Torleif Ruud, tlf 975 46 760. E-post: torleif.ruud@ahus.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien Implementering av nasjonale retningslinjer for psykosebehandling.

.....
(Sted og dato)

.....
(Underskrift av prosjektdeltaker)

.....
(Prosjektdeltakers navn med STORE BOKSTAVER)

Jeg ønsker ikke at det blir tatt kontakt med mine nærmeste pårørende om hvordan de vurderer tilbudene fra psykisk helsevern (sett i så fall kryss) .

Ved eventuelle etterundersøkelser innen 10 år, kan jeg kontaktes igjen med spørsmål om jeg vil delta i etterundersøkelsen. Ja Nei

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

.....
(Dato, underskrift, rolle i studien)

Skjema om pasienten ved inklusjon i 2016



Del 1: Fylles ut i samarbeid med pasienten

Skjemaet fylles ut med bakgrunn i all informasjon en har om pasienten og får fra pasienten. Vennligst fyll ut den øverste linje på hvert ark, slik at hvert ark er merket tilstrekkelig i tilfelle arkene skulle komme fra hverandre. Dialog rundt spørsmål og svar kan være nyttig utgangspunkt for samarbeid om tiltak.

A. Sosiodemografiske opplysninger

A1. Fødselsår: _____

A2. Kjønn

- 1 Mann
 2 Kvinne

A3. Sivil status

- 1 Gift
 2 Samboer/partner
 3 Enslig
 4 Skilt/separert
 5 Enke/enkemann

A4. Bostedkommune: _____

A5. Etnisitet

- 1 Norsk
 2 Annet: _____

A6. Fødeland

- 1 Norge
 2 Annet: _____

A7. Hvis pasienten er født i utlandet, hvor mange år har pasienten bodd i Norge? _____

A8. Om behov for tolk

- 1 Ja
 2 Nei

A9. Om asylsøker

- 1 Ja
 2 Nei

A10. Høyeste fullført utdanning

- 1 Ikke fullført grunnskole/ungdomsskole
 2 Grunnskole/ungdomsskole (7-10 år)
 3 Fullført videregående skole
 4 Yrkesmessig utdanning (fagbrev)
 5 Høyere utdanning 1-3 år
 6 Høyere utdanning 4-6 år
 7 Annet, spesifiser:

A11. Hovedbeskjeftigelse siste 6 måneder

- 1 Uten arbeid
 2 I ordinært arbeid (heltid, deltid)
 3 I vernet arbeid (heltid, deltid)
 4 Arbeidsrettede tiltak/kvalifiseringstiltak (NAV)
 5 Student/skoleelev
 6 Hjemmeværende med barn
 7 Innsatt i fengsel
 8 Innlagt i institusjon eller sykehus
 9 Annet, spesifiser:

A12. Andel tid i arbeid/studier siste 6 måneder: ____ %

A13. Hovedinntektskilde siste 6 måneder

- 1 Inntekt av eget arbeid
 2 Studielån/stipend
 3 Sykepenger
 4 Arbeidsledighetstrygd/dagpenger
 5 Arbeidsavklaringspenger
 6 Uføretrygd
 7 Sosial stønad
 8 Annet:

A14. Vanligste boligform siste 6 måneder

- 1 Egeneiet bolig (selveier, borettslag)
 2 Bolig leid på åpent boligmarked
 3 Kommunal bolig uten tilsyn
 4 Kommunal bolig med deltids tilsyn
 5 Kommunal bolig med heldøgntilsyn
 6 Institusjon:
 7 Annet:
 8 Uten fast bopel

A15. Vanligste bosituasjon siste 6 måneder

- 1 Alene i egen boenhet
 2 Med ektefelle/samboer
 3 Med barn alene
 4 Hos foreldre/annen familie
 5 Med venner

A16. Dager uten fast bopel siste 6 måneder _____

A17. Antall ganger skiftet bolig siste 6 måneder: _____

B. Kontakt med familie og nettverk

B1. Hvor ofte pasienten treffer følgende personer
Ett kryss i hver kolonne. For barn, søsken, slektninger og venner krysses for den som pasienten treffer oftest.

(Kode v/registr.)	0	1	2	3	4	5
	Har ikke	Daglig	1-2 ganger/uke	1-2 ganger/mnd	1-4 ganger/år	Aldri
1.Mor						
2.Far						
3.Barn						
4.Søsken						
5.Slektninger						
6.Venner						

C. Omsorg for barn

C1. Har pasienten omsorg for barn under 18 år?

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

C2. Antall barn pasienten har full omsorg for: _____

C3. Antall barn pasienten har delt omsorg for: _____

C4. Er barnas situasjon og behov undersøkt?

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

C5. Er det satt i verk tiltak for oppfølging av barna?

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

C6. Hvem som i så fall følger opp barna (ev flere kryss)

- 1 Annen forelder/voksen i familien
 2 Andre i familien
 3 Barnevernet
 4 BUP
 5 PPT/skole
 6 Andre:

D. Juridiske forhold

D1. Er under tvungen økonomisk forvaltning

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

D2. Har pasienten verge?

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

D3. Er under tvungent psykisk helsevern utenfor døgnopphold

- 1 Ja
 2 Nei

D4. Eventuelle straffbare handlinger siste 6 måneder

(sett eventuelt flere kryss)

- 1 Tyveri/vinningsforbrytelse
 2 Skadeverk
 3 Voldsforbrytelse
 4 Seksualforbrytelse
 5 Narkotikaforbrytelse
 6 Annet:

D5. Har vært utsatt for fysisk vold siste 6 måneder

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

D6. Har utøvd fysisk vold siste 6 måneder

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

E. Kommunale og andre tjenester siste 6 måneder

E1. Tjenester pasienten har mottatt siste 6 måneder

Gjøres ut fra det en kjenner til og det pasienten sier.

For tjenester som har skjedd regelmessig over en viss tid, kan en anslå antall ut fra dette (f eks hjemmetjenester 2 ganger i uka i 20 uker settes til 40).

For mer sporadiske hendelser kan en spørre om omtrent antall ganger eller omtrent hvor ofte.

Sett 0 om det ikke har vært noe kontakt.

Tjeneste \ antall kontakter siste 6 mnd	Ganger*
1.Fastlege	
2.Legevakt	
3.Psykiatritjenester i kommune/bydel	
4.Rustjenester i kommune/bydel	
5.NAV /sosialtjenester	
6.Hjemmetjenester i kommune/bydel	
7.Dagtilbud /aktivitet i kommune/bydel	
8.Psykiater med egen praksis	
9.Psykolog med egen praksis	
10.Ansvarsgruppemøter	
11.Andre samarbeidsmøter	
12.Annet:	
13.Annet:	
14.Annet:	
15.Annet:	

*) Konsultasjoner, møter, hjemmebesøk siste 6 mnd.

E2. Etablert ansvarsgruppe for pasienten

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

E3. Oppnevnt koordinator i kommune/bydel

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

E4. Pasienten har en individuell plan

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

E5. Den individuelle planen brukes aktivt av oss i vår behandling av pasienten

- 1 Ja
 2 Nei
 3 Ukjent

E6. Medisiner pasienten bruker og husker navnet på:

(noter disse, og kryss av i skjemaets del 2)

F. Fysisk helse**F1. Hvor ofte driver du mosjonstrening?**

- 1 Aldri
- 2 Sjeldnere enn en gang pr uke
- 3 En gang pr uke
- 4 To-tre ganger pr uke
- 5 Fire ganger eller mer pr uke

F2. Hvor lenge holder du på hver gang?

- 1 Mindre enn 12 minutter
- 2 15-29 minutter
- 3 30-60 minutter
- 4 Mer enn 60 minutter

F3. Hvor hardt tar du i når du trener?

- 1 Tar det rolig uten å bli andpusten/svett
- 2 Blir litt andpusten og svett
- 3 Tar meg nesten helt ut

F4. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag (inkludert jobb og fritid): _____ timer**F5. Antall måltid per dag (vanligvis): _____****F6. Antall varme måltider per uke (vanligvis): _____****F7. Antall grønnsaker/frukt per dag: _____**
(f.eks. pære, gulrot, eple, glass juice)**F8. Hvor sunt er kostholdet (grad av variert sammensetning av kosthold ift kostholdsanbefalinger)**

- 1 Svært sunt
- 2 Litt sunt
- 3 Litt usunt
- 4 Svært usunt

F9. Røyker du til daglig (eller snus)?

- 1 Ja
- 2 Nei

F10. Hvis ja, alder ved start: _____ år**F11. Gjennomsnittlig antall sigaretter/snus/sigar/pipe per dag: _____****F12. Hvor ofte har du hatt vansker med å sovne om kvelden de siste 6 månedene**

- 1 Aldri/sjelden
- 2 Av og til
- 3 Flere ganger per uke

F13. Hvor ofte har du våknet gjentatte ganger om natten de siste 6 månedene

- 1 Aldri/sjelden
- 2 Av og til
- 3 Flere ganger per uke

F14. Hvor ofte har du våknet for tidlig og ikke fått sove igjen de siste 6 månedene

- 1 Aldri/sjelden
- 2 Av og til
- 3 Flere ganger per uke

G. Praktisk og sosial fungering

Praktisk og sosial fungering

Det skal skåres ut fra hva pasienten har gjort den siste måneden, ikke hva en mener at han/hun kan klare.

Utfyllt sammen med pasienten: Ja Nei

	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
A <u>Omsorg for egne helse</u>					
A1 Viser egenomsorg ved sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2 Gjør selv avtale med lege, tannlege m.m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 Tar medisiner selv eller ikke behov for medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4 Kjøper og oppbevarer medisiner selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B <u>Egenomsorg</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
B1 Har rene klær og er velstelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2 Har god personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B3 Hår (og ev. skjegg) ser velstelt ut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B4 Dusjer/bader uten hjelp eller påminnelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C <u>Måltider og klær</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
C1 Kjøper/skaffer matvarer selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2 Kan følge en oppskrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3 Lager seg middag selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C4 Vasker klær/sørger for vasking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D <u>Orden på økonomien</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
D1 Holder orden på egen økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2 Oppbevarer pengene forsvarlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D3 Betaler husleie/regninger/mat selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D4 Pengene varer fram til neste utbetaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E <u>Sosial kontakt</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
E1 Har venner utenom hjelpeapparatet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2 Har en eller flere nære/fortrolige venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3 Besøker andre minst en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4 Får besøk minst en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasient-ID	Dato utfyllt	Utfyllt av			
F <u>Kommunikasjon med andre</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
F1 Snakker tydelig og klart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2 Kan holde seg til tema og skifte tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3 Lytter til andre og svarer på det de sier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4 Fører normale samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G <u>Arbeid og aktivitet</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
G1 Går på kino/konserter/sport/tilstelninger e.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G2 Driver med hobbyer/interesser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G3 Kan arbeide rimelig konsentrert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4 Kan holde ut i oppgaver 3-4 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H <u>Bruk av transportmidler og reiser</u>	Stemmer ikke	Stemmer i liten grad	Stemmer delvis	Stemmer i stor grad	Stemmer helt
H1 Bruker offentlig transportmiddel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H2 Ordner med transport når det trengs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H3 Finner fram på egen hånd ved reising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H4 Reiser på ferie til andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSF versjon 2. Ruud og Clausen 2014					

Skjema om pasienten ved inklusjon i 2016



Del 2: Fylles ut av behandlerteamet

Utfylles primært ut fra pasientjournal og teamets oversikt. Spørre pasienten om noe dersom behov for det.

