

Symptomer fastleger støter på ved begynnende psykose

5. årsoppgave i stadium IV – Profesjonsstudiet i medisin ved universitetet i Tromsø

Espen Frostmo MK 07

Veileder: Grigory Rezvy
Førsteamanuensis ved UiTø
Spesialist i psykiatri

Råd og veiledning også mottatt fra:
Psykologspesialist Erling Kvig
Nordlandssykehuset avdeling psykiatri

Bodø 30.05.12

Nøkkelord: psykose; tidlig
intervensjon; symptomer; fastlege;
prodromalfase

Innhold

Resyme	3
Introduksjon og bakgrunn	4
Begrepsavklaring.....	6
Teori – Psykoser	8
Sykdomsfasene	10
Ulike forståelser av psykose	13
Metode	15
Utvalg og datainnsamling:	15
Etiske overveielser.....	18
Analyse	18
Resultater	20
Tabell 1 - Symptomer	20
Tabell 2-1 – Symptomer og erfaring	21
Tabell 2-2 - Symptomer og erfaring	22
Diskusjon.....	23
Svakheter ved studiet	23
Positive og negative symptomer	24
Stress, depresjon, angst og suicid	26
Symptomer og erfaring	28
Konklusjon.....	30
Referanser	31
Vedlegg 1 – Spørreskjema sendt ut til fastleger i Nordland.....	35

Resyme

Introduksjon og bakgrunn:

Tidlig intervensjon ved psykoselidelser er viktig for pasientens prognose. Her har fastlegene som en del av primærhelsetjenesten en viktig rolle for å identifisere og behandle psykoser. Oppgaven har derfor tatt for seg i hvilken grad fastlegene støter på de positive- eller negative symptomene, både seg i mellom og sett i forhold til legenes erfaring.

Teori - psykoser:

Psykose som begrep er beskrevet og definert på ulike måter i litteraturen og studier. Dette gjør det til en stor utfordring å forstå sykdommen.

Metode:

En spørreundersøkelse ble utført blant de 222 fastlegene i Nordland. Av disse svarte 50 på spørreskjemaet. Dette inneholdt spørsmål som omhandlet diagnostiseringsmønstre, holdninger og behandling av begynnende psykoser. Data fra diagnostiseringsmønstrene ble behandlet i denne oppgaven.

Resultater/diskusjon:

38 av 50 fastleger støtte på de positive symptomene vrangforestillinger og hallusinasjoner. Ca 10% av de minst erfarne fastlegene støtte på flere positive symptomer i forhold til dem med mer erfaring. De negative symptomene ble støtt på i like stor grad uavhengig av erfaringen.

Konklusjon:

Det er lite som skiller hvilke av de to positive- og negative symptomgruppene fastlegene støter på i begynnelsen av en psykose. Legenes erfaring viser en tendens til å påvirke antall positive symptomer de støter på. Den påvirker imidlertid ikke antall negative symptomer de støter på.

Introduksjon og bakgrunn

Tidlig intervensjon ved psykose er for tiden et aktuelt tema både i Norge og internasjonalt. Dette fordi nyere forskning har vist til at dette i stor grad kan påvirke utfallet for pasienten(1, 2, 3, 4). Hvordan man skal få dette til forskes det mye på i dag, blant annet ved å se på hvilke faktorer som er med på å forsinke diagnostisering og adekvat behandling. Herunder er de symptomer som kommer til uttrykk ved en begynnende psykose et sentralt område. Jeg har derfor valgt symptomer ved begynnende psykose som tema for min oppgave. Min undring i forhold til dette er todelt. For det første ønsker jeg å finne ut om fastlegene i Nordland i større grad støter på de positive symptomene i forhold til de negative symptomene. For det andre er jeg nysgjerrig på om legers erfaring har betydning for hvilke symptomer de støter på.

I metodelitteraturen er det vanlig å bruke begrepet problemstilling. Dette er spørsmål som forskeren stiller for å vise hva undersøkelsen skal gi svar på. Det kan imidlertid gi et inntrykk av at det det forskes på er et problem, noe det nødvendigvis ikke trenger å være. Derfor er det også vanlig å bruke begrepet forskningsspørsmål. Dette kan defineres som spørsmål som stilles med et bestemt formål, og er så presise, at vitenskapelige metoder kan belyse disse(5).

Mine to forskningsspørsmål er:

Hvilke symptomer støter fastlegene i Nordland på hos pasienter når de mistenker en begynnende psykose?

Er det noen sammenheng mellom legenes erfaring, og hvor mange positive og negative symptomer de støter på, når de mistenker en begynnende psykose?

