



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 27

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Psykosebehandling - mer enn antipsykotika

**Antall ord \*:** 7907

**Engelsk tittel \*:** Treating psychosis - more than antipsychotics

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen Nei**  
**konfidensiell materiale?:**

**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 avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Psykosebehandling – mer enn  
antipsykotika

Treating psychosis – more than  
antipsychotics

**Kandidatnummer: 27**

Bachelor i sjukepleie  
Institutt for helse- og omsorgsvitskap  
Høgskulen på Vestlandet, campus Haugesund  
25.04.19

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, § 10.*

## **Sammendrag**

**Tittel:** Psykosebehandling – mer enn antipsykotika

**Bakgrunn:** Tradisjonelt sett har psykoselidelser blitt behandlet med medikamenter, og som regel i kombinasjon med annen behandling i form av kognitiv terapi og familiesamarbeid. De siste årene har det blitt større etterspørsel etter behandling av psykoselidelser uten medikamenter, blant annet fra pasientorganisasjoner. Helseminister Bent Høie påla alle regionale helseforetak å etablere medikamentfrie tilbud for pasienter innen psykisk helsevern innen 1. juni 2016. Recovery har vokst fram som en tilnærming som fokuserer på pasientens egen mestring og har fått sin plass i psykiatrien.

**Problemstilling:** Kan medikamentfri behandling av pasienter med psykoselidelse erstatte behandling med antipsykotika, og hvordan kan sykepleieren legge til rette for recovery?

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å belyse problemstillingen fra ulike sider og sette spørsmål ved bruken av antipsykotika i behandlingen av psykoselidelser.

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som belyser en problemstilling ved hjelp av forsknings- og faglitteratur på feltet samt pensumlitteratur. Aktuell litteratur blir drøftet og avsluttes med en konklusjon.

**Resultat:** Forskingen på feltet er ikke entydig, der noen hevder at medikamenter i behandling av psykoser har god effekt mens andre hevder at det er mer hensiktsmessig å behandle uten medikamenter. Studiene over lengre tid viser at av pasientene som oppnår recovery så bruker halvparten medikamenter og halvparten bruker ikke medikamenter. I flere av studiene kommer det frem at behandling med medikamenter utover akutfasen av en psykose virker kan ødelegge for pasientens recovery.

**Konklusjon:** Psykoselidelser kan behandles uten bruk av antipsykotika. Recoverytilnærmingen kan se ut til å være svært nyttig i møte med pasienten og for å

fremme hans følelse av tilhørighet, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening i livet og empowerment. Den er også uavhengig av om behandling skjer med eller uten medikamenter da grunntanken handler om å støtte opp under personens egen mestring.

**Nøkkelord:** Psykiatri, psykose, antipsykotika, recovery, ikke-medikamentell behandling

## **Abstract**

**Title:** Treating psychosis – more than antipsychotics

**Background:** Traditionally psychotic disorders has been treated with drugs, and usually in combination with other treatments such as cognitive behavioural therapy and family interventions. In recent years patient organizations have been asking for non-medical treatment of psychotic disorders. The Minister of Health and Care Service Bent Høie instructed all the regional health enterprises to establish drug-free treatment options for the patients within mental health care by June 1st, 2016. Recovery has emerged as a approach that focuses on the patients own coping of their psychotic disorder, and has gained a place in the psychiatry.

**Question:** Can antipsychotics in the treatment of psychotic disorders be replaced with drug-free treatment, and how can nurses facilitate recovery?

**Purpose:** The purpose of this bachelor thesis is to shed light on the issue from various sides, and to question the use of antipsychotics in the treatment of psychotic disorders.

**Method:** This bachelor thesis is a literatur study that illuminates a problem with the help of research articles and academic literatur as well as curriculum literature. The literature in this thesis is beeing discussed and sums up with a conclusion.

**Results:** The research on treating psychotic disorders is heterogenous where some claim that drugs in the treatment of psychotic disorders have good effect while others claim that it is more appropriate to treat without the use of drugs. Longitudal studies shows that half of the patients who obtain recovery does it without the use of drugs, and half of them with the use of drugs. In several of the studies, it appears that treating psychotic disorders beyond the acute phase of a psychosis may compromise the patient's recovery.

**Conclusion:** Psychotic disorders can be treated without the use of antipsychotics. The recovery approach may seem to be very helpful when meeting the patient, and in promoting

the patient's sense of belonging, hope and optimism for the future, identity, meaning of life and empowerment. Whether the treatment occurs with or without drugs seems irrelevant since the basic idea of recovery is supporting the person's own coping of his life.

**Keywords:** Psychiatry, psychosis, psychotic disorders, antipsychotics, recovery, non-drug treatment

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering	2
<b>2 Teori</b>	<b>2</b>
2.1 Hva er psykiatri?	2
2.2 Hva er psykose?	3
2.3 Tradisjonell behandling	3
2.3.1 Medikamentell behandling	3
2.3.2 Pakkeforløp	4
2.4 Langtidsbehandling med antipsykotika	4
2.5 Medikamentfri behandling	5
2.5.1 Familiesamarbeid, psykoterapi og miljøterapi	5
2.5.2 Medikamentfrie tilbud i Norge	6
2.6 Recovery	7
2.7 Etske retningslinjer for sykepleieren	8
<b>3 Metode</b>	<b>8</b>
3.1 Kohort, kvalitativ og kvantitativ metode	9
3.2 Litteratursøk	9
3.3 Kildekritikk	9
<b>4 Resultat</b>	<b>10</b>
4.1 Artikkel 1	10
4.2 Artikkel 2	11
4.3 Artikkel 3	12
4.4 Artikkel 4	13
4.5 Artikkel 5	14
4.6 Artikkel 6	15
<b>5 Drøfting</b>	<b>16</b>
5.1 Medikamentell behandling	16
5.1.1 Akutfase	16
5.1.2 Langtidsbehandling	17
5.1.3 Dødelighet	17
5.2 Sykepleierens relasjonelle betydning	18
5.3 Recoveryorientert praksis	19
5.3.1 Verdigrunnlaget	19
5.3.2 Kartlegging	20
5.3.3 Brukeren som ressurs i recoveryarbeidet	21
5.3.4 Den sosiale arena	21
5.4 Familiesamarbeid	22

5.5 Psykoterapi .....	23
5.6 Miljøterapi .....	24
<b>6 Avslutning.....</b>	<b>24</b>
<b>7 Litteratur .....</b>	<b>26</b>
<b>Vedlegg 1 - litteratursøk .....</b>	<b>31</b>
<b>Vedlegg - 2 sjekklister kohortstudier .....</b>	<b>31</b>



## 1 Innledning

«Ingen skal defineres som for «psykisk lidende» til å kunne leve et selvstendig, verdi og meningsfullt liv i sitt valgte lokalmiljø» - Davidson 2006, referert i Karlsson og Borg, 2013, s. 65.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Innen psykiatrien hersker det ulike meninger om hva som er riktig behandling og hva som er effektiv behandling av psykoselidelser. Det mest utbredte er at det brukes medikamenter i behandlingen, og dette er tilsynelatende den viktigste behandlingsintervensjonen på mange psykiatriske klinikker. Helsedirektoratet (2013, s. 15) anbefaler i sine retningslinjer for behandling av psykoselidelser at det anvendes en kombinasjon av medikamentbehandling og ikke-medikamentelle tiltak som kognitiv atferdsterapi og familiesamarbeid. Helse- og omsorgsminister Bent Høie påla den 25.11.2015 alle regionale helseforetak å etablere et medikamentfritt tilbud for pasienter innen psykisk helsevern innen 1. juni 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 10).

Dette åpner videre for diskusjon mellom klinikere med god erfaring med bruk av antipsykotika i behandlingen, nyere forskning som indikerer at antipsykotika ikke har så god effekt som tidligere antatt og brukergruppens erfaring med langtidsbehandling med antipsykotika (Wils et al., 2017). Brukerorganisasjoner som Aurora, Hvite Ørn, Mental Helse, Landsforening for pårørende innen psykisk helse (LPP) og We Shall Overcome (WSO) har etterspurt medikamentfri behandling på bakgrunn av at de opplever at mennesker i krise ikke får reelle alternativer til medisiner (Standal & Heiervang, 2018).

Recoverytilnærmingen har de siste 20 årene blitt implementert innen psykisk helsevern i Norge (Karlsson & Borg, 2013, s. 64). Fokuset er på den psykisk syke og hva han selv kan gjøre for å håndtere de psykiske vanskene han opplever (Karlsson & Borg, 2013, s. 67), og personlige mål og erfaringskompetanse ansees som viktig (Slade, 2015).

På bakgrunn av en dypere interesse for psykiatri som fagfelt har jeg skrevet en oppgave som omhandler behandling av psykoselidelser. Interessen har jeg fått gjennom årene før jeg

begynte på bachelorutdanning i sykepleie, blant annet fra tiden jeg jobbet på akuttpsykiatrisk post der jeg fikk oppleve pasienter med psykiske lidelser tett på. Konseptet medikamentfritt behandlingstilbud utfordrer tanken om at psykoser bør behandles med medikamenter. Jeg lurer på om det er mulig å behandle personer med en psykoselidelse uten å bruke medikamenter, og hvordan dette kan praktiseres.