H. Behandling og tiltak pasienten har deltatt i siste 6 måneder

NB: Viktig tabell for informasjon om hva pasienten har mottatt av behandling.

Disse opplysningene brukes til å måle i hvilken grad den enkelte pasient har mottatt behandling fra de fire praksisene som prosjektet gir implementeringsstøtte til, men også andre behandlinger som brukes.

Konkret informasjon om klinisk enhet og tidsrom er viktig for å knytte opplysningen til informasjonen prosjektet samler inn om kvaliteten på behandlingen som gis ved ulike enheter på ulike tidspunkt. Men den vil også bidra til mer kunnskap om pasientenes behandlingsforløp innen psykisk helsevern i deres divisjon/klinikk.

Hva pasienten har vært med på siste 6 måneder	Ja	Nei	Ved enhet(er): *	Tidsrom **	Ganger ***
1.Organisert fysisk aktivitet/trim/trening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.Kurs/opplæring i kosthold/matlaging/ernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.Undersøkelse/oppfølging av fysisk sykdom/risiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.Opplegg for røykeslutt/reduksjon av røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5.Oppfølging av tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6.Antipsykotisk medisiner og oppfølging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7.Møter med familien (pasient+pårørende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8.Flerfamiliegruppe (pasienter+pårørende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9.Nettverkssamtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10.Trening i livsmestring (IMR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11.Trening i livsmestring (annet program:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12.Trening i egenomsorg/klare seg selv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13.IPS (arbeid/utdanning m/støtte/jobbmestring)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14.Kognitiv atferdsterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15.Annen form for psykoterapi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16.Arbeid med rusproblem:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17.Gruppeterapi/aktivitet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18.Annet 1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19.Annet 2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20.Annet 3:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*) Koder for klinisk enhet/enheter som har gitt behandlingen

*) Tidsrom fra dato til dato innen siste 6 måneder for behandlingen ved den enkelte enhet

**) Med ganger menes konsultasjoner, møter, samlinger i løpet av det angitte tidsrommet

Pasient-ID		Dato utfylt		Utfylt av	
------------	--	-------------	--	-----------	--

J. Bruk av medikamenter

J1. Om pasienten bruker medisiner

- 1 Pasientene bruker ingen medisiner
 2 Pasientene bruker medisiner (fyll ut nedenfor om alle nåværende foreskrevne medisiner)

Eventuell bruk av depotinjeksjon av antipsykotisk medikament

J2. Depotmedikament for injeksjon: _____

J3. Dose av depotmedikament ved siste injeksjon: _____ mg

J4. Intervall for depotinjeksjon: _____ dager

J5. Om bruk av depot er frivillig eller under tvang

- 1 Frivillig
 2 Vedtak om tvungen behandling

J6. Medikamenter foreskrevet til pasienten på registreringstidspunkt

Nåværende foreskrevne medikamenter, døgndose og skåring for vurdering av bivirkninger og etterlevelse

Medikament Skriv medikamentnavn tydelig med store bokstaver	Døgndose (mg)	Bivirkninger *	Etterlevelse / hvordan tatt *	Pasienten husker navnet på medikament (sett X) **
		1 Ingen 2 Lette 3 Moderate 4 Alvorlige 5 Ukjent	1 Helt/stort sett som foreskrevet 2 For det meste som foreskrevet 3 Delvis som foreskrevet 4 Stort sett ikke som foreskrevet 5 Ukjent	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

*) Fylles bare ut for psykofarmaka. **) Sett kryss ut fra pasientens svar på spørsmål E6 ovenfor i del 1 av skjemaet.

K. Rusmiddelbruk siste 6 måneder (føy til eventuell andre nederst på lista)

	Livstid?*		Debut-alder	Hyppighet av bruk siste 6 måneder (fylles ut om Ja på livstid)				
	Ja	Nei		Ikke brukt	< 1 g/måned	1-3 g/måned	1-3 g/uke	Omtrent daglig
1.Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Heroïn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Extacy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) Om pasienten har brukt dette rusmidlet noen gang i løpet av livet.

Pasient-ID		Dato utfylt		Utfylt av	
------------	--	-------------	--	-----------	--

L. Fysisk helse og somatisk sykdom

L1. Somatisk sykdom

Sykdom	Sett kryss		Somatisk sykdom pasienten har Hvis ja, diagnose *	Påvist år	Hvem behandler/følger opp		
	Ja	Nei			Fastlege	Somatikk	PHV
1.Hjerte							
2.Hypertensjon							
3.Nevrologisk							
4.Lunge							
5.Endokrinologisk							
6.Lipidforstyrrelse							
7.Immun-relatert							
8.Kreft							
9.Annet							

*Hvis ja, fyll inn diagnose, og bruk følgende:

Hjerte: Hjerteinfarkt, angina pectoris, hjertesvikt, arrytm
Hypertensjon: Medikamentell eller ikke medikamentell behandling
Nevrologisk: Hjerneslag/-blødning, MS, infeksjon, epilepsi
Lunge: Bronkitt, emfysem, KOLS, astma
Endokrinologisk: Diabetes type 1/-2, hypo-/hypertyreose
Lipidforstyrrelse; patologisk Triglycerider, HDL kolesterol, LDL kolesterol
Kreft: Angi organ.
Immun-relatert: Reumatoid artritt, Celiaki, Crohn's, Ulcerøs Colitt, psoriasis, allergi

Ang. hvem som følger opp:

Sett kryss i kolonne for den/de instanser som følger opp (somatikk: spesialist)

L2. Status for følgende ved siste måling:

	Målt til	Dato
1.Høyde (cm)		
2.Vekt (kg)		
3.Livvidde (cm)		
4.Puls		
5.Blodtrykk (syst/diast.)		

Veiledning

Vekt: Ta av sko og tykk jakke/genser, men kan ha på lett skjorte og bukse (bruk godkjente vekter). **Livvidde:** Skal måles midtveis mellom nedre costalbue og hoftekam, med pasienten stående, avkledd (rundt midten) og i lett ekspirasjonsfase. Bruk kalibrerte målebånd som legges tett rundt midjen (rundt umbilicus), men ikke strammes.

Blodtrykk (BT): Måles etter 10 min i sittende stilling, gjennomsnitt av de to siste av tre målinger, standard apparat. Mellom målingene skal det være minst to minutter.

Puls: Måles sittende/liggende etter 10 min hvile.

M. Tidligere behandling i psykisk helsevern

M1. Samlet tid i kontakt med psykisk helsevern

- 1 Under 6 måneder til sammen
 2 6-23 måneder til sammen
 3 2-5 år tilsammen
 4 6-10 år til sammen
 5 Mer enn 10 år tilsammen

M2. Andel poliklinisk/ambulant og døgnopphold

- 1 Bare poliklinisk/ambulant kontakt
 2 Døgnopphold under 3 måneder til sammen
 3 Døgnopphold 3-11 måneder til sammen
 4 Døgnopphold 1-2 år til sammen
 4 Døgnopphold mer enn 2 år til sammen

M3. Første kontakt med psyk.helsevern: _____ (årstall)

M4. Antall innleggelses i alt i psykisk helsevern: _____

M5. Samlet antall uker med døgnopphold i psykisk helsevern: _____

M6. Antall alvorlige suicidale handlinger (med legehjelp eller innleggelse) i løpet av livet: _____

M7. Alder ved første selvmordsforsøk: _____

M8. Alder da pasienten første gang hadde opplevelse av symptomer på psykose som påvirket funksjon: _____

M9. Alder da det første gang ble diagnostisert en episode med psykose: _____

M10. Varighet av ubehandlet psykose: Tid fra første tydelige psykosetegn ved første gangs psykose til start av adekvat behandling med antipsykotika: _____ uker

N. Gjeldende diagnoser

N1. Hoveddiagnose ICD-10 (grunnlag for inklusjon i denne forskningsstudien)

Diagnose	Hvordan diagnose ble satt*
F .	

N2. Andre psykiatriske diagnoser ICD-10 (inkludert rusdiagnoser) som gjelder nå

	Diagnose	Hvordan diagnose ble satt*
1	F .	
2	F .	
3	F .	
4	F .	

*) Koding av "Hvordan" i tabellene ovenfor

- MINI/MINI-PLUSS
- SCID-I
- SCID-II
- Annet diagnostisk verktøy: _____
- Konsensus ved to eller flere klinikere
- Vurdering ved en kliniker
- Ukjent

O. Samhandling med andre tjenester siste 6 måneder

O1. Samhandling om denne pasienten med andre tjenester de siste 6 månedene

Sett ett kryss på hver linje
Ingen kryss betyr ikke kontakt

	1 Noe kontakt	2 Mye kontakt	3 Ikke aktuelt	4 Ukjent
Familie/pårørende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsgiver/utdanningssted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisasjon pasienter deltar i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatritjeneste i kommune/bydel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rustjeneste i kommune/bydel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmetjeneste i kommune/bydel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagtilbud i kommune/bydel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteam/rusinstitusjon (TSB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk sykehusavd / poliklinikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiater med egen praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog med egen praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politi/fengsel/kriminalomsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre1:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre2:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasient-ID		Dato utfylt		Utfylt av	
------------	--	-------------	--	-----------	--

P. Psykisk helse.

P1. Hvor syk har pasienten vært siste uke (CGI)?

- 1 Pasienten har ikke psykisk lidelse
- 2 Minimal psykisk lidelse
- 3 Lett psykisk lidelse
- 4 Moderat psykisk lidelse
- 5 Markert psykisk lidelse
- 6 Alvorlig psykisk lidelse
- 7 Svært alvorlig psykisk lidelse

Skåringer på måleinstrumenter på de fem neste sidene skrives inn slik:

HoNOS

Følg instruksjonen i skjemaet og sett ring rundt tall for riktig skåring for hver av de 12 skalaene.

Har du/dere som skårer har HoNOS tatt e-læringskurset i skåring av HoNOS? Ja Nei

Bruk av alkohol og rusmidler

Følg instruksjonen i skjemaet og sett ring rundt tall for riktig skåring i hver av de to kolonnene.

GAF

Skriv tall for skåring øverst på hver side for henholdsvis symptombelastning og funksjonssvikt.

Har du/dere som skårer GAF fått opplæring i skåring av GAF? Ja Nei

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales

Norsk versjon april 2002 (korrigert desember 2002)

Oppsummering av instruksjon for skåring

- 1) Skår hver skala (problemområde) i rekkefølge fra 1 til 12.
- 2) Ikke ta med informasjon som er skåret på et tidligere punkt, med unntak av punkt 10 som skåres ut fra en samlet vurdering.
- 3) Skår det MEST ALVORLIGE problem som har forekommet i løpet av perioden som skåres (de siste to ukene, om ikke annet er bestemt)
- 4) Alle skalaene har denne graderingen:
0= Ingen problem
1= Lite problem som ikke krever tiltak
2= Mildt problem, men avgjort tilstede
3= Moderat alvorlig problem
4= Alvorlig til svært alvorlig problem
Skriv 9 hvis ukjent

1. Overaktiv, aggressiv, forstyrrende eller agitert atferd

- Inkluder slik atferd uansett årsak (f.eks. rusmiddel, alkohol, demens, psykose, depresjon etc.)
- Inkluder ikke bisarr atferd som skal skåres på skala 6.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Irritabilitet, krangler, rastløshet etc. som ikke krever noe tiltak.
- 2 Inkluder aggressive faktorer, dytting eller plaging av andre, trusler eller verbal aggresjon, mindre skade på gjenstander (f.eks. knust kopp eller vindu); atferd som er markert overaktiv eller agitert.
- 3 Fysisk aggressiv mot andre eller dyr (mindre enn ved 4), truende atferd, mer alvorlig overaktiv atferd eller ødeleggelse av ting.
- 4 Minst ett alvorlig fysisk angrep på andre eller på dyr, ødeleggelse av ting (f.eks. ildspåsetting), alvorlig skremmende eller uanstendig atferd.