Det å drive med forskning og vitenskapelige undersøkelser innebærer ofte at forskeren må bevege seg inn på ukjente områder. Dette for å få svar på foreløpig ukjente, eller fremdeles uavklarte spørsmål. Derfor er det vanlig at forskeren stiller spørsmål i form av hypoteser. En hypotese kan beskrives som en forklaring på et fenomen som det ikke vil være urimelig å anta (5).

Forskning tyder på at enkelte symptomer lettere fanges opp i større grad enn andre av fastleger (6). En av mine hypoteser er at legene i større grad vil se de positive symptomene hallusinasjoner, vrangforestillinger og bisarr oppførsel enn de negative symptomene, sosial tilbaketrekning og tilbakegang i sosial funksjon. Som snart ferdig utdannet lege undres jeg også på om erfaringen til leger i betydelig grad vil påvirke hvilke symptomer de observerer. Jeg har to hypoteser i denne sammenheng. Den første er at legene med liten erfaring i mindre grad støter på negative symptomer sett i forhold til de mer erfarne legene. Den andre er at legene med minst erfaring støter på flere positive enn negative symptomer.

Norske undersøkelser (3) har anslått at det forekommer ca 1000 nye tilfeller av førsteepisode ikke-affektivpsykose pr. år. Det er enda uklart om dette er en synkende, stigende eller vedvarende trend. En mindre andel av disse debuterer før atten år. Man vet av erfaring at tidlig debut er forbundet med dårligere prognoser, selv om dette enda er noe usikkert. Et norsk studie (4) som ble gitt ut i mars i år konkluderte med at man ved å fange opp disse pasientene i et tidlig stadium av sykdommen og starte adekvat behandling, kan mer enn doble oddsen for at pasientene er tilfrisknet, i jobb, og har sosial omgang etter ti år. Trolig er det ca 40 000 mennesker i løpet av livet som vil få en psykoselidelse. Ca 7500 mennesker i Norge har til en hver tid en behandlingstrengende schizofreni. Dette er følgelig en stor utfordring for helsetjenestene.

I store deler av verden er allmennleger ofte de første som blir kontaktet når en person begynner å utvikle psykose (7). Allmennlegene har derfor en viktig rolle for å fange opp disse pasientene så tidlig som mulig. Studier utført i Europa har vist at allmennleger i stor grad er uten kunnskap om

kjennetegn ved tidlig psykose. Uavhengig av hvor de befinner seg i helsevesenet uttrykker majoriteten selv et ønske om et spesialisert lavterskeltilbud, for videre oppfølging og behandling av risikopasienter uten sykehusinnleggelse (7). Tidlig oppdagelse, identifisering og intervensjon av psykoselidelser, herunder schizofreni, tatt i betraktning den lange prodromalfasen, er høyst trengende. Intervensjonen bør rettes mot symptomer som depresjon, negative symptomer, kognitiv- og sosial stagnasjon (2).

I Norge er tidlig oppdagelse og intervensjon et tema som for tiden i vinden. Helsedirektoratet har nylig sent ut et utkast for Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. Ved Nordlandssykehuset pågår det et prosjekt som omhandler psykose kalt *Varighet av ubehandlet psykose og behandlingsveier i Nordland* (8). Her ønskes det blant annet å finne en større forståelse av årsakene til varigheten av psykoselidelsene. Prosjektet vil kartlegge diagnostiske mønstre, behandlingspraksis og holdninger hos fastlegene i Nordland, til tidlig intervensjon for unge mennesker med psykose. Det er deler av data fra dette prosjektet, med fokus på symptomer ved psykoser, som skal behandles og diskuteres i denne oppgaven.

Begrepsavklaring

I den internasjonale litteraturen brukes termen general practitioner (GP). Et søk på ordnett.no oversetter dette til allmennpraktiserende lege, som videre kan oversettes til fastlege. Alle land i Europa har imidlertid ikke den samme fastlegeordningen som vi har i Norge, og jeg vil derfor presisere disse begrepene. En allmennpraktiker er en medisiner som praktiserer innenfor allmennmedisin. En fastlege praktiserer allmennmedisin med en formell avtale om et varig lege-pasient-forhold gjennom fastlegeordningen. Videre i oppgaven vil jeg bruke ordet fastlege siden dette er brukt i undersøkelsen. Allmennlege og fastlege er således definert som det samme i denne oppgaven.

Jeg vil i oppgaven forholde meg til følgende beskrivelse av psykose:
Psykoser deles i de tre fasene prodromalfasen, psykosefasen og
behandlingsfasen (3). Psykose som begrep forstås som at det er nærvær av
positive symptomer som medfører en realitetsbrist, med andre ord at
virkelighetssansen er forstyrret og pasienten enten har en vrangforestilling
eller en hallusinasjon. De negative symptomene viser seg i både
prodromalfasen og psykosefasen. De inngår i prodromalfasesymptomene,
men er ikke kardinal symptomer på at det foreligger en psykose. For at en
pasient skal defineres som psykotisk bør det være positive symptomer til
stede. Denne forståelsen av psykose bygger på diagnosekriteriene i ICD-10
(9).