## 1.2 Problemstilling

Kan medikamentfri behandling av pasienter med psykoselidelse erstatte behandling med antipsykotika, og hvordan kan sykepleieren legge til rette for recovery?

## 1.3 Avgrensning og presisering

Denne oppgaven handler om behandling av psykoselidelser med og uten medikamenter, men hovedfokuset ligger på den medikamentfrie behandlingen og recovery som idé og tilnærming. Det er ikke noen spesifikk psykoselidelse det blir fokusert på, men mye av forskningen oppgaven baserer seg på er gjort med personer som har gjennomgått en førstegangpsykose. Ordet psykose vil altså ikke beskrive en spesifikk type, med mindre det er en spesifikk type psykose som omtales. Det finnes mange behandlingstilnærminger til psykoser, men jeg har valgt å omtale de som legges vekt på i Helsedirektoratets retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

# 2 Teori

## 2.1 Hva er psykiatri?

For å kunne forstå hva en psykose er vil jeg først definere hva psykiatri og psykisk lidelse er. Psykiatri kan i følge Snoek og Engedal (2017, s. 19) defineres som læren om sinnets og sjelens lidelse. «Å lide psykisk kan være et sunnhetstegn, mens en psykisk lidelse oppleves som fravær av sunnhet» (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 28). Psykiske lidelser kan oppleves som vonde og ødeleggende symptomer, men kan også være livsformer som bidrar til identitet og en form for mestring. Dette vil ha konsekvenser for pasienters motivasjon for endring. Psykiske lidelser kan oppfattes som at lidelsen er mer av det man allerede føler, men kan også beskrives som avgrensbare kategorier som lidelser, syndromer eller sykdommer (Skårderud et al., 2015, s. 35).

## 2.2 Hva er psykose?

Psykoselidelser kommer under blokk F20-F29 i ICD-10, den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (Helsedirektoratet, 2015). Å være psykotisk dreier seg om å leve i en fordreid virkelighet. De psykotiske tilstandene er en gruppe psykiske lidelser som er stor, viktig og uensartet, der noen former er akutte forbigående mens andre kan være preget av et mer langvarig forløp som ikke sjeldent medfører fall i funksjonsnivå (Skårderud et al., 2015, s. 302). Snoek og Engedal (2017, s. 81) beskriver psykose som en tilstand preget av forstyrrelse av tenkning, persepsjon og affekt. Den endrede virkelighetsoppfatningen, også kalt realitetsbristen, er karakteristisk ved psykoser og den psykotiske personen ser ikke verden rundt seg, menneskers holdninger og egen rolle slik som andre gjør. Virkelighetsforståelsen kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk (Skårderud et al., 2015, s. 303).

Psykososer kan oppstå i alle aldre, men vanligst er at debuten skjer i 15-30 års alderen (Skårderud et al., 2015, s. 302). De psykotiske tilstandene kan grovt sett deles inn i schizofrenier, paranoide psykoser og akutte forbigående psykoser (Snoek & Engedal, 2017, s. 81). Symptomene på psykose er alene uspesifikke uttrykk for endringer i den nevrologiske funksjonen i hjernen. Endringen kan oppstå brått eller gradvis, og av ulike årsaker. Psykososer kan være rusutløste, komme av forgiftninger, eller som en reaksjon på en ekstrem belastning. Oftest kommer den psykotiske utviklingen plutselig uten at en kan beskrive hvorfor (Snoek & Engedal, 2017, s. 82).

## 2.3 Tradisjonell behandling

### 2.3.1 Medikamentell behandling

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. De angir at medikamentell behandling for mennesker med psykoselidelser har en veldokumentert virkning på psykotiske symptomer (Helsedirektoratet, 2013, s. 75). Ifølge Skårderud et al. (2015, s. 330) er målet med medikamentell behandling å gi lavest mulig dose til å lindre de psykotiske symptomer og som gir minst mulig bivirkninger. Den medikamentelle behandlingen handler altså om å lindre de psykotiske symptomene som pasienten opplever. De generelle anbefalingene er at

behandlingen bør inneholde en kombinasjon av for eksempel legemiddelbehandling og familiesamarbeid samt kognitiv terapi, som er individuelt tilpasset til pasienten (Helsedirektoratet, 2013, s. 15). Familiesamarbeid og kognitiv terapi er ikke-medikamentelle tiltak og de beskrives nærmere i kapittel 2.5.1.

### 2.3.2 Pakkeforløp

Fra 15. februar i år gjelder pakkeforløp ved mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (Helsedirektoratet, 2019). Pakkeforløpet begynner med en utredning og planlegging av behandling. Hovedfokus i starten bør være å etablere en behandlingsrelasjon samt å engasjere pasientens og/eller hans pårørende. Det skal utarbeides en behandlingsplan og det skal drøftes med pasienten om han ønsker legemiddelbehandling, eventuelt om det skal prøves medikamentfrie tiltak. Samhandling mellom ulike aktører skal sikres og tilpasses pasienten, og behandlingen skal evalueres underveis for at pasienten og eventuelt pårørende skal trygges på at behandlingen er effektiv og individuelt tilpasset (Helsedirektoratet, 2019).

## 2.4 Langtidsbehandling med antipsykotika

Antipsykotiske legemidler har som hensikt å bedre eller fjerne symptomer knyttet til psykotiske tilstander (Spigset, 2016, s. 222). Bivirkninger som kommer av førstegenerasjons antipsykotika kan utarte seg som muskelplager som akutte muskelstivhet (dystonier), indre uro og motorisk rastløshet (akatsi), parkinsonisme og ufrivillige bevegelser (tardive dyskinesier) (Spigset, 2016, s. 223). Andregenerasjons antipsykotika kan gi kraftig vektøkning, forstyrrelse i kolesterol- og triglyseridnivåer i blod, nedsatt glukosetoleranse og diabetesutvikling (Spigset, 2016, s. 225). Gøtzsche (2015, s. 231) hevder at antipsykotika hemmer evnen til å leve et normalt liv samt evnen til å lese, tenke, konsentrere seg, være kreativ, føle og å ha sex. Bruk av antipsykotika utover akutfasen kan føre til dårligere fungering i hverdagen og kan være et hinder i pasientens vei mot recovery (Bjornestad et al., 2017), og langtidsbruk relateres til dårligere fungering i hverdagen (Gotfredsen et al., 2017).

## 2.5 Medikamentfri behandling

### 2.5.1 Familiesamarbeid, psykoterapi og miljøterapi

Familiesamarbeid, psykoterapi og miljøterapi er ikke-medikamentelle tiltak som Helsedirektoratet (2013) anbefaler. Andre medikamentfrie tiltak som finnes i retningslinjene er kunst- og musikkterapi, fysisk aktivitet, sosial ferdighetstrening, gruppeterapi og kognitiv trening (Helsedirektoratet, 2013). Disse nevnes bare her, men tas ikke med videre i drøftingen.

Familiesamarbeid innebærer å samarbeide med familien til pasienten, gi de tilpasset og omfattende informasjon om sykdomsforløp og behandlingsalternativer, samt støtte til å takle hverdagen (Helsedirektoratet, 2013, s. 60). Det dras fram at en tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient, hvor pasienten får kontinuerlig oppfølging, er av stor betydning for forløp og tilfriskning (Helsedirektoratet, 2013, s. 56-57). Familiearbeidet bygger på at familien er en viktig ressurs for pasienten både i øyeblikket og i framtiden. Tanken bak denne tilnærmingen er at pasientens sosiale omgivelser får kunnskap om psykiske lidelser, noe som videre bygger ned skammen som er knyttet til slike lidelser samt at det kan gjøre det enklere å søke hjelp fort (Skårderud et al., 2015, s. 331).

Psykoterapi omfatter etter retningslinjene kognitiv atferdsterapi og psykodynamisk tilnærming. Kognitiv atferdsterapi bør tilbys alle pasienter som plages av psykosesymptomer (Helsedirektoratet, 2013, s. 16). Målet med kognitiv atferdsterapi er å hjelpe personen til å normalisere og gi mening til de psykotiske opplevelsene i tillegg til å redusere ubehag knyttet til opplevelsene (Helsedirektoratet, 2013, s. 66). Snoek og Engedal (2017, s. 54) beskriver kognitiv atferdsterapi som en behandling som sikter mot å endre atferd ved å lære pasienten å på en aktiv måte endre tanker og tankeprosesser. Den psykodynamiske tilnærmingen kan hjelpe behandlende helsepersonell å forstå erfaringene pasientene med psykoselidelser sitter på (Helsedirektoratet, 2013, s. 68). Psykoterapi kan bidra til å bygge broer mellom de psykotiske opplevelsene og den virkelige verden (Bjornestad et al., 2018).