2. Selvskade som ikke skyldes uhell

- Inkluder ikke selvskade ved uhell (f.eks. på grunn av demens eller psykisk utviklingshemning). Det kognitive problemet skal skåres på skala 4 og skaden på skala 5.
- Inkluder ikke sykdom eller skade som er en direkte konsekvens av stoff/alkohol-bruk skåret på skala 3 (f.eks. leverkirrose eller skade på grunn av fyllekjøring skal skåres på skala 5).

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Flyktige tanker om å gjøre slutt på alt, men liten risiko; ingen selvskade.
- 2 Mild risiko i perioden; inkluderer ufarlig selvskade (f.eks. risping på håndledet).
- 3 Moderat til alvorlig fare for forsettlig selvskade i perioden; inkluderer forberedelser (f.eks. samle opp tabletter).
- 4 Alvorlig selvmordsforsøk og/eller alvorlig forsettlig selvskade i perioden.

3. Problemdriking eller bruk av rusmiddel

- Inkluder ikke aggressiv/destruktiv atferd som skyldes alkohol eller rusmiddel, skåret på skala 1.
- Inkluder ikke fysisk sykdom eller handikap som skyldes bruk av alkohol eller rusmiddel, som skal skåres på skala 5.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Noe overdreven bruk, men innen sosiale normer.
- 2 Tap av kontroll over driking eller bruk av rusmiddel, men ikke alvorlig tilvenning.
- 3 Markert trang til eller avhengighet av alkohol eller rusmiddel med hyppig tap av kontroll, tar risiko når påvirket.
- 4 Ufør på grunn av alkohol/rusmiddelproblem.

4. Kognitive problemer

- Inkluder problem med hukommelse, orienteringsevne og forståelse uansett hva slags lidelse de er forbundet med: psykisk utviklingshemning, demens, schizofreni etc.
- Inkluder ikke forbigående problem (f.eks. bakrus) fra bruk av alkohol/rusmiddel, som skal skåres på skala 3.

- 0 Ingen slike problemer i perioden som skåres.
- 1 Mindre problem med hukommelse eller forståelse (f.eks. glemmer navn av og til).
- 2 Milde men klare problem (f.eks. har gått seg bort på et kjent sted eller ikke kjent igjen en person en kjenner); i blant forvirret overfor enkle beslutninger.
- 3 Betydelig desorientert for tid, sted eller person; forvirret av dagligdagse hendelser; talen er noen ganger usammenhengende.
- 4 Alvorlig desorientert (f.eks. ikke i stand til å kjenne igjen slektninger); risiko for ulykker; uforståelig tale; tåkete eller stuporøs.

5. Problemer med fysisk sykdom eller funksjonshemming

- Inkluder sykdom eller funksjonshemming uansett grunn som begrenser eller hindrer bevegelse, svekker syn eller hørsel, eller på annen måte forstyrrer personlig fungering.
- Inkluder bivirkninger av medikamenter; virkninger fra bruk av stoff/alkohol; fysiske handikap som resultat av ulykker eller selvskade i forbindelse med kognitive problemer, promillekjøring etc.
- Inkluder ikke mentale eller atferdsmessige problem, skåret på skala 4.

- 0 Ingen fysiske helseproblemer av betydning i perioden som skåres.
- 1 Mindre helseproblemer i perioden (f.eks. forkjølelse, ufarlig fall etc.)
- 2 Fysisk helseproblem som medfører mild innskrenking i bevegelse og aktivitet.
- 3 Moderat grad av innskrenket aktivitet på grunn av fysiske helseproblemer.
- 4 Fullstendig eller alvorlig grad av uførhet på grunn av fysiske helseproblemer.

6. Problemer forbundet med hallusinasjoner og vrangforestillinger

- hallusinasjoner og vrangforestillinger uansett diagnose.
 - Inkluder merkelig og bisarr atferd forbundet med hallusinasjoner eller vrangforestillinger.
 - Inkluder ikke aggressiv, destruktiv eller overaktiv atferd som skyldes hallusinasjoner eller vrangforestillinger, skåret på skala 1.
- 0 Ingen tegn til hallusinasjoner eller vrangforestillinger i perioden.
 - 1 Noe merkelige eller besynderlige overbevisninger som ikke er i samsvar med kulturelle normer.
 - 2 Vrangforestillinger eller hallusinasjoner (f.eks. stemmer, syner) er tilstede, men er i liten grad plagsomme for pasienten eller manifestert i bisarr atferd, dvs. klinisk tilstede men mildt.
 - 3 Markert opptatt av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, forårsaker mye plager og/eller viser seg i åpenbar bisarr atferd. dvs. moderat alvorlig klinisk problem.
 - 4 Mental tilstand og atferd er på en alvorlig og negativ måte påvirket av vrangforestillinger eller hallusinasjoner, med alvorlig innvirkning på pasienten.

7. Problem med senket stemningsleie

- Inkluder ikke overaktivitet og agitasjon, skåret på skala 1.
- Inkluder ikke selvmordstanker eller selvmordsforsøk, skåret på skala 2.
- Inkluder ikke vrangforestillinger eller hallusinasjoner, skåret på skala 6.

0 Ingen problemer forbundet med senket stemningsleie i perioden som skåres.

1 Tungsendig; eller mindre endringer i stemningsleie.

2 Mildt men avgjort deprimert og plaget (f.eks. skyldfølelse, tap av selvfølelse).

3 Depresjon med urimelig selvbebreidelse, opptatt av følelse av skyld.

4 Alvorlig eller svært alvorlig depresjon, med skyldfølelse eller anklager mot seg selv.

8. Andre mentale eller atferdsmessige problem

• Skår bare det mest alvorlige kliniske problemet som ikke er vurdert på skalaene 6 og 7:

• Spesifiser type problem ved å skrive rett bokstav: A fobi, B angst, C tvangslidelse, D mentalt stress/spenninger, E dissosiativ, F somatoform, G spiseproblemer, H søvnvansker, I seksuelt problem, J annet problem (spesifiser)

0 Ingen tegn til noen av disse problemene i perioden som skåres.

1 Bare mindre problemer.

2 Et problem er klinisk tilstede i mild grad (f.eks. pasienten har en grad av kontroll).

3 Av og til alvorlige anfall eller plager, med tap av kontroll (f.eks. må unngå helt angstskapende situasjoner, tilkalle en nabo for hjelp etc.), dvs. moderat alvorlig grad av problem.

4 Alvorlig problem som dominerer de fleste aktiviteter.

9. Problemer med forhold til andre

• Skår pasientens mest alvorlige problem forbundet med aktiv eller passiv tilbaketrekning fra sosiale relasjoner, og/eller ikke-støttende, destruktive eller selv-ødeleggende relasjoner.

0 Ingen slike problemer av betydning i perioden som skåres.

1 Mindre ikke-kliniske problemer.

2 Klare problemer med å etablere eller opprettholde støttende relasjoner: pasienten klager og/eller problemene er åpenbare for andre.

3 Vedvarende store problem på grunn av aktiv eller passiv tilbaketrekning fra sosiale relasjoner, og/eller på grunn av relasjoner som gir liten eller ingen trost eller støtte.

4 Alvorlig og plagsom sosial isolasjon på grunn av manglende evne til å kommunisere sosialt og/eller tilbaketrekning fra sosiale relasjoner.

10. Problemer med dagliglivets aktiviteter

• Skår funksjonsnivået innen dagliglivets aktiviteter (ADL) samlet sett (f.eks. problemer med grunnleggende aktiviteter innen egenomsorg som spising, vasking, kle på seg, bruk av toalett; og komplekse ferdigheter som budsjettering, organisere hvor en skal bo, arbeid/beskjeftigelse og rekreasjon, bevegelighet og bruk av transportmidler, handling, egenutvikling etc).

• Inkluder eventuell manglende motivasjon for å bruke muligheter for egenhjelp, siden dette bidrar til et generelt lavere funksjonsnivå.

• Inkluder ikke manglene muligheter for å gjøre bruk av intakte evner og ferdigheter, som skal skåres på skalaene 11-12.

0 Ingen problemer i perioden som skåres; god evne til å fungere på alle områder.

1 Kun mindre problemer (f.eks. ustelt, uryddig).

2 Adekvat egenomsorg, men større mangel på evnen til å utføre en eller flere komplekse ferdigheter (se ovenfor).

3 Store problem innen ett eller flere områder av egenomsorg (spising, vasking, kle på seg, bruk av toalett) så vel som stor mangel på evner til å utføre flere komplekse ferdigheter.

4 Alvorlig svikt eller manglende funksjonsevne på alle eller nesten alle områder for egenomsorg og komplekse ferdigheter.

11. Problemer med boligforhold

• Skår det generelle nivået av problemer med kvaliteten på boligforhold og daglig husholdningsrutine.

• Er de grunnleggende nødvendigheter tilfredsstillende (varme, lys hygiene)? Finnes det hjelp til å mestre handikap og muligheter til å bruke ferdigheter og utvikle nye?

• Skår ikke selve funksjonsnivået, som er skåret på skala 10.

• **N.B: Skår pasientens vanlige boligforhold. Hvis pasienten er i en akuttavdeling, skal en skåre den boligen pasienten har utenfor institusjonen. Hvis en ikke har informasjon om dette, skårer en 9 (ukjent).**

0 Bolig og boligforhold er akseptable; er til hjelp for å holde eventuelt handikap skåret på skala 10 på et lavest mulig nivå, og gir støtte for selvhjelp.

1 Boligen er rimelig akseptabel selv om det er mindre eller forbigående problemer (f.eks. ikke ideell beliggenhet, ikke den boligtype en foretrekker, liker ikke maten).

2 Problemer av betydning med ett eller flere aspekter ved boligen og/eller systemet (f.eks. begrenset utvalg; personale eller de en bor sammen med har liten forståelse for hvordan en kan begrense handikap eller hvordan en kan hjelpe til å bruke og utvikle nye eller intakte ferdigheter).

3 Plagsomt mange alvorlige problem med boligen (f.eks. noen grunnleggende nødvendigheter mangler); boligen har minimale eller ingen hjelpemidler for å bedre pasientens uavhengighet.

4 Boligen er uakseptabel (f.eks. mangel på grunnleggende nødvendigheter, pasienten er i fare for å bli kastet ut, "uten tak over hodet", eller boligforholdene er på andre måter utålelige) og gjør pasientens problem verre.

12. Problemer med yrke og aktiviteter

• Skår det generelle nivået av problemer med kvalitet på omgivelsene på dagtid. Finnes det hjelp til å mestre handikap, og muligheter for å vedlikeholde og forbedre ferdigheter i forhold til arbeid og fritidssysler? Vurder faktorer som stigma, mangel på kvalifisert personale, tilgang på støttende tilbud (f.eks. bemanning og utstyr på dagsentre, arbeidssentre, sosiale klubber o.l.)

• Skår ikke selve funksjonsnivået, som er skåret på skala 10.

• **N.B: Skår pasientens vanlige situasjon. Hvis på akuttavdeling, skåres aktivitetene i perioden før innleggelsen. Hvis informasjon ikke er tilgjengelig, skårer en 9.**

0 Pasientens omgivelser på dagtid er akseptable: til hjelp for å holde handikap skåret på skala 10 på et lavest mulig nivå, og med støtte for selvhjelp.

1 Mindre eller forbigående problemer (f.eks. sen utbetaling av penger); gode hjelpemidler er tilgjengelige men ikke alltid på ønskelig tidspunkt etc.

2 Begrenset utvalg av aktiviteter, f.eks. mangel på rimelig toleranse (f.eks. urettferdig nekting av adgang til offentlige bibliotek eller svømmehall etc.); handikap i form av mangel på fast adresse; utilstrekkelig støtte fra omsorgspersoner eller fagfolk; eller nyttig dagtilbud som bare er tilgjengelig i noen få timer.

3 Markert mangel på tilgjengelige gode tjenester som kan bidra til å begrense nivået av eksisterende handikap; ingen muligheter for å bruke intakte ferdigheter eller legge til nye; ufaglært pleie som er vanskelig å vurdere.

4 Mangel på noen som helst muligheter for aktiviteter på dagtid gjør pasientens problemer verre.

Skalaer om alkohol/stoffmisbruk 1999	Pasient nr:	Tidsrom:
Veiledning: Sett ring rundt ett tall i hver spalte	Skåret av:	Dato:
Skala for klinikerens vurdering av alkoholforbruk	Skala for klinikerens vurdering av rusmiddelbruk (ekskl. alkohol)	
<p>Vurder din klients bruk av alkohol gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrapportering, intervjuer, observasjoner av atferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk etc.) mot hverandre ved valg av nivå på skalaen.</p> <p>1 = AVHOLDENDE Klienten har ikke brukt alkohol i dette tidsintervallet.</p> <p>2 = BRUK UTEN FUNKSJONSNEDSETTELSE Klienten har brukt alkohol i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende farlig alkoholbruk.</p> <p>3 = MISBRUK Klienten har brukt alkohol i dette tidsintervallet, og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig alkoholbruk.</p> <p>4 = AVHENGIGHET Fyller kriteriene for misbruk, pluss minst tre av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak i eller bruke alkohol, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis på grunn av alkoholbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om alkoholrelaterte problemer, markert toleranse for alkohol, karakteristiske abstinenssymptomer, alkohol brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. For eksempel: Ukontrollert drikking og opptatthet av drikking har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til drikking.</p> <p>5 = AVHENGIGHET MED INSTITUSJONALISERING Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. For eksempel: Konstant drikking fører til ukontrollert atferd og manglende evne til å betale husleie, slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.</p>	<p>Vurder din klients bruk av rusmidler (ekskl. alkohol) gjennom de siste 6 måneder etter følgende skala. Hvis personen er innlagt i institusjon, er rapporteringsintervallet perioden forut for institusjonalisering. Du bør avveie opplysninger fra selvrapportering, intervjuer, observasjoner av atferd samt komparentopplysninger (fra familie, dagsenter, nettverk etc.) mot hverandre ved valg av nivå på skalaen.</p> <p>1 = AVHOLDENDE Klienten har ikke brukt rusmidler i dette tidsintervallet.</p> <p>2 = BRUK UTEN FUNKSJONSNEDSETTELSE Klienten har brukt rusmidler i dette tidsintervallet, men det er ikke sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken og ingen sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.</p> <p>3 = MISBRUK Klienten har brukt rusmidler i dette tidsintervallet, og det er sikre tegn til vedvarende eller tilbakevendende sosiale, yrkesmessige, psykologiske eller fysiske problemer relatert til bruken, eller sikre opplysninger om tilbakevendende farlig bruk av rusmidler.</p> <p>4 = AVHENGIGHET Fyller kriteriene for misbruk, pluss minst tre av følgende: Større mengder eller lengre intervaller med bruk enn hensikten var, mye av tiden går med til å få tak i eller bruke rusmidler, hyppig intoksikasjon eller tilbaketrekning interfererer med andre aktiviteter, viktige aktiviteter oppgis på grunn av rusmiddelbruk, kontinuerlig bruk til tross for viten om rusmiddelrelaterte problemer, markert toleranse for rusmidler, karakteristiske abstinenssymptomer, rusmidler brukt for å lindre eller unngå abstinenssymptomer. For eksempel: Ukontrollert rusmiddelbruk og opptatthet av rusmidler har fått klienten til å falle ut av arbeidstrening og sosiale aktiviteter som ikke er relatert til rusmiddelbruk.</p> <p>5 = AVHENGIGHET MED INSTITUSJONALISERING Møter kriteriene for alvorlig, og i tillegg er de relaterte problemene så alvorlige at de gjør det vanskelig å bo utenfor institusjon. For eksempel: Konstant rusmiddelbruk fører til ukontrollert atferd og manglende evne til å betale husleie, slik at klienten ofte blir politianmeldt og søker hospitalisering.</p>	

Manual for GAF-S - Symptomer

Vurder psykisk symptombelastning på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.
Ta ikke i betraktning symptomer som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.




100	Ingen symptomer.	<i>Utfyllende stikkord*:</i> Glede, kreativitet, livsgnist.
91		
90	Ingen eller minimale symptomer (f.eks. lett angst foran en eksamen).	Jevnt og godt humør. Lettere stressymptomer.
81		
80	Hvis symptomer foreligger er de forbigående og forståelige reaksjoner på psykososiale påkjenninger (f.eks. konsentrasjonsvansker etter en krangel i familien).	Moderate stressymptomer.
71		
70	Noen lette symptomer (f.eks. deprimert sinnstemning og lettere søvnløshet).	Her begynner mer avgrensede symptomer av lengre varighet.
61		
60	Moderate symptomer (f.eks. avfattede følelser og omstendelig språk, sporadiske panikkanfall).	Symptomene begynner nå å bli tydelig for andre.
51		
50	Alvorlige symptomer (f.eks. selvmordstanker, alvorlige tvangsrutiner, hyppige butiktkyveri).	Alvorsgraden tiltar. Klart behandlingstrengende.
41		
40	Endel forstyrrelse i realitetstesting, kommunikasjon, dømmekraft, tankevirksomhet eller stemningsleie (f.eks. talen er iblant ulogisk, uklar eller irrelevant).	Psykosegrense, men rommer også andre svært alvorlige symptomer.
31		
30	Adferden er betydelig påvirket av vrangforestillinger eller hallusina- sjoner, eller alvorlig svikt i kommunikasjon eller dømmekraft (f.eks. av og til usammenhengende tale, svært upassende adferd, stadige selvmordstanker).	Psykotiske <i>atferdsforstyrrelser</i> og beslektede tilstander.
21		
20	En viss fare for å kunne skade seg selv eller andre (f.eks. selvmordsforsøk uten klar forventning om å dø; ofte voldelig; manisk oppstemthet), eller grov svikt i kommunikasjon (f.eks. stort sett usammenhengende eller stum).	Utilregnelighet og utageringsfare. Skadebegrensende tiltak er nødvendig.
11		
10	Vedvarende fare for å skade seg selv eller andre alvorlig (f.eks. gjentatte voldshandlinger), eller alvorlig selvmordshandling med klar forventning om å dø.	Alvorligste psykopatologiske tilstander. Trenger konstant hjelp, tilsyn og beskyttelse over tid.
1		

*) De utfyllende stikkord står ikke i den opprinnelige GAF-manual.

Manual for GAF-F - Funksjoner

Vurder sosial og yrkesmessig fungering på en hypotetisk kontinuerlig skala for mental helse/sykdom.

Ta ikke i betraktning funksjonsvikt som skyldes somatiske (eller miljømessige) begrensninger.

100	Førsteklasses fungering innen et vidt spekter av aktiviteter, livsproblemer blir aldri uhåndterlige, andre søker seg til personen på grunn av hans eller hennes mange positive kvaliteter.	<i>Utfyllende stikkord*:</i> Usedvanlige kvaliteter.
91		
90	God fungering på alle områder, interessert i og engasjert i et bredt spekter av aktiviteter, sosialt velfungerende, generelt sett tilfreds med livet, kun dagligdagse problemer og bekymringer (f.eks. en gang i blant en krangel med noen i familien).	Svært godt fungerende.
81		
80	Ikke mer enn lett reduksjon i sosial, yrkesmessig eller skolemessig fungering (f.eks. midlertidig komme på etterskudd med skolearbeid).	Fortsatt godt fungerende.
71		
70	Noen vansker med å fungere sosialt, yrkesmessig eller i utdanning (f.eks. sporadisk skulking, tyveri innenfor hjemmet), men fungerer generelt sett ganske bra, har noen meningsfulle mellommenneskelige forhold.	Her begynner funksjonssvikt som er mer enn normalt situasjonsbetinget.
61		
60	Moderate vansker sosialt, i yrke eller utdanning (f.eks. få venner, konflikter med arbeidskolleger).	Økende vanskeligheter med å følge opp jobb / skolegang. Sporadiske sykmeldinger.
51		
50	Alvorlige vansker med å fungere sosialt, i yrke eller utdanning (f.eks. ingen venner, klarer ikke å holde på en jobb).	Klarer ikke oppfylle vanlige krav fra jobb eller skole. Hyppige sykmeldinger.
41		
40	Større funksjonssvikt innen flere områder, så som i arbeid, utdanning og familieforhold (f.eks. deprimerer mann som unngår venner, forsømmer familien, og ute av stand til å arbeide; barn som ofte juler opp yngre barn, er trassig hjemme, og mislykkes på skolen).	Svikter på flere områder. Er bl.a. sykmeldt.
31		
30	Ute av stand til å fungere på nesten alle områder (f.eks. holder sengen hele dagen; ingen jobb, venner eller hjem).	<i>Med atferdsforstyrrelsen går symptomer og funksjoner over i hverandre.</i>
21	 Se også GAF-S (symptomer)	
20	Av og til svikt i å sørge for et minimum av personlig hygiene (f.eks. griser med avføring).	Trenger en del hjelp, beskyttelse og tilsyn for å opprettholde et minimum av funksjoner.
11	 Se også GAF-S (symptomer)	
10	Vedvarende ute av stand til å skjette et minimum av personlig hygiene.	Trenger stadig og vedvarende hjelp, tilsyn og pleie.
1	 Se også GAF-S (symptomer)	

*) De utfyllende stikkord står ikke i den opprinnelige GAF-manual.

Spørreskjema (ved inklusjon) om din helse og om behandlingen de siste 6 månedene

Spørsmålene er om hvordan du har det, hva som er viktig for deg, og behandlingen du har fått de siste 6 månedene.

Vennligst kryss av for det beste svaret på hvert spørsmål.

Omtrent tusen pasienter vil delta i forskningsstudien, og svarene vil bidra til å gjøre helsetjenestene bedre.