Miljøterapi har en viktig plass i behandlingen av psykotiske lidelser. Det er fem dimensjoner (beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og validering) som eksisterer i miljøet, uavhengig av størrelsen på miljøet, varighet av opphold, bemanning og behandlingsideologi

(Helsedirektoratet, 2013, s. 69). Miljøterapi handler om å på en koordinert og systematisk måte å legge til rette for nye erfaringer ved hjelp av de sosiale og materielle omgivelsene (Snoek & Engedal, 2017).

### 2.5.2 Medikamentfrie tilbud i Norge

De fire regionale helseforetakene (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sørøst) har utformet hver sine protokoller for utforming av medikamentfri behandling (Standal & Heiervang, 2018). Helse Nord sitt tilbud dras spesielt frem på grunn av at de har en recoverybasert tilnærming i behandlingen av psykoselidelser.

Helse Nord satser på egen døgnenhet ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) for pasienter med bipolar lidelse og pasienter med psykoselidelser. Deres behandlingstilbud baserer seg på en bred og helhetlig kartlegging av individuelle forhold, sosiale forhold og pasientens familieforhold. Behandlingen er individuelt tilpasset og tar utgangspunkt i recoverytenkning der bedringsprosessen dreier seg om at pasienten klarer å skape seg et liv som er til å leve. Til tross for at det er et medikamentfritt tilbud så nektes ikke pasientene å bruke medisiner dersom de ønsker det (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2017).

Behandlingstilbudet vil hovedsakelig bestå av at pasienten deltar på det daglige recoveryverkstedet, deltar i fysisk aktivitet og andre aktiviteter i og utenfor avdelingen, daglige måltider og oppgaver tilknyttet det, samtaler med behandlingsteam og samarbeid med nettverket rundt pasienten som pårørende, fastlege og kommunehelsetjenesten. Recoveryverksted blir beskrevet nærmere i kapittel 2.6.

På recoveryverkstedet er fokuset på mestring av psykiske lidelser og personlige bedringsmål. Verkstedet består av en kombinasjon av undervisning, gruppe-refleksjon, individuelle oppgaver og ferdighetstrening (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2017). Et recoveryverksted er en god sosial møteplass, en arena for å lære av hverandre og det er en nøytral arena der en har nøytrale roller (Johnson, Andersen, Wilhelmsen, Borg & Karlsson, 2018).

## 2.6 Recovery

Recovery som begrep kan forstås som bedringsprosesser, og beskrives som en holdning som løfter opp håp og tro på muligheter for at individet kan finne mening i livet til tross for alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 29). For arbeidere innen psykisk helsetjeneste er hovedmålet å støtte personlig recovery, og arbeiderne sin innsats skal dreie seg om å identifisere, utvikle og støtte brukeren i prosessen mot å nå egne mål, og helsetjenesten skal legge til grunn at mennesket er ansvarlige for eget liv (Slade, 2015, s. 25).

Å være i recovery handler for pasienten om å ta ansvar og valg i livet, ta i bruk egne muligheter og ressurser og benytte seg av ressursene rundt seg. Det handler om å finne ut hva en kan selv og hva en trenger hjelp til, ta imot hjelp, ikke forvente at diagnoser former hvordan andre ser og møter deg og å kunne velge mellom de ulike behandlingsalternativene. Å gi recoverystøtte handler blant annet om å respektere grunnleggende menneskerettigheter, kjenne til de ulike elementene i recovery og hva de handler om, kunne stille pasienten reflekterende spørsmål, være åpen for at det finnes flere ulike veier til bedring og å bistå pasienten til å få oversikt (KS, 2017).

Recovery kan deles opp i klinisk recovery og personlig recovery. Idéen om klinisk recovery har sine røtter i fagfolk innen psykiatri og innebærer å bli kvitt symptomer, gjenvinne den sosiale funksjonen man hadde før sykdom og på andre måter «komme tilbake til det normale» (Slade, 2013, s. 12). Det kan beskrives som et resultat/en tilstand, det er observerbart og vurdert av en fagperson, og det er en tilstand som ikke varierer fra person til person (Borg & Topor, 2014, s. 19).

Ifølge Slade (2015, s. 12) har personlig recovery som idé sitt utspring i mennesker som har opplevd psykisk sykdom. Personlig recovery er noe som brukeren opplever og jobber mot selv, og den ferden er forskjellig mellom hver enkelt (Slade, 2015, s. 10). Karlsson og Borg (2013, s. 67) beskriver recovery som en personlig, sosial og klinisk prosess og sier videre at det er ikke noe bestemt behandlingstilbud, intervensjon eller omsorgsteoretisk perspektiv, men at recovery ser på hva mennesker med psykiske problemer selv kan gjøre for å håndtere de psykiske plagene de opplever. Det er personen selv som er i førerretet (Karlsson & Borg, 2013, s. 72). Leamy, Bird, Boutiller, Williams og Slade (2011) sin studie identifiserte

fem elementer som kjennetegner recoveryprosessen; følelse av tilhørighet, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening i livet og empowerment.

Den personlige recoverymodellen baseres på de fire recoveryområdene håp, identitet, mening og personlig ansvar, og den viser fire recoveryoppgaver som er vanlige i recoveryprosessen. Den første oppgaven handler om å utvikle en positiv identitet som breier seg utover mer enn at man er en person med psykisk sykdom. Den andre oppgaven handler om å finne mening i sin opplevelse av sykdom og at sykdommen ikke er hele personen, men heller en del av personen. Den tredje oppgaven handler om å ta ansvar for eget liv gjennom å gå fra klinisk styring til å ta et personlig ansvar gjennom selvkontroll, man tar ansvar for egen velferd. Den fjerde oppgaven handler om å utvikle verdsatte sosiale roller. Sosiale roller gir næring til identiteten til mennesket som opplever bedring. En recoverybasert psykisk helsetjeneste er tilrettelagt for å støtte personer i de fire recoveryoppgavene (Slade, 2015, s. 14-15).

## 2.7 Etske retningslinjer for sykepleieren

Norsk sykepleierforbund (NSF) har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleien som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og forpliktelsene som hører til god sykepleiepraksis. Sykepleiens grunnlag skal være respekten for den enkeltes liv og iboende verdighet, og sykepleien skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og sykepleien skal være kunnskapsbasert. Det innebærer blant annet at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egen praksis samt å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. Sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasients integritet og verdighet, og viser respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011).

## 3 Metode

I en litteraturstudie studeres litteraturen, det vil si det som har blitt utforsket og skrevet om virkeligheten. Studien kan bestå av både teoretiske og empiriske artikler. Det som litteraturstudien bygger på er allerede eksisterende kunnskap som kommer frem i artikler som en finner gjennom ulike databaser. Litteraturstudier systematiserer kunnskap, som vil si at en søker, samler, vurderer og sammenfatter kunnskapen (Støren, 2013, s. 16-17). Svakheten med litteraturstudier er at de ikke tilfører noen ny kunnskap, men samtidig



skaper de diskusjoner som kan føre til nye oppfatninger av det som allerede er skrevet om (Støren, 2013, s. 17). Denne litteraturstudien omfatter studier som har benyttet seg av ulike metoder, hovedsakelig kohort, kvalitativ og kvantitativ metode.

### 3.1 Kohort, kvalitativ og kvantitativ metode

Kohortstudier er en epidemiologisk metode der en følger en gruppe mennesker over tid og ser hvem som utvikler sykdom (Stoltenberg, 2015). Denne metoden er relevant med hensyn til at den kan bidra til å belyse langtidsvirkningene av behandling av psykoselidelser både med og uten antipsykotika. Kvalitativ forskning legger vekt på forståelse og analyse av sammenhenger i prosessen hos den enkelte heller enn opptelling av fenomener eller kjennetegn ved en gruppe individer (Dahlum, 2015). Hensikten er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, samt å få frem nyanser (Thidemann, 2015, s. 78). Kvalitativ metode kan bidra til å få frem pasienters egne erfaringer i forbindelse med behandling både med og uten bruk av antipsykotika, samt andre dimensjoner i behandlingen. Kvantitativ metode søker det vi kan observere og det vi kan regne ut med våre logiske sanser, og kvantitative data er satt sammen av målbare enheter, tall, «harde og objektive» data, altså eksakt faktakunnskap (Thidemann, 2015, s. 77).

### 3.2 Litteratursøk

Litteratursøket startet med å se på hva Helsedirektoratet hadde av litteratur om emnet da det er det øverste organet som gir retningslinjer for hvordan helsetjenestene skal drives i landet. Helsedirektoratet har en hel del kunnskap om behandling av psykoselidelser og vil derfor være naturlig å inkludere i oppgaven. Deretter søkte jeg i Cinahls database som inneholder litteratur om sykepleie og andre helserelaterte profesjoner. Jeg gjorde også et søk i PsychINFOs database. Detaljert oversikt over litteratursøk kan ses i tabell i vedlegg 1.

### 3.3 Kildekritikk

For å velge ut forskningsartikler i de ulike søkene har jeg først sett på titlene og om de inneholder noen av søkeordene, eventuelt om de virker relevante i sammenheng med problemstillingen min. Når jeg vurderte relevans så jeg på hva det er studiene har undersøkt,

hvilken bakgrunn og hensikt studiene har, og hvilket forskningsdesign de har brukt. Videre har jeg lest gjennom abstraktene for å få et overblikk om studiene har en solid oppbygning og om de kan bidra til å belyse temaet jeg skriver om på en hensiktsmessig måte. Jeg har forsøkt å finne studier som belyser ulike sider av behandlingen av psykoselidelser, både med og uten medikamenter slik at jeg får et nyansert utgangspunkt å jobbe ut ifra. Flere av studiene beskriver grad av recovery som er oppnådd hos deltakerne. I de fleste studiene er det klinisk recovery som måles, men i noen av kvalitative studiene beskrives personlig recovery.

Tre av studiene som er tatt med i denne oppgaven er kohort-studier, to av studiene er kvalitative og en studie er kvantitativ. For å evaluere om studiene er troverdige har jeg brukt helsebibliotekets sjekklister for å vurdere forskningsartikler. Sjekkliste for kohortstudiene er lagt ved (se vedlegg 2). To av studiene er fra Danmark, og de andre studiene er fra, Norge, Canada, Australia og Irland. Alle disse landene er vestlig orienterte og har relativt like medisinske tradisjoner som Norge. Særlig Danmark vil være naturlig å sammenligne seg med tanke på nordisk kultur og levesett. Det finnes imidlertid lite konkret forskning på effekten av antipsykotika sammenlignet med annen behandling.

## 4 Resultat

### 4.1 Artikkel 1

Wils, R. S., Gotfredsen, D. R., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., ...

Nordentoft, M. (2017). Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 182, 42–48.

**Hensikt:** Flere nasjonale retningslinjer anbefaler bruk av antipsykotika for å forebygge tilbakefall av psykose. Samtidig viser noen studier at undergrupper av pasienter opplever bedring av psykotiske symptomer uten bruk av antipsykotika i en periode. Denne studien ser på langtidseffekten av behandling av psykose uten bruk av medikamenter i en periode på ti år.

**Metode:** Dette er en kohort-studie som inkluderte 496 pasienter i alderen 18-45 år diagnostisert med schizofrenier etter ICD 10: F20 og F22-29. pasientene var en del av den danske OPUS Trial og ble fulgt opp etter ti år. Pasientdata om sosiodemografiske faktorer, psykopatologi, grad av funksjon og medisinerings ble hentet inn.

**Funn:** 61% av pasientene fra den originale kohorten deltok på ti-årsoppfølgingen, hvorav 30% av dem opplevde bedring fra psykotiske symptomer uten bruk av antipsykotika. Disse funnene kan kobles opp mot det kvinnelige kjønn, høy GAF-F score, samfunnsdeltakelse i form av arbeid og fravær av rusmidler. Studien fant og at av de som ikke opplevde stor bedring fra psykotiske symptomer etter ti år så var det flere i gruppen som brukte antipsykotika enn i den gruppen som ikke brukte antipsykotika.

**Konklusjon:** Resultatene identifiserer en undergruppe av pasienter som opplevde bedring uten bruk av antipsykotika i løpet av de ti årene studien pågikk. Funnene tyder mot at det trengs mer erfaring og utforskning på individuelle tilnærminger til langtidsbehandling uten bruk av antipsykotika.

**Land:** Danmark

## 4.2 Artikkel 2

Bjornestad, J., Davidson, L., Joa, I., Larsen, T. K., Hegelstad, W. ten V., Langeveld, J., ...

Bronnick, K. (2017). Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *Journal of Mental Health*, 26(3), 264–270.

**Hensikt:** Studien har til hensikt å se på langtidsvirkningen til antipsykotika og undersøker erfaringer fra klinisk friskmeldte pasienter som har fått behandling med antipsykotika under og i etterkant av en førstegangs psykose.

**Metode:** Metoden som er brukt er en tematisk analytisk tilnærming der 20 pasienter som har oppnådd klinisk recovery har blitt intervjuet i en periode over ti år. Intervjuene fant sted etter tre måneder, ett år, to år, fem år og ti år. Pasientene er i alderen 15-65 år og ble rekruttert fra TIPS-1 og TIPS-2 prosjektet. De ble valgt ut etter DSM-IV kriteriene.

**Funn:** Studien identifiserte fem fenomener; 1) Antipsykotika bidro til å redusere tankekjøret i akuttfasen av en psykose. 2) Ikke-stigmatiserende omgivelser økte sjansen for at deltakerne tok antipsykotika. 3) Antipsykotika utover akuttfasen kunne redusere deltakernes egen motivasjon og innsats i recoveryprosessen. 4) Langtidsbruk reduserer sannsynligheten for recovery. 5) Antipsykotika ble sett på som et supplement til tillitsfulle relasjoner.

**Konklusjon:** Behandling med antipsykotika i akuttfasen ble sett på som fordelaktig av mange av deltakerne i studien. Samtidig så man at kostnaden gikk over fordelene ved bruk av antipsykotika utover akuttfasen. Studien understreker tydelig behovet for en samarbeidsprosess mellom alle dimensjonene av omsorg, og konkluderer med at det trengs mer forskning på forskjellene i undergruppene av psykotiske pasientene med tanke på langtidsbehandling med antipsykotika.

**Land:** Norge

#### 4.3 Artikkel 3

Conus, P., Cotton, S. M., Francey, S. M., O'donoghue, B., Schimmelman, B. G., Mcgorry, P. D., & Lambert, M. (2017). Predictors of favourable outcome in young people with a first episode psychosis without antipsychotic medication. *Schizophrenia Research, 185*, 130–136.

**Hensikt:** Det finnes lite forskning på hvordan det går med pasienter som har gjennomgått en førstegangpsykose og som ikke bruker antipsykotika. Studien sikter på å identifisere tegn som kan tyde om en pasient med psykose vil få et godt korttidsutfall uten bruk av antipsykotika.

**Metode:** Det ble samlet inn data fra 786 pasienter med førstegangpsykose ved hjelp av et standardisert skjema. 584 deltakere fulgte medisineringsplanen. Blant de 17,9% av deltakerne som konsekvent nektet å bruke antipsykotika ble de som hadde et bedre symptomatisk og funksjonelt utfall sammenlignet med de som ikke hadde det.

**Funn:** Av pasientene som nektet medisiner var det 41% som opplevde symptomatisk bedring og 33% som oppnådde høy grad av recovery. Kriteriene for symptomatisk bedring var bedre funksjonsnivå før sykdomsutbrudd, høyere utdanning og en jobb. Predikasjonene for høy grad av recovery var en kortere prodromal fase, mindre alvorlig psykopatologi og lavt forbruk av cannabis.

**Konklusjon:** Til tross for at deltakerne som ble analysert hovedsakelig ikke brukte antipsykotika på grunn av behandlingsnekt så identifiseres noen karakteristikk som kan bidra til å identifisere en undergruppe av pasienter med førstegangpsykose som kan ha gode korttidsutfall uten bruk av antipsykotika.

**Land:** Australia

#### 4.4 Artikkel 4

Gotfredsen, D. R., Wils, R. S., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., ...

Nordentoft, M. (2017). Stability and development of psychotic symptoms and the use of antipsychotic medication – long-term follow-up. *Psychological Medicine*, 47(12), 2118–2129.

**Hensikt:** Få tidligere studier har sett på hvordan bruken av antipsykotika og graden av psykotiske symptomer forløper seg over lengre tid hos pasienter diagnostisert med førstegangpsykose. Målet med studien er å se på hvordan de psykotiske symptomene endret seg over en 10-års periode i en kohortstudie som gjennomgikk en førstegangpsykose.

**Metode:** Dette er en kohort-studie over 10 år med oppfølgingsintervjuer etter ett, to, fem og ti år. Totalt 496 pasienter diagnostisert med førstegangpsykose ble rekruttert til studien som startet opp mellom 1998 og 2000 i København og Aarhus i Danmark.

**Funn:** Under alle oppfølgingene var det en stor del av gruppen (20-30%) som opplevde bedring av psykotiske symptomer uten bruk av antipsykotika. Pasientene i gruppen med deltakere som opplevde bedring uten antipsykotika som ble intervjuet etter fem år hadde

87% sjanse for å være i samme gruppe etter ti år. Pasientene som ble behandlet med antipsykotika og opplevde bedring hadde 67% sjanse for å være i samme gruppe etter ti år til sammenligning.

**Konklusjon:** En stor andel av deltakerne opplevde bedring uten bruk av antipsykotika etter ti år. Det var stort sett en høy grad av stabilitet i gruppene over 10-årsperioden. Resultatene tyder på at langtidsutfallet til pasienter med psykose er varierende og det trengs mer forskning på individuell tilnærming til langtidsbehandling.