Det første spørsmålet er om livet ditt slik det er nå	Svært misfornøyd	Meget misfornøyd	Ganske misfornøyd	Både og	Ganske fornøyd	Meget fornøyd	Svært fornøyd
1 Hvor fornøyd er du med livet ditt samlet sett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 6 månedene deltatt i noen behandlinger som beskrevet nedenfor?

Vennligst svar ja eller nei på hvert spørsmål, og hvis ja, antall ganger du har deltatt i dette de siste 6 månedene

1 Jeg har deltatt i undersøkelser og oppfølging av min fysiske helse	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
2 Jeg har deltatt i undersøkelser og oppfølging av behandling med medisiner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
3 Jeg har deltatt i samtaler og møter sammen med mine nærmeste pårørende	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	
4 Jeg har deltatt i undervisning og trening i utvikling og mestring av sykdom og stress	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, skriv til høyre antall ganger i løpet av de siste 6 månedene:	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp med din fysiske helse?

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg har fått god hjelp til å være i fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Jeg har fått god hjelp til å ha et sunt kosthold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Jeg har fått undersøkelser for å kunne forebygge fysisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Jeg har fått god oppfølging av fysisk sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jeg har fått god hjelp til å redusere røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jeg har fått god hjelp til å ta vare på tenner og tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Jeg oppfatter at mine behandlere og fastlegen samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp sammen med dine pårørende?

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg synes vi har fått god informasjon om sykdom og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg synes vi har fått god trening og tips i å løse problemer sammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg synes vi har fått god hjelp til kontakten vi har med hverandre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg oppfatter at mine pårørende har hatt god nytte av samtalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Det er viktig for meg at mine pårørende får hjelp og støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Har du de siste 6 måneder fått hjelp til å mestre liv og sykdom?		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
<i>Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best</i>							
1	Jeg har fått god trening i å sette meg mål og arbeide for å nå dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Jeg har fått nyttig kunnskap om stress, sårbarhet og sosial støtte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Jeg har fått nyttig kunnskap om å mestre stress og sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Jeg har fått nyttig kunnskap om hvordan jeg kan bruke helsetjenestene bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Jeg har fått nyttig kunnskap om medisiner jeg bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg har fått utarbeidet en plan for tidlig oppdaging av eventuelle tegn på forverrelse av plager, og hva som da bør gjøres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du de siste 6 måneder fått hjelp med medisiner?		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
<i>Vennligst sett ett kryss på hver linje for det svaret som passer best</i>							
1	Jeg har fått god hjelp til å vurdere om jeg trenger medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Jeg har fått god hjelp til å finne fram til riktige medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg har fått god hjelp til hvordan jeg kan huske å ta medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg har fått god hjelp til å redusere bivirkninger av medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Jeg har fått god hjelp til å vite om mine medisiner hjelper meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Mine behandlere og fastlegen samarbeider godt om medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Jeg har blitt respektert for mitt ønske om å ikke bruke medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dine synspunkter på medisiner som er forskrevet til deg		Svært enig	Enig	Usikker	Uenig	Svært uenig
<i>Vennligst svar i hvilken grad du er en enig eller uenig i hvert utsagn nedenfor ved å sette kryss for det svaret du synes passer best.</i>						
1	For tiden er min helse avhengig av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Å måtte ta medisiner bekymrer meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mitt liv hadde vært umulig uten medisinene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Noen ganger er jeg bekymret over langtidseffektene av mine medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Uten medisinene mine ville jeg være svært syk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Medisinene mine er et mysterium for meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Min framtidige helse avhenger av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Medisinene mine forstyrrer livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jeg er noen ganger bekymret over å bli for avhengig av medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Medisinene mine beskytter meg mot å bli verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Disse medisinene gir meg ubehagelige bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BMQ © Professor Rob Horne



Helseforetak		ID-NR		Dato utfyllt	
--------------	--	-------	--	--------------	--

Spørsmål om hvordan du har hatt det den siste uka

Spørsmålene nedenfor er om hvordan du føler det og gjør det i ulike områder i livet. Vennligst kryss av i boksen for det svaret som best beskriver deg selv i løpet av **DEN SISTE UKA**. Vennligst svar på alle spørsmål. Hvis du er usikker på hva du skal svare, ber vi deg likevel svare det som passer best.

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor vanskelig har det vært for deg å.....

		Ikke vanskelig	Litt vanskelig	Moderat vanskelig	Ganske vanskelig	Svært vanskelig
1	Klare deg i det daglige?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Takle problemene i livet ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Konsentrere deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor mye av tiden har du.....

		Ikke noe av tiden	Litt av tiden	Halve tiden	Meste av tiden	Hele tiden
4	Kommet overens med folk i familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kommet overens med folk utenfor familien din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Klart deg bra i sosiale situasjoner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Følt nært forhold til en annen person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Følt at du hadde noen å henvende deg til hvis du trengte hjelp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Følt deg trygg på deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor mye av tiden har du.....

		Ikke noe av tiden	Litt av tiden	Halve tiden	Meste av tiden	Hele tiden
10	Følt deg trist eller deprimert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Hatt tanker om å gjøre slutt på livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Følt deg anspent eller nervøs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte har du.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
13	Hatt tanker som farer gjennom hodet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Tenkt at du hadde spesielle evner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Hørt stemmer eller sett ting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Trodd at folk holdt øye med deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Trodd at folk var i mot deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte har du.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
18	Hatt svingninger i humøret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Følt at du hadde kort lunte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Hatt tanker om å skade deg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I løpet av DEN SISTE UKA, hvor ofte.....

		Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Alltid
21	Hadde du trang til å drikke alkohol eller bruke stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Snakket noen med deg om at du drikker eller bruker stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Prøvde du å skjule din drikking eller bruk av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Hadde du problemer på grunn av din drikking eller bruk av stoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BASIS-24 © Mc Lean Hospital 2011 (Oversettelse T Ruud 2016)



Helseforetak		ID-NR		Dato utfyllt	
--------------	--	-------	--	--------------	--

Hva er viktig for deg, og hvordan støtter din tjenesteyter deg i slike områder som kan være viktige i din bedringsprosess?

Med «din tjenesteyter» menes den personen i psykisk helsevern som er din behandler eller hovedkontakt.

1. Vennligst les hver setning nedenfor, og sett ring rundt **Nei** om det ikke er viktig for deg, og ring rundt **Ja** om det er viktig for deg.

2. Hvis **Ja**, kryss av for hvor mye støtte du får fra din tjenesteyter når det gjelder dette

			Ikke i det hele tatt	Lite	Noe	Ganske nye	Veldig mye
1	Føle meg støttet av andre mennesker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ha positive relasjoner til andre mennesker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ha støtte fra andre personer som har erfaring med tjenestene	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Føle meg som en del av samfunnet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Føle meg håpefull for fremtiden min	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Tro at jeg kan bli bedre	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Føle meg motivert til å gjøre endringer	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ha håp og drømmer for fremtiden	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Føle at jeg kan takle stigmatisering	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Føle meg fornøyd meg selv	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	At min tro blir respektert	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	At min etniske og kulturelle identitet blir respektert	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Forstå mine erfaringer med psykisk uhelse	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Gjøre ting som betyr noe for meg	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Bygge opp livet mitt etter vanskelige erfaringer	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ha god livskvalitet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Føle at jeg har kontroll på livet	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Være i stand til å ivareta min psykiske helse	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Prøve nye ting	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Bygge på mine styrker	Nei Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSPIRE version 3 © Section for Recovery, Institute of Psychiatry, King's College London

Samvalg (felles beslutninger) om din behandlingen de siste 6 månedene

Tenk på den kontakt du har hatt med psykisk helsevern de siste 6 månedene:

Sett ring rundt det tallet på hver linje som passer med hvor mye som ble gjort.

		0 = Det ble ikke gjort noe										9 = Alt som kunne gjøres ble gjort									
1	Hvor mye ble gjort for å hjelpe deg å forstå din helsesituasjon?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Hvor mye ble gjort for å lytte til det du synes er viktigst for din helsesituasjon?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Hvor mye ble gjort for å ta hensyn til det viktigste for deg i valg av hva som gjøres videre?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

CollaborATE



Helseforetak		ID-NR		Dato utfyllt	
--------------	--	-------	--	--------------	--

Spørsmålene nedenfor er om hvordan du opplever din egen bedringsprosess

Spørsmålene er basert på intervjuer med brukere om deres vei til bedring.

Sett kryss ved hvert utsagn for det som best beskriver din opplevelse nå for tiden.

		Helt uenig	Uenig	Hverken enig eller uenig	Enig	Helt enig
1	Jeg har det bedre med meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg føler meg i stand til å ta sjanser i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jeg er i stand til å utvikle positive forhold til andre mennesker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg føler meg som en del av samfunnet og ikke isolert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Jeg er i stand til å hevde meg selv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jeg føler at livet har en mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Mine erfaringer har endret meg til det bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Jeg har vært i stand til å akseptere ting som har skjedd med meg i fortiden og gått videre i livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Jeg er i grunnen sterkt motivert for å bli bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Jeg kan verdsette de positive tingene jeg har gjort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Jeg er i stand til å forstå meg selv bedre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Jeg kan ta ansvar for livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Jeg kan engasjere meg aktivt i livet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Jeg kan ta kontroll over deler av livet mitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Jeg kan finne tid til å gjøre de tingene jeg liker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QPR v2

Spørsmål om plan for behandlingen

Setningene nedenfor gjelder om du har en plan for behandlingen.

Vennligst sett ett kryss på hver linje om i hvilken grad dette stemmer

		Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig
1	Det er en plan for hva slags behandling og hjelp jeg skal få	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Jeg har vært med på å utarbeide planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Planen blir fulgt opp av de som skal gi behandling og hjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Jeg har en egen plan for hva jeg og andre skal gjøre dersom det skjer noe som kan føre til en forverring av min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Min nærmeste pårørende har også kopi av denne planen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Spørsmål om hjelp fra tjenester i kommune eller bydel

Setningene nedenfor er om andre tjenester de siste 6 månedene

Vennligst sett ett kryss på hver linje for det som passer best for deg

	Svært uenig	Uenig	Både og	Enig	Svært enig	Ikke aktuelt
1 Jeg har fått god hjelp fra fastlegen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jeg har fått god hjelp fra kommunale tjenester for psykisk helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jeg har fått god hjelp fra NAV når det gjelder bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jeg har fått god hjelp fra NAV når det gjelder økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jeg har fått god praktisk hjelp fra hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jeg har fått god hjelp til arbeid eller meningsfylte aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Fastlegen og de kommunale tjenestene samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Psykisk helsevern og de kommunale tjenestene samarbeider bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Det helsetilbudet jeg har er godt samordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De siste spørsmålene gjelder hvordan du har opplevd tjenestene i psykisk helsevern de siste 6 månedene

Vennligst kryss av for ett svar på hvert spørsmål

- | | |
|--|---|
| <p>1 Hvordan vil du vurdere kvaliteten på tjenesten du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Utmerket</p> <p><input type="checkbox"/> 3 God</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Grei</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Dårlig</p> | <p>5 Hvor fornøyd er du med hvor mye hjelp du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ganske misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Likegyldig eller litt misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stort sett fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Veldig fornøyd</p> |
| <p>2 Fikk du den type tjeneste du ønsket?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, egentlig ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, stort sett</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt.</p> | <p>6 Har tjenesten du har mottatt hjulpet deg å takle problemene dine på en bedre måte?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, de var til stor hjelp</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, de hjalp noe</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, de hjalp egentlig ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, de syntes å gjøre ting verre</p> |
| <p>3 I hvilken grad har tjenesten møtt dine behov?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Nesten alle mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 3 De fleste av mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Bare noen få av mine behov er møtt</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ingen av mine behov er møtt.</p> | <p>7 Alt i alt, hvor fornøyd er du med tjenesten du har mottatt?</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Veldig fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Stort sett fornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Likegyldig eller litt misfornøyd</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Ganske misfornøyd</p> |
| <p>4 Hvis en venn skulle trenge lignende hjelp, ville du da anbefale denne tjenesten til ham/henne?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, jeg tror ikke det</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, jeg tror det</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt</p> | <p>8 Hvis du skulle søke hjelp igjen, ville du gå tilbake til denne tjenesten?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Nei, absolutt ikke</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Nei, jeg tror ikke det</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Ja, jeg tror det</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Ja, absolutt</p> |

CSQ-8

Vennligst se over at du ha svart på alle spørsmål. Legg utfyllt spørreskjema i svarkonvolutten og lukk den.