**Land:** Danmark

#### 4.5 Artikkel 5

Maddigan, J., LeDrew, K., Hogan, K. & Le Navenec, C-L. (2018). Challenges to recovery following early psychosis: Nursing implications of recovery rate and timing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 836-844.

**Hensikt:** Tidlig intervensjon ved førstegangpsykosser er basert på en forebyggende tilnærming som har tidlig sykdomsoppdagelse og recovery som mål. Sykepleiere er viktige med hensyn til å hjelpe personen som gjennomgår en psykose og familien med å nå målene. Studien har til hensikt å øke forståelsen av recovery i sammenheng med førstegangpsykosser.

**Metode:** Dette er en kohort-studie med 260 personer som deltok i et tre-års tidlig intervensjonsprogram i en mindre by øst i Canada. Dataene fra studien ble analysert med hensyn på å finne graden av recovery (klinisk, funksjonell og personlig) blant pasientene. Delvis recovery og høy grad av recovery ble vektlagt, der delvis recovery bestod av symptomkontroll og daglig fungering mens høy grad av recovery omfattet symptomkontroll, daglig fungering og livskvalitet.

**Funn:** 174 deltakere oppnådde delvis recovery, der halvparten (51,1%) av de nådde den graden innen ni måneder. 59 deltakere (22,7%) oppnådde høy grad av recovery, primært etter to-tre år. Problemer som påvirket livskvalitet forsinket recoveryprosessen for de fleste

av deltakerne. Forholdet mellom bedring av psykoser og tilfredshet i hver enkelt av deltakerne sitt liv er problematisk, men kan bedres ved sterkere støtte fra sykepleiere.

**Konklusjon:** Til tross for fremgang i behandlingen av psykoser så er det mange utfordringer som venter individet og familiene med tanke på å komme tilbake til et «normalt» liv etter en psykose. Det å dele erfaringen av recoveryprosessen med familie og andre som støtter deres livsmål og oppdagelse av håp og mening i møte med psykose er en viktig jobb for sykepleiere.

**Land:** Canada

#### 4.6 Artikkel 6

Odeyemi, C., Morrissey, J. & Donohue, G. (2018). Factors affecting mental health nurses working with vlients with first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 25(7), 423-431.

**Hensikt:** Studien sikter på å utforske faktorer som påvirker erfaringer knyttet til sykepleiere innen psykisk helsearbeid og deres arbeid med pasienter med førstegangpsykose og deres familier.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie der åtte psykiatriske sykepleiere med minimum to års erfaring ble rekruttert fra offentlige etater. Semistrukturerte intervjuer ble brukt og dataene ble så vurdert gjennom en tematisk analyse.

**Funn:** Studien peker på viktigheten av at terapeuten er engasjert og bygger relasjonen, behovet for å ha lav terskel for omsorg samt behovet for å utvikle sykepleiernes kompetanse.

**Konklusjon:** Psykiatriske sykepleiere bør søke mer trening, formell klinisk overvåking og støtte fra flere kilder for å forbedre ferdighetene og kvaliteten på omsorgen som videre kan lede til større engasjement.

**Land:** Irland

## 5 Drøfting

### 5.1 Medikamentell behandling

I problemstillingen stiller jeg spørsmål om medikamentfri behandling av pasienter med psykoselidelse kan erstatte behandling med antipsykotika. Det korte svaret er «ja», men det er med forbehold.

#### 5.1.1 Akutfase

Man kan spørre seg om psykoselidelser bør behandles med antipsykotika i akutfasen. Bruk av antipsykotika i akutfasen kan hos noen ha en effekt på de psykotiske symptomene, men bruk utover akutfasen kan virke negativt på pasientens recovery. Helsedirektoratet (2013, s. 76) anbefaler å behandle akutte psykosetilstander med antipsykotika, og hevder at medikamentell behandling i akutt fase kan bidra til å dempe plagsomme symptomer. I studien til Conus et al. (2017) vises det at det på kort sikt var flere som hadde et godt utfall med antipsykotika enn de som ikke brukte antipsykotika. Bjornestad et al. (2017) fant i sin studie at antipsykotika kan bidra til å dempe tankekjøret i akutfasen av en psykose. De fleste deltakerne i studien opplyste om at lave doser med antipsykotika opplevdes som nødvendig for å stabilisere tankene og redusere stress (Bjornestad et al., 2017). Samtidig viser samme studie også at bruk av antipsykotika utover akutfasen kunne virke negativt på deltakernes recoveryprosess (Bjornestad et al., 2017).

Et argument for å gi antipsykotika utover akutfasen er å forebygge tilbakefall (Helsedirektoratet, 2013, s. 76). Det hevdes og at antipsykotika har en viktig plass i å forebygge tilbakefall av psykoser, og det vises til mer enn 60 studier som viser at bruk av antipsykotika reduserer risikoen for tilbakefall de første årene etter en gjennomgått psykose (Helsedirektoratet, 2013, s. 76). På en annen side er involvering av familie og pårørende en faktor som kan bidra til å redusere risiko for tilbakefall, samt å gi økt mestring og tilfredshet (Helsedirektoratet, 2013, s. 24). Kognitiv atferdsterapi viser seg også å ha en forebyggende effekt mot tilbakefall (Helsedirektoratet, 2013, s. 67).



### 5.1.2 Langtidsbehandling

Man kan spørre seg om det i lengden er hensiktsmessig å bruke antipsykotika, og hvordan det påvirker pasientens recovery. Langtidsbruk forbindes med dårligere fungering, lavere livskvalitet, og dermed lavere grad av recovery. Longitudinelle studier som er gjort over lengre tid viser at langtidsseffektene ved bruk av antipsykotika ikke er så heldige. En stor kohortstudie over ti år gjennomført i Danmark viser at halvparten av de som opplevde bedring brukte medikamenter og den andre halvparten ikke brukte medikamenter (Wils et al., 2017). Man kan raskt anta, basert kun på denne ene studien, at det er lik sjans for å oppleve bedring ved bruk av antipsykotika som ved å ikke bruke antipsykotika. Det resultatene i kohortstudien også viser er at av de som ikke opplevde stor bedring, så var det flere som brukte antipsykotika enn de som ikke gjorde det (Wils et al., 2017). Gotfredsen et al. (2017) ser i sin kohortstudie at mange av deltakerne som har gått på medikamenter over lang tid forbindes med blant annet lavere funksjonsnivå og arbeidsledighet. Langtidsbruk av antipsykotika oppfattes som hemmende for funksjonell recovery (Bjornestad et al., 2017).

### 5.1.3 Dødelighet

En betydelig reduksjon i levealder er ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 37) noe som alle de alvorlige psykiske lidelsene har til felles. Dødeligheten knyttes ikke til bruk av antipsykotika, men heller til livsstilsfaktorer og somatiske tilstander. Helsedirektoratet hevder og at noen antipsykotiske legemidler har en beskyttende effekt mot for tidlig død (Helsedirektoratet, 2013, s. 37). Det er kjent at antipsykotika kan gi kraftig vektøkning og økt kolesterol, og at noen utvikler diabetes. Noen kan også få hjertebank, hypotensjon og alvorlige hjertearytmier (Spigset, 2016, s. 225). Hvis pasienter med psykoser har økt dødelighet på grunn av somatiske forhold, og antipsykotika har bivirkninger som påvirker vekt, kolesterol og blodsukker, som videre er risikofaktorer for en rekke livsstilssykdommer, så er det ikke urimelig å si at antipsykotika kan være, om ikke annet, en indirekte årsak til tidligere død hos psykisk syke.

Helsedirektoratet (2013, s. 39) påstår at selvmord er den viktigste årsaken til tidlig død blant pasienter med psykoselidelser. Gøtzsche (2015, s. 176) hevder på en annen side at selvmord spiller en mindre rolle og at antipsykotika er i de fleste tilfellene den sannsynlige årsaken. Gøtzsche (2015, s. 176) refererer blant annet til en kohortstudie med 88 pasienter der 39

døde, og ingen på grunn av selvmord. En studie som søkte å kartlegge dødsårsaker hos unge med førstegangpsykose viser at noen døde som følge av forgiftning av antipsykotika (Yuen et al., 2014).

Helsedirektoratet (2013, s. 78) viser til en finsk studie (Tiihonen et al., 2009) som hevder at langtidsbruk av antipsykotika er forbundet med lavere dødelighet enn uten antipsykotika når de omtaler dødelighet i forbindelse med bruk av antipsykotika. Gøtzsche (2015, s. 177) kritiserer denne studien og kaller den «en af de værste undersøgelser», og viser blant annet til at 64% av dødsfallene ikke ble gjort rede for. Hert, Correll og Cohen (2010) går dypere inn i studien til Tiihonen et al. (2009) og kritiserer metoden, manglende data og en mangelfull diskusjon. En systematisk gjennomgang der 12 studier gjennomført i USA og Europa ble inkludert viser at det er noe evidens på at langtidsbruk av antipsykotika kan øke dødeligheten (Weinmann, Read & Aderhold, 2009). Man kan sette spørsmålstegn ved Helsedirektoratets påstand om at antipsykotika kan være livsbevarende, særlig med hensyn til at studien de baserer påstanden på er kritisert av flere forskere på feltet. Kanskje risikoen ved bruk av antipsykotika er større enn nytten.

## 5.2 Sykepleierens relasjonelle betydning

Skal man ikke behandle psykoselidelser med antipsykotika så må det være andre alternativer. Det leder meg inn i andre del av problemstillingen: «hvordan kan sykepleieren legge til rette for recovery?».

Relasjonen mellom sykepleier og pasient er av betydning for pasienten og hans recovery, men den er også av betydning for sykepleierens engasjement i behandlingen. Sykepleieren kan i en trygg relasjon være en støttespiller for pasienten og bidrar til å fremme opplevelse av håp og mestring. Maddigan, LeDrew, Hogan og Navenec (2018) ser i sin studie at støtte fra sykepleiere bidrar til oppdagelsen av mening og håp hos pasienten. En god relasjon mellom pasient og sykepleier øker også sykepleierens engasjement i behandlingen, og fremmer sykepleierens tro på at pasienten kan bli bedre (Odeyemi, Morrissey & Donohue, 2018). På UNN blir relasjoner sett på som grunnleggende og som en arena for regulering, mestring og vilje samt deling av følelser og intensjoner, samt som grunnlag for nødvendig trygghet til å møte nye utfordringer (Universitetssykehuset i Nord-Norge, 2017). Det å

etablere en god relasjon mellom pasient og behandler viser seg å være av stor betydning i behandlingen av psykoser (Bjornestad et al., 2017; Dusseldorp, Goossens & Achterberg, 2011; Helsedirektoratet, 2013).

I kohortstudien til Bjornestad et al. (2017) opplyser de fleste deltakerne om at antipsykotika ble betraktet som et supplement til tillitsfulle relasjoner. Det pekes på at man kan bli frisk av psykose uten medikamenter, og de personlige relasjonene dras fram som viktig for recovery. Stort fokus på antipsykotika fra fagpersoner ble dessuten sett på som å være i konflikt med deltakernes idé om recovery som en sosial prosess og resulterte i motstand, mistillit og til slutt brudd i medikamentbruk (Bjornestad et al., 2017).

### 5.3 Recoveryorientert praksis

#### 5.3.1 Verdigrunlaget

Som sykepleier kan det være utfordrende å jobbe recoveryorientert, og personlige holdninger og verdier kan komme til å bli utfordret. En recoveryorientert tilnærming krever at sykepleieren er bevisst sine personlige og faglige verdier og evner å reflektere rundt dem, og ikke lar sine egne verdier og holdninger stå i veien for brukerens recovery. Når behandling og oppfølging til personer med psykose prioriteres bør ressurser og bedringsprosesser hos den enkelte veie tungt (Helsedirektoratet, 2013, s. 9). Innenfor legevitenskap kan en holdning eller verdi for eksempel være at psykoser må behandles med antipsykotika. I recoverytilnærmingen flyttes fokuset bort fra medisin som noe som absolutt må brukes, til det som pasienten opplever som viktig for hans recovery. Det handler jo om å støtte pasientens recovery (Slade, 2013, s. 43).

Det kan være utfordrende når personlige holdninger og verdier kommer til overflaten, og at de eksponeres for kolleger (Juvik, 2018, s. 29). Samtidig er den etiske refleksjonen en del av sykepleierprofesjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7) og da bør nødvendigvis egne verdier utfordres for at en skal kunne utvikle seg. Utfra våre holdninger og handlinger, og ut fra virksomheten vi representerer, bør sykepleiere som fagfolk reflektere om vi står i veien for eller selv representerer en barriere (Karlsson & Borg, 2013, s. 72). Å arbeide med å

bevege det fra at sykepleieren gjør «for» pasienten til at pasienten gjør «selv» innebærer at sykepleieren har selvinnsikt i sine personlige og faglige verdier (Slade, 2013, s. 26).

### 5.3.2 Kartlegging

Sykepleieren må gjøre gode kartlegginger av pasientenes psykiske lidelser, deres tanker og preferanser om egen behandling, samt pasientenes egen idé om recovery for å kunne møte pasientene der de er og hjelpe dem å ta valg som driver recoveryprosessen fremover. Kartleggingen er noe som skjer sammen med brukeren, og kan bidra til å integrere erfaringer i brukerens identitet, og den kan bidra til å forsterke ressursene til brukeren ved at brukerens sterke sider, verdier, mestringsstrategier, drømmer, mål og håp identifiseres (Slade, 2013, s. 31). Kartleggingen fører til identifisering av to typer mål: Recoverymål, som er personens drømmer og håp, og behandlingsmål som handler om å redusere effekten av sykdom og å unngå negative konsekvenser (Slade, 2013, s. 36). Å gi behandling er i seg selv ikke et hovedmål. Man må være opptatt av den man hjelper, lytte nøye, være ærlig og oppriktig, og man må ha tillit til at personen kjenner seg selv veldig godt (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). Sykepleieren bør forsøke å sette seg inn i brukerens situasjon, gjerne ved å spørre seg selv «Hva ville jeg hatt behov for?», eller «Hva ville jeg ønsket meg?» (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). Dette sammenfaller med de yrkesetiske retningslinjene til sykepleiere som handler om at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8).

God informasjon, presentasjon av valgmuligheter og å fremme brukermedvirkning er noe sykepleieren har et ansvar for. Sykepleieren kan støtte recovery ved å hjelpe brukeren til å finne behandling som fremmer personens ferdigheter til selvstyring (Slade, 2013, s. 38). For at brukeren skal få valgmulighetene er det viktig at han får informasjon om behandling, medisiner og bivirkninger, og ulike tjenester (Karlsson & Borg, 2013, s. 74). Å fremme brukerens mulighet til å ta velinformerte valg basert på god informasjon tilhører sykepleierens funksjon (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8), og sykepleieren er pålagt å gi informasjon pasienten har krav på i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven (Helsepersonelloven, 1999).

### 5.3.3 Brukeren som ressurs i recoveryarbeidet

Sykepleieren står ikke over pasientene, men ved siden av, og pasientene har en unik kompetanse som sykepleiere kan dra nytte av. Ved å jobbe med pasientene kan sykepleieren legge til rette for recovery. Det er grunnleggende å avvikle seg med oss-og-dem-tenkning som kategoriserer mennesket som «normal» eller «gal» når en jobber recoveryorientert (Karlsson & Borg, 2013, s. 74). Å inkludere medarbeidere med brukererfaring (erfaringskonsulenter) i teamet hører til en recoveryorientert praksis (Karlsson & Borg, 2013, s. 78). Ansettelse av erfaringskonsulenter er en viktig forutsetning for realisering av brukerbaserte og recoveryorienterte tjenester (Johnson, Andersen, Willhelmsen, Borg & Karlsson, 2018). Å ha ansatte med brukererfaring kan hjelpe den ansatte selv å få en endret forståelse av egen sykdomserfaring. For annet personell kan tilstedeværelsen av andre ansatte med brukererfaring gi økt bevissthet om personlige verdier. Oss-og-dem-tenkningen blir også utfordret på en naturlig måte i samhandling med kolleger med brukererfaring (Slade, 2013, s. 19). Ved å være åpen for å lære og bli forandret av brukeren kan en fremme recovery (Slade, 2015, s. 21).

### 5.3.4 Den sosiale arena

Mange pasienter fremhever egne sosiale møtestedet som åpner for opplevelse av fellesskap og trygghet som viktig (Helsedirektoratet, 2013, s. 98). Recoveryverksted er et av tiltakene der sykepleieren kan legge til rette for en trygg og nøytral sosial arena, og møte pasienten der han er i sin recoveryprosess. Det å skape hyggelige, respektfulle og imøtekommende omgivelser er noe av det sykepleieren kan gjøre for å fremme selvstyring hos brukere (Slade, 2015, s. 39). Recoveryverksteder er nevnt som en essensiell del av det ikke-medikamentelle behandlingstilbudet på UNN. På et recoveryverksted er deltakernes ønsker og behov utgangspunktet, det er en arena hvor alle stemmer høres og verdsettes likt uavhengig av bakgrunn, og det er en nøytral arena som ikke «eies» av noen (Johnson, Andersen, Willhelmsen, Borg & Karlsson, 2018).

Recoveryverksteder kan i grove trekk ligne på gruppeterapi i og med at begge tiltakene er arenaer for å dele egne erfaringer. Forskjellen mellom gruppeterapi og recoveryverksteder er hovedsakelig at i gruppeterapi sitter en terapeut i førersetet mens på recoveryverksteder sitter gruppa i førersetet. I gruppeterapi er forholdet mellom gruppelemmene viktigere

enn forholdet til terapeuten, og det er terapeuten som setter sammen gruppene og som styrer prosessen mellom grupped medlemmene (Snoek & Engedal, 2016, s. 55-56). Et av hovedmålene med recoveryverksteder er å utvikle og tilby recoverybaserte arenaer for dialog, temagrupper og kurs som kan bidra til personers bedrings- og mestringsprosesser (Johnson, Andersen, Willhelmsen, Borg & Karlsson, 2018). I begge tiltakene kan sykepleieren spille en viktig rolle med hensyn til sykepleierens relasjonelle betydning.