Takk for at du gir informasjon om hva som er viktig for deg, og om dine erfaringer med helsetjenesten!



Community Mental Health Journal

<https://www.springer.com/journal/10597/submission-guidelines>

Manuscript Submission

Community Mental Health Journal is now also accepting submissions of a new article type, Fresh Focus. For authors interested in submitting a Fresh Focus article, see the “Journal Updates” section of the Journal webpage to learn more about themes and procedures.

Authors should submit their manuscripts online. Electronic submission substantially reduces the editorial processing and reviewing times and shortens overall publication times. Please follow the hyperlink “Submit online” on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Manuscript Preparation

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use 10-point Time New Roman font for text
- Use italics for emphasis
- Use the automatic page numbering function to number the pages
- Do not use field functions
- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar
- Use the table function, not spreadsheets, to make tables
- Save your file in doc format. Do not submit docx files.

Adhere to Journal style and include the following sections: Abstract, Introduction, Methods, Results, Discussion, and References.

All studies must be approved by human subjects committees (also known as institutional review boards). At the end of the Methods section, authors must state which human subject committee (institutional review board) approved the study.

The title page should include:

- The names(s) of the author(s)
- A concise and informative title
- The affiliation(s) and address(es) of the author(s)
- The e-mail address, telephone, and fax numbers of the corresponding author

Please provide an abstract of 100 to 150 words. The abstract should not contain any undefined abbreviations or unspecified references.

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

Limit Articles to 16 pages of text, double spaced per APA guidelines, exclusive of references, tables, and figures. Brief Reports should be no longer than 10 pages of text, and should not include any tables or figures.

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

Tables:

- All tables are to be numbered using Arabic numerals
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order
- For each table, please supply a table heading. The table title should explain clearly and concisely the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table heading.

- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

For the best quality final product, it is highly recommended that you submit all of your artwork – photographs, line drawings, etc. – in an electronic format. Your art will then be produced to the highest standards with the greatest accuracy to detail. The published work will directly reflect the quality of the artwork provided.

References

List alphabetically, adhering strictly to APA style (Publication Manual of the American Psychological Association, 4th or 5th edition). Authors are responsible for providing accurate references.

Conflict of Interest

Authors must address possible conflicts of interest which can include (a) consulting fees or paid advisory boards for the past two years or known future; (b) equity ownership and-or stock options in publicly or privately traded firms; (c) lecture fees from speaking at the invitation of a commercial sponsor, for the past two years or known future; (d) employment by the commercial entity that sponsored the study; or (e) patents and/or royalties from, service as an expert witness to, or performance of other activities for an entity with a financial interest in this area. Authors should include a sentence toward the end of the Methods section listing possible conflicts of interest or stating that there are no known conflicts of interest.

Authors must certify their responsibility for the manuscript. In so doing, the authors certify (a) that they accept responsibility for the conduct of the study and for the analysis and interpretation of the data, (b) that they helped write the manuscript and agree with the decisions about it, (c) that they meet the definition of an author as stated by the International Committee of Medical Journal Editors, and (d) that they have seen and approved the final manuscript. In certifying responsibility for the manuscript, authors also certify that neither the article nor any essential part of it, including tables and figures, will be published or submitted elsewhere before appearing in the Journal. Authors should include a sentence at the end of the Methods section saying that all authors certify responsibility.

Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Supplements

The Journal is dedicated to rapid dissemination of research on therapeutic treatments or preventive interventions. Supplements to the Journal can be used to publicize findings newly presented at conferences or symposia.

Please contact the Managing Editor for information about supplemental issues of the Journal.

Ethical Responsibilities of Authors

This journal is committed to upholding the integrity of the scientific record. As a member of the Committee on Publication Ethics (COPE) the journal will follow the COPE guidelines on how to deal with potential acts of misconduct.

Authors should refrain from misrepresenting research results which could damage the trust in the journal, the professionalism of scientific authorship, and ultimately the entire scientific endeavour. Maintaining integrity of the research and its presentation is helped by following the rules of good scientific practice, which include*:

- The manuscript should not be submitted to more than one journal for simultaneous consideration.
- The submitted work should be original and should not have been published elsewhere in any form or language (partially or in full), unless the new work concerns an expansion of previous work. (Please provide transparency on the re-use of material to avoid the concerns about text-recycling ('self-plagiarism').
- A single study should not be split up into several parts to increase the quantity of submissions and submitted to various journals or to one journal over time (i.e. 'salami-slicing/publishing').
- Concurrent or secondary publication is sometimes justifiable, provided certain conditions are met. Examples include: translations or a manuscript that is intended for a different group of readers.
- Results should be presented clearly, honestly, and without fabrication, falsification or inappropriate data manipulation (including image based manipulation). Authors should adhere to discipline-specific rules for acquiring, selecting and processing data.
- No data, text, or theories by others are presented as if they were the author's own ('plagiarism'). Proper acknowledgements to other works must be given (this includes material that is closely copied (near verbatim), summarized and/or paraphrased), quotation marks (to indicate words taken from another source) are used for verbatim copying of material, and permissions secured for material that is copyrighted.

Important note: the journal may use software to screen for plagiarism.

- Authors should make sure they have permissions for the use of software, questionnaires/(web) surveys and scales in their studies (if appropriate).
- Research articles and non-research articles (e.g. Opinion, Review, and Commentary articles) must cite appropriate and relevant literature in support of the claims made. Excessive and inappropriate self-citation or coordinated efforts among several authors to collectively self-cite is strongly discouraged.
- Authors should avoid untrue statements about an entity (who can be an individual person or a company) or descriptions of their behavior or actions that could potentially be seen as personal attacks or allegations about that person.
- Research that may be misapplied to pose a threat to public health or national security should be clearly identified in the manuscript (e.g. dual use of research). Examples include creation of harmful consequences of biological agents or toxins, disruption of immunity of vaccines, unusual hazards in the use of chemicals, weaponization of research/technology (amongst others).
- Authors are strongly advised to ensure the author group, the Corresponding Author, and the order of authors are all correct at submission. Adding and/or deleting authors during the revision stages is generally not permitted, but in some cases may be warranted. Reasons for changes in authorship should be explained in detail. Please note that changes to authorship cannot be made after acceptance of a manuscript.

*All of the above are guidelines and authors need to make sure to respect third parties rights such as copyright and/or moral rights.

Upon request authors should be prepared to send relevant documentation or data in order to verify the validity of the results presented. This could be in the form of raw data, samples, records, etc. Sensitive information in the form of confidential or proprietary data is excluded.

If there is suspicion of misbehavior or alleged fraud the Journal and/or Publisher will carry out an investigation following COPE guidelines. If, after investigation, there are valid concerns, the author(s) concerned will be contacted under their given e-mail address and given an opportunity to address the issue. Depending on the situation, this may result in the Journal's and/or Publisher's implementation of the following measures, including, but not limited to:

- If the manuscript is still under consideration, it may be rejected and returned to the author.
- If the article has already been published online, depending on the nature and severity of the infraction:
 - an erratum/correction may be placed with the article

- an expression of concern may be placed with the article
- or in severe cases retraction of the article may occur.

The reason will be given in the published erratum/correction, expression of concern or retraction note. Please note that retraction means that the article is maintained on the platform, watermarked “retracted” and the explanation for the retraction is provided in a note linked to the watermarked article.

- The author’s institution may be informed
- A notice of suspected transgression of ethical standards in the peer review system may be included as part of the author’s and article’s bibliographic record.

Fundamental errors

Authors have an obligation to correct mistakes once they discover a significant error or inaccuracy in their published article. The author(s) is/are requested to contact the journal and explain in what sense the error is impacting the article. A decision on how to correct the literature will depend on the nature of the error. This may be a correction or retraction. The retraction note should provide transparency which parts of the article are impacted by the error.

Suggesting / excluding reviewers

Authors are welcome to suggest suitable reviewers and/or request the exclusion of certain individuals when they submit their manuscripts. When suggesting reviewers, authors should make sure they are totally independent and not connected to the work in any way. It is strongly recommended to suggest a mix of reviewers from different countries and different institutions. When suggesting reviewers, the Corresponding Author must provide an institutional email address for each suggested reviewer, or, if this is not possible to include other means of verifying the identity such as a link to a personal homepage, a link to the publication record or a researcher or author ID in the submission letter. Please note that the Journal may not use the suggestions, but suggestions are appreciated and may help facilitate the peer review process.

Authorship principles

These guidelines describe authorship principles and good authorship practices to which prospective authors should adhere to.

Authorship clarified

The Journal and Publisher assume all authors agreed with the content and that all gave explicit consent to submit and that they obtained consent from the responsible authorities at the institute/organization where the work has been carried out, before the work is submitted.

The Publisher does not prescribe the kinds of contributions that warrant authorship. It is recommended that authors adhere to the guidelines for authorship that are applicable in their specific research field. In absence of specific guidelines it is recommended to adhere to the following guidelines*:

All authors whose names appear on the submission

- 1) made substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data; or the creation of new software used in the work;
- 2) drafted the work or revised it critically for important intellectual content;
- 3) approved the version to be published; and
- 4) agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

* Based on/adapted from:

ICMJE. Defining the Role of Authors and Contributors.

Transparency in authors' contributions and responsibilities to promote integrity in scientific publication, McNutt et al. PNAS February 27, 2018

Disclosures and declarations

All authors are requested to include information regarding sources of funding, financial or non-financial interests, study-specific approval by the appropriate ethics committee for research involving humans and/or animals, informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals (as appropriate).

The decision whether such information should be included is not only dependent on the scope of the journal, but also the scope of the article. Work submitted for publication may have implications for public health or general welfare and in those cases it is the responsibility of all authors to include the appropriate disclosures and declarations.

Data transparency

All authors are requested to make sure that all data and materials as well as software application or custom code support their published claims and comply with field standards. Please note that journals may have individual policies on (sharing) research data in concordance with disciplinary norms and expectations.

Role of the Corresponding Author

One author is assigned as Corresponding Author and acts on behalf of all co-authors and ensures that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately addressed.