#### 5.4 Familiesamarbeid

Familiesamarbeid er en viktig del av behandlingen av psykoselidelser, og det kan bidra til å fremme recovery. Sykepleierens relasjonelle betydning er virksom her da sykepleiere ofte er med i behandlingsteam rundt pasienter som mottar behandling for psykose.

Helsedirektoratet (2013, s. 56) beskriver familiesamarbeid som et viktig tiltak i behandlingen av psykose, og familiesamarbeidet bør etableres så tidlig som mulig (Helsedirektoratet, 2013, s. 61). Karlsson og Borg (2013, s. 69) beskriver blant annet hjem, venner og familie som betydningsfulle roller i veien mot recovery. Odeyemi, Morrissey & Donohue (2018) ser på samarbeid med familien som en nøkkelfaktor i å fremme velbehag hos pasientene.

God informasjon kan bidra til at familien rundt pasienten mestrer situasjonen bedre, noe som videre støtter opp under hans recoveryprosess (Petrakis & Laxton, 2017). Som sykepleier har man et særlig ansvar å sørge for at pasient og pårørende får den informasjonen de har krav på (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I studien til Petrakis og Laxton (2017) fremmer familiemedlemmer til personer med førstegangpsykose deling av informasjon, prosessering av erfaringer og informasjon, følelsen av å være uforberedt og mulighet til mer psykoedukasjon senere i forløpet som viktig. Studien understreker at familiesamarbeidet er viktig både for pasientens recovery, men også for familiemedlemmenes håndtering av situasjonen (Petrakis & Laxton, 2017). Som sykepleier kan man spille en viktig rolle i gjennomføringen av dette.

Familiesamarbeid kan bidra til å forebygge tilbakefall og fremme en mer motstandsdyktig recovery (Dusseldorp, Goossens & Achterberg 2011). Støtte fra familie blir nevnt som viktig for pasienten for å mestre psykosen (Bjornestad et al., 2017). Å engasjere familie, venner og det sosiale miljøet er også med på å bidra til recovery (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). Kort

forklart kan en si at familiesamarbeid kan bidra til å hjelpe familien rundt pasienten til å mestre situasjonen men også til å være en god støtte for pasienten, samt at pasientens mestring av situasjonen og vei mot recovery styrkes.

## 5.5 Psykoterapi

Psykoterapi har en viktig plass i den ikke-medikamentelle behandlingen av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013, s. 65). Sykepleieren kan bidra til å fremme pasientens recovery gjennom psykoterapeutisk arbeid med hensyn til den relasjonelle betydningen sykepleieren kan ha. Ifølge Helsedirektoratet (2013, s. 65) vil psykoterapeutisk arbeid være viktig i arbeidet for å øke pasientens selvforståelse og som en del av recoveryprosessen til pasienten. Psykoterapi kan virke positivt på recovery ved at pasienten får hjelp med det grunnleggende i hverdagen, pasienten har en medsammensvoren gjennom kaotiske faser, det konstrueres et felles «språk» som hjelper pasienten til å uttrykke seg, og psykosen settes til siden slik at en kan fokusere på det sunne (Bjornestad et al., 2018). Psykoterapi ses på som en arena hvor pasienten kan få dele sin opplevelse og hvor terapeuten kan forklare hvorfor pasienten føler det han føler, og noen ser på psykoterapi som mer hjelpende enn antipsykotika (Bjornestad et al., 2017).

Litteraturgjennomgangen til Dusseldorp, Goossens & Achterberg (2011) viser at sykepleieren spiller en viktig rolle i å fremme recovery ved bruk av kognitiv atferdsterapi. Sykepleiere kan ved hjelp av kognitiv atferdsterapi bidra til å dempe symptomer og øke pasientens livskvalitet. Strategier sykepleieren kan anvende i arbeidet er å forsøke å forstå pasienten, og møte han med vennlighet, åpenhet, tilstedeværelse og konfidensialitet (Dusseldorp, Goossens & Achterberg, 2011). Workshops basert på kognitiv atferdsterapi kan være nyttig for pasienter som opplever angst i tillegg til psykose (Welfare-Wilson & Jones, 2015). Workshopen i studien til Welfare-Wilson og Jones (2015) ble gjennomført av en psykiatrisk sykepleier og en assisterende psykolog. Sjansen for at terapien skal ha god effekt øker dersom det ligger en god relasjon mellom pasient og terapeut i bunn (Skårderud et al., 2015, s. 154).

## 5.6 Miljøterapi

Miljøet rundt pasienten og hvordan sykepleieren møter pasienten påvirker recoveryprosessen der ikke-stigmatiserende omgivelser og holdninger, altså miljø, viser seg å virke positivt. En recoveryorientert tilnærming hos sykepleierne kan da tilsynelatende være en god måte å motvirke stigmatisering. På en psykiatrisk post så er sykepleierne noen av de mest pasientnære helsearbeiderne, noe som gjør at de i stor grad er med på å påvirke miljøet rundt pasientene. Helsedirektoratet (2013, s. 69) råder at miljøet i døgneheter bær være støttende, preget av struktur, ro og orden. I studien til Bjornestad et al. (2017) uttrykte deltakerne at ikke-stigmatiserende omgivelser har en positiv effekt i behandlingen. Wood og Irons (2017) og Odeyemi, Morrissey og Donohue (2018) ser i sine studier at stigmatisering kan være til hinder for recovery. Reduksjon av stigma kan virke forebyggende for psykoseutvikling hos sårbare individer (Morse & Procter, 2011).

Miljøterapien bør involvere og engasjere pasientene i behandlingen og aktiviteter (Helsedirektoratet, 2013, s. 69). Fysisk aktivitet er et eksempel på noe som kan brukes i miljøterapi. Helsedirektoratet (2013, s. 71) anbefaler fysisk aktivitet som en del av den helhetlige behandlingen av psykoser. Hovedsakelig på bakgrunn av at personer med psykiske lidelser står i høyere risiko for fysiske helseproblemer, samt at mange av pasientene har en mindre sunn livsstil (Helsedirektoratet, 2013, s. 71). Fysisk aktivitet kan forstås som en aktivitet som inngår i miljøterapien. Med tanke på at sykepleiere jobber tett med pasientene så kan de bidra til å legge til rette for fysisk aktivitet.

## 6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å svare på problemstillingen «kan medikamentfri behandling av pasienter med psykoselidelse erstatte behandling med antipsykotika, og hvordan kan sykepleieren legge til rette for recovery?». For å svare på problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i kunnskap vi har om psykiatri og psykoser, medikamentell og medikamentfri behandling av psykoser, samt om recovery som idé og behandlingstilnærming. I litteratursøket har jeg forsøkt å finne forskning som kan belyse problemstillingen fra ulike vinkler og som utfordrer det teoretiske grunnlaget.



I drøftingen har jeg tatt utgangspunkt i forskningsartiklene, teori og egne erfaringer. Forskningen på feltet viser seg å være svært delt. Wils et al. (2017) fant i sin kohortstudie at det er mulig å oppnå remisjon av symptomer på psykose uten bruk av antipsykotika. Andre studier tyder på at antipsykotika har god behandlingseffekt i akuttfasen av en psykose, hvor man ser en reduksjon i symptomer på psykose som for eksempel tankekjør (Conus et al., 2017; Bjornestad et al., 2017). Samtidig ser vi at bruk av antipsykotika utover akuttfasen kan være til hinder for pasientens recovery (Bjornestad et al., 2017) og at langtidsbruk forbindes med lavere funksjonsnivå og arbeidsledighet (Gotfredsen et al., 2017). Da det er mulig å oppnå høy grad av recovery uten bruk av antipsykotika, så kan det være hensiktsmessig å drøfte medikamentfri behandling med pasientene på et tidlig stadium.

Recoverytilnærmingen ser ut til å være svært egnet i møte med pasienter med psykoselidelser. Sykepleieren spiller en viktig rolle, først og fremst med hensyn til den relasjonelle betydningen (Odeyemi, Morrissey & Donohue, 2018). I recoveryarbeidet har sykepleieren en viktig funksjon som en støttespiller og medsammensvoren til pasienten, og sykepleieren kan fremme recovery gjennom familiesamarbeidet, psykoterapien og miljøterapien. Det viktige i recoverytilnærmingen er ikke om behandlingen skjer med eller uten medikamenter (Slade, 2015, s. 43), men heller å støtte opp under pasientens egen følelse av tilhørighet, håp og optimisme for fremtiden, identitet, mening i livet og empowerment (Leamy et al., 2011).