The Corresponding Author is responsible for the following requirements:

- ensuring that all listed authors have approved the manuscript before submission, including the names and order of authors;
- managing all communication between the Journal and all co-authors, before and after publication;*
- providing transparency on re-use of material and mention any unpublished material (for example manuscripts in press) included in the manuscript in a cover letter to the Editor;
- making sure disclosures, declarations and transparency on data statements from all authors are included in the manuscript as appropriate (see above).

* The requirement of managing all communication between the journal and all co-authors during submission and proofing may be delegated to a Contact or Submitting Author. In this case please make sure the Corresponding Author is clearly indicated in the manuscript.

Author contributions

In absence of specific instructions and in research fields where it is possible to describe discrete efforts, the Publisher recommends authors to include contribution statements in the work that specifies the contribution of every author in order to promote transparency. These contributions should be listed at the separate title page.

Examples of such statement(s) are shown below:

- Free text:

All authors contributed to the study conception and design. Material preparation, data collection and analysis were performed by [full name], [full name] and [full name]. The first draft of the manuscript was written by [full name] and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Example: CRediT taxonomy:

- Conceptualization: [full name], ...; Methodology: [full name], ...; Formal analysis and investigation: [full name], ...; Writing - original draft preparation: [full name], ...; Writing - review and editing: [full name], ...; Funding acquisition: [full name], ...; Resources: [full name], ...; Supervision: [full name],....

For review articles where discrete statements are less applicable a statement should be included who had the idea for the article, who performed the literature search and data analysis, and who drafted and/or critically revised the work.

For articles that are based primarily on the student's dissertation or thesis, it is recommended that the student is usually listed as principal author:

Affiliation

The primary affiliation for each author should be the institution where the majority of their work was done. If an author has subsequently moved, the current address may additionally be stated. Addresses will not be updated or changed after publication of the article.

Changes to authorship

Authors are strongly advised to ensure the correct author group, the Corresponding Author, and the order of authors at submission. Changes of authorship by adding or deleting authors, and/or changes in Corresponding Author, and/or changes in the sequence of authors are not accepted after acceptance of a manuscript.

- Please note that author names will be published exactly as they appear on the accepted submission!

Please make sure that the names of all authors are present and correctly spelled, and that addresses and affiliations are current.

Adding and/or deleting authors at revision stage are generally not permitted, but in some cases it may be warranted. Reasons for these changes in authorship should be explained. Approval of the change during revision is at the discretion of the Editor-in-Chief. Please note that journals may have individual policies on adding and/or deleting authors during revision stage.

Author identification

Authors are recommended to use their ORCID ID when submitting an article for consideration or acquire an ORCID ID via the submission process.

Deceased or incapacitated authors

For cases in which a co-author dies or is incapacitated during the writing, submission, or peer-review process, and the co-authors feel it is appropriate to include the author, co-authors should obtain approval from a (legal) representative which could be a direct relative.

Authorship issues or disputes

In the case of an authorship dispute during peer review or after acceptance and publication, the Journal will not be in a position to investigate or adjudicate. Authors will be asked to resolve the dispute themselves. If they are unable the Journal reserves the right to withdraw a manuscript from the editorial process or in case of a published paper raise the issue with the authors' institution(s) and abide by its guidelines.

Confidentiality

Authors should treat all communication with the Journal as confidential which includes correspondence with direct representatives from the Journal such as Editors-in-Chief and/or Handling Editors and reviewers' reports unless explicit consent has been received to share information.

[Back to top](#)

Compliance with Ethical Standards

To ensure objectivity and transparency in research and to ensure that accepted principles of ethical and professional conduct have been followed, authors should include information regarding sources of funding, potential conflicts of interest (financial or non-financial), informed consent if the research involved human participants, and a statement on welfare of animals if the research involved animals.

Authors should include the following statements (if applicable) in a separate section entitled "Compliance with Ethical Standards" when submitting a paper:

- Disclosure of potential conflicts of interest
- Research involving Human Participants and/or Animals
- Informed consent

Please note that standards could vary slightly per journal dependent on their peer review policies (i.e. single or double blind peer review) as well as per journal subject discipline. Before submitting your article check the instructions following this section carefully.

The corresponding author should be prepared to collect documentation of compliance with ethical standards and send if requested during peer review or after publication.

The Editors reserve the right to reject manuscripts that do not comply with the above-mentioned guidelines. The author will be held responsible for false statements or failure to fulfill the above-mentioned guidelines.

Conflicts of Interest / Competing Interests

Authors are requested to disclose interests *that are directly or indirectly related to the work submitted for publication*. Interests within the last 3 years of beginning the work (conducting the research and preparing the work for submission) should be reported. Interests outside the 3-year time frame must be disclosed if they could reasonably be perceived as influencing the submitted work. Disclosure of interests provides a complete and transparent process and helps readers form their own judgments of potential bias. This is not meant to imply that a financial relationship with an organization that sponsored the research or compensation received for consultancy work is inappropriate.

Interests that should be considered and disclosed but are not limited to the following:

Funding: Research grants from funding agencies (please give the research funder and the grant number) and/or research support (including salaries, equipment, supplies, reimbursement for attending symposia, and other expenses) by organizations that may gain or lose financially through publication of this manuscript.

Employment: Recent (while engaged in the research project), present or anticipated employment by any organization that may gain or lose financially through publication of this manuscript. This includes multiple affiliations (if applicable).

Financial interests: Stocks or shares in companies (including holdings of spouse and/or children) that may gain or lose financially through publication of this manuscript; consultation fees or other forms of remuneration from organizations that may gain or lose financially; patents or patent applications whose value may be affected by publication of this manuscript.

It is difficult to specify a threshold at which a financial interest becomes significant, any such figure is necessarily arbitrary, so one possible practical guideline is the following: "Any undeclared financial interest that could embarrass the author were it to become publicly known after the work was published."

Non-financial interests: In addition, authors are requested to disclose interests that go beyond financial interests that could impart bias on the work submitted for publication such as professional interests, personal relationships or personal beliefs (amongst others). Examples include, but are not limited to: position on editorial board, advisory board or board of directors or other type of management relationships; writing and/or consulting for educational purposes; expert witness; mentoring relations; and so forth.

Primary research articles require a disclosure statement. Review articles present an expert synthesis of evidence and may be treated as an authoritative work on a subject. Review articles therefore require a disclosure statement. Other article types such as editorials, book reviews, comments (amongst others) may, dependent on their content, require a disclosure statement. If you are unclear whether your article type requires a disclosure statement, please contact the Editor-in-Chief.

Please note that, in addition to the above requirements, funding information (given that funding is a potential conflict of interest (as mentioned above)) needs to be disclosed upon submission of the manuscript in the peer review system. This information will automatically be added to the Record of CrossMark, however it is not added to the manuscript itself. Under 'summary of requirements' (see below) funding information should be included in the 'Declarations' section.

Summary of requirements

The above should be summarized in a statement and included on a title page that is separate from the manuscript with a section entitled "Declarations" when submitting a paper. Having all statements in one place allows for a consistent and unified review of the information by the Editor-in-Chief and/or peer reviewers and may speed up the handling of the paper. Declarations include Funding, Conflicts of interest/competing interests, Ethics

approval, Consent, Data, Materials and/or Code availability and Authors' contribution statements. Please use the title page for providing the statements.

Once and if the paper is accepted for publication, the production department will put the respective statements in a distinctly identified section clearly visible for readers.

Please see the various examples of wording below and revise/customize the sample statements according to your own needs.

When all authors have the same (or no) conflicts and/or funding it is sufficient to use one blanket statement.

Provide "Funding" as a heading (see template)

- Partial financial support was received from [...]
- The research leading to these results received funding from [...] under Grant Agreement No[...].
- This study was funded by [...]
- This work was supported by [...] (Grant numbers [...] and [...])

In case of no funding:

- The authors did not receive support from any organization for the submitted work.
- No funding was received to assist with the preparation of this manuscript.
- No funding was received for conducting this study.
- No funds, grants, or other support was received.

Provide "Conflicts of interest/Competing interests" as a header (see template)

- Financial interests: Author A has received research support from Company A. Author B has received a speaker honorarium from Company Wand owns stock in Company X. Author C is consultant to company Y.
Non-financial interests: Author C is an unpaid member of committee Z.
- Financial interests: The authors declare they have no financial interests.
Non-financial interests: Author A is on the board of directors of Y and receives no compensation as member of the board of directors.
- Financial interests: Author A received a speaking fee from Y for Z. Author B receives a salary from association X. X where s/he is the Executive Director.
Non-financial interests: none.
- Financial interests: Author A and B declare they have no financial interests. Author C has received speaker and consultant honoraria from Company M and Company N. Dr. C has received speaker honorarium and research funding from Company M and Company O. Author D has received travel support from Company O.
Non-financial interests: Author D has served on advisory boards for Company M, Company N and Company O.

When authors have nothing to declare the following statement may be used:

- The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.
- The authors have no conflicts of interest to declare that are relevant to the content of this article.
- All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.
- The authors have no financial or proprietary interests in any material discussed in this article.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

Research involving human participants, their data or biological material

Ethics approval

When reporting a study that involved human participants, their data or biological material, authors should include a statement that confirms that the study was approved (or granted exemption) by the appropriate institutional and/or national research ethics committee (including the name of the ethics committee) and certify that the study was performed in accordance with the ethical standards as laid down in the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards. If doubt exists whether the research was conducted in accordance with the 1964 Helsinki Declaration or comparable standards, the authors must explain the reasons for their approach, and demonstrate that an independent ethics committee or institutional review board explicitly approved the doubtful aspects of the study. If a study was granted exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the reasons for the exemption).

Retrospective ethics approval

If a study has not been granted ethics committee approval prior to commencing, retrospective ethics approval usually cannot be obtained and it may not be possible to consider the manuscript for peer review. The decision on whether to proceed to peer review in such cases is at the Editor's discretion.

Ethics approval for retrospective studies

Although retrospective studies are conducted on already available data or biological material (for which formal consent may not be needed or is difficult to obtain) ethics approval may be required dependent on the law and the national ethical guidelines of a country. Authors should check with their institution to make sure they are complying with the specific requirements of their country.

Ethics approval for case studies

Case reports require ethics approval. Most institutions will have specific policies on this subject. Authors should check with their institution to make sure they are complying with the specific requirements of their institution and seek ethics approval where needed. Authors should be aware to secure informed consent from the individual (or parent or guardian if the participant is a minor or incapable) See also section on Informed Consent.

Cell lines

If human cells are used, authors must declare in the manuscript: what cell lines were used by describing the source of the cell line, including when and from where it was obtained, whether the cell line has recently been authenticated and by what method. If cells were bought from a life science company the following need to be given in the manuscript: name of company (that provided the cells), cell type, number of cell line, and batch of cells.

It is recommended that authors check the [NCBI database](#) for misidentification and contamination of human cell lines. This step will alert authors to possible problems with the cell line and may save considerable time and effort.

Further information is available from the [International Cell Line Authentication Committee \(ICLAC\)](#).

Authors should include a statement that confirms that an institutional or independent ethics committee (including the name of the ethics committee) approved the study and that informed consent was obtained from the donor or next of kin.

Research Resource Identifiers (RRID)

Research Resource Identifiers (RRID) are persistent unique identifiers (effectively similar to a DOI) for research resources. This journal encourages authors to adopt RRIDs when reporting key biological resources (antibodies, cell lines, model organisms and tools) in their manuscripts.

Examples:

Organism: *Filip1tm1a(KOMP)Wtsi* RRID:MMRRC_055641-UCD

Cell Line: RST307 cell line RRID:CVCL_C321

Antibody: Luciferase antibody DSHB Cat# LUC-3, RRID:AB_2722109

Plasmid: mRuby3 plasmid RRID:Addgene_104005

Software: ImageJ Version 1.2.4 RRID:SCR_003070

RRIDs are provided by the [Resource Identification Portal](#). Many commonly used research resources already have designated RRIDs. The portal also provides authors links so that they can quickly [register a new resource](#) and obtain an RRID.

Clinical Trial Registration

The World Health Organization (WHO) definition of a clinical trial is "any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes". The WHO defines health interventions as "A health intervention is an act performed for, with or on behalf of a person or population whose purpose is to assess, improve, maintain, promote or modify health, functioning or health conditions" and a health-related outcome is generally defined as a change in the health of a person or population as a result of an intervention.

To ensure the integrity of the reporting of patient-centered trials, authors must register prospective clinical trials (phase II to IV trials) in suitable publicly available repositories. For example www.clinicaltrials.gov or any of the primary registries that participate in the [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#).

The trial registration number (TRN) and date of registration should be included as the last line of the manuscript abstract.

For clinical trials that have not been registered prospectively, authors are encouraged to register retrospectively to ensure the complete publication of all results. The trial registration number (TRN), date of registration and the words 'retrospectively registered' should be included as the last line of the manuscript abstract.

Standards of reporting

Springer Nature advocates complete and transparent reporting of biomedical and biological research and research with biological applications. Authors are recommended to adhere to the minimum reporting guidelines hosted by the [EQUATOR Network](#) when preparing their manuscript.

Exact requirements may vary depending on the journal; please refer to the journal's Instructions for Authors.

Checklists are available for a number of study designs, including:

Randomised trials ([CONSORT](#)) and Study protocols ([SPIRIT](#))

Observational studies ([STROBE](#))

Systematic reviews and meta-analyses ([PRISMA](#)) and protocols ([Prisma-P](#))

Diagnostic/prognostic studies ([STARD](#)) and ([TRIPOD](#))

Case reports ([CARE](#))

Clinical practice guidelines ([AGREE](#)) and ([RIGHT](#))

Qualitative research ([SRQR](#)) and ([COREQ](#))

Animal pre-clinical studies ([ARRIVE](#))

Quality improvement studies ([SQUIRE](#))

Economic evaluations ([CHEERS](#))

Summary of requirements

The above should be summarized in a statement and placed in a 'Declarations' section before the reference list under a heading of 'Ethics approval'.

Examples of statements to be used when ethics approval has been obtained:

- All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. The study was approved by the Bioethics Committee of the Medical University of A (No. ...).
- This study was performed in line with the principles of the Declaration of Helsinki. Approval was granted by the Ethics Committee of University B (Date.../No. ...).
- Approval was obtained from the ethics committee of University C. The procedures used in this study adhere to the tenets of the Declaration of Helsinki.
- The questionnaire and methodology for this study was approved by the Human Research Ethics committee of the University of D (Ethics approval number: ...).

Examples of statements to be used for a retrospective study:

- Ethical approval was waived by the local Ethics Committee of University A in view of the retrospective nature of the study and all the procedures being performed were part of the routine care.
- This research study was conducted retrospectively from data obtained for clinical purposes. We consulted extensively with the IRB of XYZ who determined that our study did not need ethical approval. An IRB official waiver of ethical approval was granted from the IRB of XYZ.

- This retrospective chart review study involving human participants was in accordance with the ethical standards of the institutional and national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. The Human Investigation Committee (IRB) of University B approved this study.

Examples of statements to be used when no ethical approval is required/exemption granted:

- This is an observational study. The XYZ Research Ethics Committee has confirmed that no ethical approval is required.

- The data reproduced from Article X utilized human tissue that was procured via our Biobank AB, which provides de-identified samples. This study was reviewed and deemed exempt by our XYZ Institutional Review Board. The BioBank protocols are in accordance with the ethical standards of our institution and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

Informed consent

All individuals have individual rights that are not to be infringed. Individual participants in studies have, for example, the right to decide what happens to the (identifiable) personal data gathered, to what they have said during a study or an interview, as well as to any photograph that was taken. This is especially true concerning images of vulnerable people (e.g. minors, patients, refugees, etc) or the use of images in sensitive contexts. In many instances authors will need to secure written consent before including images.

Identifying details (names, dates of birth, identity numbers, biometrical characteristics (such as facial features, fingerprint, writing style, voice pattern, DNA or other distinguishing characteristic) and other information) of the participants that were studied should not be published in written descriptions, photographs, and genetic profiles unless the information is essential for scholarly purposes and the participant (or parent/guardian if the

participant is a minor or incapable or legal representative) gave written informed consent for publication. Complete anonymity is difficult to achieve in some cases. Detailed descriptions of individual participants, whether of their whole bodies or of body sections, may lead to disclosure of their identity. Under certain circumstances consent is not required as long as information is anonymized and the submission does not include images that may identify the person.

Informed consent for publication should be obtained if there is any doubt. For example, masking the eye region in photographs of participants is inadequate protection of anonymity. If identifying characteristics are altered to protect anonymity, such as in genetic profiles, authors should provide assurance that alterations do not distort meaning.

Exceptions where it is not necessary to obtain consent:

- Images such as x rays, laparoscopic images, ultrasound images, brain scans, pathology slides unless there is a concern about identifying information in which case, authors should ensure that consent is obtained.
- Reuse of images: If images are being reused from prior publications, the Publisher will assume that the prior publication obtained the relevant information regarding consent. Authors should provide the appropriate attribution for republished images.

Consent and already available data and/or biologic material

Regardless of whether material is collected from living or dead patients, they (family or guardian if the deceased has not made a pre-mortem decision) must have given prior written consent. The aspect of confidentiality as well as any wishes from the deceased should be respected.

Data protection, confidentiality and privacy

When biological material is donated for or data is generated as part of a research project authors should ensure, as part of the informed consent procedure, that the participants are made aware what kind of (personal) data will be processed, how it will be used and for what purpose. In case of data acquired via a biobank/biorepository, it is possible they apply a broad consent which allows research participants to consent to a broad range of uses of

their data and samples which is regarded by research ethics committees as specific enough to be considered “informed”. However, authors should always check the specific biobank/biorepository policies or any other type of data provider policies (in case of non-bio research) to be sure that this is the case.

Consent to Participate

For all research involving human subjects, freely-given, informed consent to participate in the study must be obtained from participants (or their parent or legal guardian in the case of children under 16) and a statement to this effect should appear in the manuscript. In the case of articles describing human transplantation studies, authors must include a statement declaring that no organs/tissues were obtained from prisoners and must also name the institution(s)/clinic(s)/department(s) via which organs/tissues were obtained. For manuscripts reporting studies involving vulnerable groups where there is the potential for coercion or where consent may not have been fully informed, extra care will be taken by the editor and may be referred to the Springer Nature Research Integrity Group.

Consent to Publish

Individuals may consent to participate in a study, but object to having their data published in a journal article. Authors should make sure to also seek consent from individuals to publish their data prior to submitting their paper to a journal. This is in particular applicable to case studies. A consent to publish form can be found

[here. \(Download docx, 36 kB\)](#)

Summary of requirements

The above should be summarized in a statement and placed in a ‘Declarations’ section before the reference list under a heading of ‘Consent to participate’ and/or ‘Consent to publish’. Other declarations include Funding, Conflicts of interest/competing interests, Ethics approval, Consent, Data and/or Code availability and Authors’ contribution statements.

Please see the various examples of wording below and revise/customize the sample statements according to your own needs.

Sample statements for "Consent to participate":

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Informed consent was obtained from legal guardians.

Written informed consent was obtained from the parents.

Verbal informed consent was obtained prior to the interview.

Sample statements for "Consent to publish":

The authors affirm that human research participants provided informed consent for publication of the images in Figure(s) 1a, 1b and 1c.

The participant has consented to the submission of the case report to the journal.

Patients signed informed consent regarding publishing their data and photographs.

Sample statements if identifying information about participants is available in the article:

Additional informed consent was obtained from all individual participants for whom identifying information is included in this article.

Authors are responsible for correctness of the statements provided in the manuscript. See also Authorship Principles. The Editor-in-Chief reserves the right to reject submissions that do not meet the guidelines described in this section.

Images will be removed from publication if authors have not obtained informed consent or the paper may be removed and replaced with a notice explaining the reason for removal.

English Language Editing

For editors and reviewers to accurately assess the work presented in your manuscript you need to ensure the English language is of sufficient quality to be understood. If you need help with writing in English you should consider:

- Asking a colleague who is a native English speaker to review your manuscript for clarity.
- Visiting the English language tutorial which covers the common mistakes when writing in English.
- Using a professional language editing service where editors will improve the English to ensure that your meaning is clear and identify problems that require your review. Two such services are provided by our affiliates Nature Research Editing Service and American Journal Experts. Springer authors are entitled to a 10% discount on their first submission to either of these services, simply follow the links below.

Please note that the use of a language editing service is not a requirement for publication in this journal and does not imply or guarantee that the article will be selected for peer review or accepted.

If your manuscript is accepted it will be checked by our copyeditors for spelling and formal style before publication.

Søknadsinformasjon

Utlysning	Prosjektsøknad
Søknad	Implementering av nasjonale retningslinjer for psykosebehandling
SøknadsId	30 098
Søkerorganisasjon	Akershus universitetssykehus HF

Oppgave: Endring og/eller henvendelse

Oppgaveid	160027
Utført	18.06.2020
Sist oppdatert	18.06.2020

Hva gjelder endringen/prosjekthenvendelsen?

- Endring i prosjektmedarbeidere

CRISTIN ID medarbeider	56879
Navn	Anne Høye
Akademisk grad	PhD / Doktorgrad
Stilling	Overlege, professorstipendiat
Institusjon	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjektrolle	Prosjektmedarbeider
CRISTIN ID medarbeider	1204911
Navn	Stine Larsen
Akademisk grad	PhD - kandidat / Cand.med.
Stilling	Phd-stipendiat
Institusjon	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Prosjektrolle	Prosjektmedarbeider
CRISTIN ID medarbeider	52300
Navn	Eva Biringer
Akademisk grad	PhD / Doktorgrad
Stilling	Seniorforsker
Institusjon	Helse Fonna HF
Prosjektrolle	Prosjektmedarbeider
CRISTIN ID medarbeider	
Navn	Klara Skaare-Fatland
Akademisk grad	PhD - kandidat / Cand.med.
Stilling	Phd-stipendiat
Institusjon	Helse Fonna HF
Prosjektrolle	Prosjektmedarbeider
CRISTIN ID medarbeider	
Navn	Janniche Tøsdal Linde
Akademisk grad	Bachelorgrad
Stilling	Mastergradstudent
Institusjon	Helse Fonna HF
Prosjektrolle	Prosjektbedarbeider
Andre nødvendige vedlegg	0 vedlegg

Beskrivelse av og begrunnelse for endringen

Utvidelse av de lokale forskningsgruppene i prosjektet i to av helseforetakene som er parter i prosjektet (UNN og Helse Fonna).