## 7 Litteratur

- Bjornestad, J., Davidson, L., Joa, I., Larsen, T. K., Hegelstad, W. V., Langeveld, J., ... Bronnick, K. (2017). Antipsychotic treatment: experiences of fully recovered service users. *Journal of Mental Health*, 26(3), 264–270.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294735>
- Bjornestad, J., Veseth, M., Davidson, L., Joa, I., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., ... Hegelstad, W. V. (2018). Psychotherapy in Psychosis: Experiences of Fully Recovered Service users. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01675>
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Conus, P., Cotton, S. M., Francey, S. M., O'donoghue, B., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. D., & Lambert, M. (2017). Predictors of favourable outcome in young people with a first episode psychosis without antipsychotic medication. *Schizophrenia Research*, 185, 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.12.029>
- Dahlum, S. (2015). Kvalitativ. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kvalitativ>
- Dusselsorp, L., Goossens, P & Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Mental Health Nursing*, 32(1), 2-19.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2010.523136>
- Gotfredsen, D. R., Wils, R. S., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., ... Nordentoft, M. (2017). Stability and development of psychotic symptoms and the use of antipsychotic medication – long-term follow-up. *Psychological Medicine*, 47(12), 2118–2129. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000563>
- Gøtzsche, P. C. (2015). *Dødelig psykiatri og organisert fornektelse*. Oslo: Abstrakt forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015, 25. november). Medikamentfri behandling for psykisk syke i alle helseregioner. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/medikamentfri-behandling-for-psykisk-syke-i-alle-helseregioner/id2464240/>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse* (IS-1957). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015 (IS-2277). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf>

Helsedirektoratet. (2019, u.å.). Behandling og oppfølging – psykose (pakkeforløp). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/mistanke-om-psykoseutvikling-og-psykoselidelser-hos-barn-unge-og-voksne-pakkeforlop/seksjon?Tittel=behandling-og-oppfolging-11410#registrering-av-koder>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hert, M. D., Correll, C. U. & Cohen, D. (2010). Do antipsychotic medications reduce or increase mortality in schizophrenia? A critical appraisal of the FIN-11 study. *Schizophrenia Research*, 117(1), 68-74. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.029>

- Johnson, T. A., Andersen, M., Wilhelmsen, K. H., Borg, M. & Karlsson, B. (2018). *Recoveryverksteder – fellesarenaer for utvikling, samarbeid og kunnskap*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/7966/Sluttrapport-Recoveryverksteder>
- Juvik, K. E. (2018). Recovery-orientert omsorg – gjennom utvikling og utfordringer. (Mastergradsavhandling, Høgskolen i Molde). Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2575900/master\\_juvik.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2575900/master_juvik.pdf?sequence=1)
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- KS' recovery læringsnettverk. (2017). *Verdigrunnlag for rus- og psykisk helsearbeid i Rogaland og Sunnhordaland*. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/7875/Verdigrunnlag-recovery-Rogaland>
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Maddigan, J., LeDrew, K., Hogan, K. & Le Navenec, C-L. (2018). Challenges to recovery following early psychosis: Nursing implications of recovery rate and timing. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(6), 836-844. <https://doi.org.galanga.hvl.no/10.1016/j.apnu.2018.06.008>
- Morse, M. & Procter, N. (2011). Review: exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2702-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03574.x>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

- Odeyemi, C., Morrissey, J. & Donohue, G. (2018). Factors affecting mental health nurses working with clients with first-episode psychosis: A qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 25(7), 423-431.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12489>
- Petrakis, M. & Laxton, S. (2017). Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 48-54. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.apnu.2016.07.015>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2015). *100 råd som fremmer recovery* (Rapport 1/2015). Hentet fra <https://samforsk.no/Publikasjoner/2015/100%20råd%20som%20fremmer%20recovery%20WEB.pdf>
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
- Spigset, O. (2016). Legemidler ved psykiske sykdommer. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.). *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 217-234). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Standal, K. & Heiervang, K. S. (2018). Medisinfri behandling – et omstridt og etterlenget tilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 15(4), 335-346. doi: [10.18261/issn.1504-3010-2018-04-07](https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-07)
- Stoltenberg, C. (2015). Kohortstudie. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kohortstudie>
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thiionen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. & Haukka, J. (2009). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374(9690), 620-627.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60742-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60742-X)

Universitetssykehuset Nord-Norge. (2017, 22. november). Medikamentfritt behandlingstilbud, Tromsø. Hentet fra  
<https://unn.no/behandlinger/medikamentfritt-behandlingstilbud-tromso>

Weinmann, S., Read, J. & Aderhold, V. (2009). Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review. *Schizophrenia Research*, 113(1), 1-11.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.05.018>

Welfare-Wilson, A. & Jones, A. (2015). A CBT-based anxiety management workshop in first-episode psychosis. *British Journal of Nursing*, 24(7), 378-382.  
<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2015.24.7.378>

Wils, R. S., Gotfredsen, D. R., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., ... Nordentoft, M. (2017). Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 182, 42–48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.10.030>

Wood, L. & Irons, C. (2017). Experienced stigma and its impacts in psychosis: The role of social rank and external shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 419-431. <https://doi.org/10.1111/papt.12127>

Yuen, K., Harrigan, S. M., Mackinnon, A. J., Harris, M. G., Yuen, H. P., Henry, L. P., ... McGorry, P. D. (2014). Long-term follow-up of all-cause and unnatural death in young people with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 159(1), 70-75.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.042>

## Vedlegg 1 - litteratursøk

Søkeord/MeSH-terms	database	Avgrensninger	Antall treff	Utvalgte artikler
Psychosis AND no medic*	Cinahl	Publisert mellom 01.01.2015 – 28.02.2019, peer reviewed, research article	66	Wils et al. (2017), Conus et al. (2017)
Psychosis AND no medic* AND Recovery	Cinahl	Publisert mellom 01.01.2015 – 28.02.2019, peer reviewed, research article	18	Bjornestad et al. (2017)
Psychosis AND treatment without medic*	Cinahl	Publisert mellom 01.01.2015 – 28.02.2019, peer reviewed, research article	20	Gotfredsen et al. (2017)
Psychosis nurs*	PsychINFO	Publisert mellom 2009-2019, peer reviewed journal, research article	38	Maddigan, LeDrew, Hogan & Navenec (2018), Odeyemi, Morrissey & Donohue (2018),

## Vedlegg - 2 sjekklister kohortstudier

	Wils et al. (2017)	Gotfredsen et al. (2017)	Maddigan, LeDrew, Hogan & Navenec (2018)
Er formålet med studien klart formulert?	JA Kommentar: Studien har til hensikt å se på langtidsvirkningen av antipsykotika.	JA	JA Kommentar: Studien har til hensikt å øke forståelsen av recovery hos pasienter som har gjennomgått en førstegangspsykose.
Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	JA	JA	JA Kommentar: Deltakerne i studien var med i et tidlig intervensjonsprogram.

Ble eksponeringen presist målt?	JA Kommentar: Det ble brukt subjektive og objektive målemetoder.	JA Kommentar: Det ble brukt subjektive og objektive målemetoder.	JA
Ble utfallet presist målt?	JA	JA	JA
Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	UKLART	JA	JA
Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige forvekslingsfaktorer i design og/eller analyse?	UKLART Kommentar: Deltakernes arv og miljø er ikke nevnt i studien.	JA	JA
Ble mange nok av personene i kohorten oppfulgt?	JA Kommentar: 61% av deltakerne var fortsatt med etter 10 år.	JA	JA
Ble personene fulgt opp lenge nok?	JA	JA	UKLART Kommentar: Deltakerne ble fulgt opp over tre år
Basert på tidligere punkter – mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	JA Kommentar: kohorten hadde en varighet på 10 år.	JA Kommentar: kohorten hadde en varighet på 10 år.	JA Kommentar: Til tross for at det ikke er en longitudinell kohortstudie så stoler jeg på resultatene.
Hva er resultatene i denne studien?	Se kapittel 4.1 i oppgaven	Se kapittel 4.4 i oppgaven	Se kapittel 4.5 i oppgaven
Tror du på resultatene?	JA Kommentar: Studien tar høyde for bedring og ikke-bedring både med og uten medikamenter og presenterer dette tydelig i funnene	JA	JA
Kan resultatene overføres til praksis?	JA Kommentar: Studien er gjennomført i Danmark, og populasjonen samt kultur og miljø kan	JA Kommentar: Studien er gjennomført i Danmark, og populasjonen samt kultur og miljø kan	JA Kommentar: Studien er gjennomført i Canada, kultur og miljø kan sammenlignes med Norge.



	sammenlignes med Norge.	sammenlignes med Norge.	
Sammenfaller resultatene i denne studien med resultater fra annen forskning?	JA Kommentar: Det er gjort lite forskning tidligere på langtidseffektene av antipsykotika, men det finnes noen tidligere studier (nevnt i forskningsartikkelen) på feltet.	JA Kommentar: Få studier har evaluert utviklingen av antipsykotika og psykotiske symptomer over lengre tid hos pasienter med førstegangpsykose.	JA Kommentar: Det refereres til flere tidligere studier som både viser like resultater.