Teori – Psykoser

Psykoser kan beskrives som en samlebetegnelse på psykiske lidelser der sviktende realitetsoppfatning er et gjennomgående fenomen (3).

Psykoselidelsene kjennetegnes i hovedsak av to hovedtyper av symptomer, de positive og de negative. Her må det imidlertid påpekes at ulik litteratur om psykose bruker forskjellige ord og definisjoner for å forklare fenomenet. Derfor kan beskrivelsene variere noe. Positive symptomer, ofte kalt de psykotiske symptomene (10, 11), kan defineres som de symptomer som blir tilført pasienten av sykdommen. Det er vanlig å dele de positive symptomene i fire hovedgrupper: Hallusinasjoner, vrangforestillinger, disorganisert tale og disorganisert atferd (10).

Hallusinasjoner er en sanseoppfatning uten at det aktuelle organet er stimulert slik at det oppleves som virkelig for den berørte. Dette kan opptre på alle de fem sansene lukt, smak, hørsel, syn og følelse (10, 11). Pasienten kan for eksempel høre stemmer som kommenterer tankene og det han/hun gjør, eller diskuterer selve pasienten. Det kan også være at de kjenner lukter, som nesten alltid er av ubehagelig karakter, eller at de får inntrykk av å se dyr, figurer og overnaturlige vesen (11).

Vrangforestillinger betegner det at pasienten har forestillinger om omverdenen som er usannsynlige og virkelighetsfraværende, og som ikke deles av andre. Disse forestillingene er ikke korrigerbare slik at pasienten fastholder på oppfatningen til tross for at han/hun informeres om at andre oppfatter den annerledes (3, 10, 11, 9). Ofte har de ikke innsikt og forståelse av at tankene deres er sykelige (11). Vi deler vrangforestillingene i bisarre og ikke- bisarre (10, 3, 12, 13). De ikke- bisarre er fysisk mulige, og kan være at pasienten tror de blir forfulgt, at CIA avlytter telefonen deres, eller at de er utsatt for et komplott og kanskje tror at noen er ute etter å forgifte dem. De bisarre er ikke fysisk mulige. Dette kan være at de opplever at et annet menneske har tatt bol i kroppen deres, at de kan reise i tid eller at de kan kommunisere med andre ved å bruke hjernebølger.

Typisk for den tredje hovedgruppen av positive symptomer, disorganisert tale, er at det blir et brudd i den normale taleflyten til pasienten (3). Dette symptomet omtales også i litteraturen som assosiasjons- eller tankeforstyrrelser (10, 11). Dette kan være at pasienten assosierer ved siden av samtalen og derfor lett mister tråden om det de snakker om. Det å fortape seg i detaljer, alogi, eller bruke neologismer og metonymier er også typisk her. Pasientene selv kan fortelle om at tankene flyter, går sakte eller at de helt stopper opp.

Den siste hovedgruppen disorganisert adferd, kan ha form av uforutsigbar aggressivitet og bisarr adferd. Dette kan være at pasienten plutselig avbryter en samtale og gjør noe helt uforventet, eller opptrer uadekvat i forhold til den sosiale settingen han eller hun befinner seg i. Bevegelsesforstyrrelser hører også med til de psykotiske symptomene, og for orden- og enkelthets skyld vil jeg plassere disse i den siste hovedgruppen. De kalles også for katatone symptomer, og er i dag et mindre utbredt fenomen blant psykotiske pasienter. Tidligere kunne pasientene låse seg i forvridde positurer og stå slik i timevis. I dag kommer disse symptomene mindre ekstremt til uttrykk ved for eksempel at pasienten går på tærne eller med hevede øyenbryn. Dette settes i sammenheng med at den moderne behandlingen er blitt mer effektiv (11).

Negative symptomer kjennetegnes av et fravær av en rekke normale funksjoner forårsaket av sykdommen. Vi kan dele dette symptomområdet i to grupper. Den ene kan illustreres med at pasientene ofte vil ha liten eller ingen vilje til å igangsette og gjennomføre en handling (avolisjon), eller at dem har mistet motivasjonen og mangler engasjement og entusiasme (apati). De kan også ha en manglende evne til å kjenne lystfølelse og glede seg over ting (anhedoni). Til dette siste symptomet har forsøk vist at schizofrene også opplever glede ved de samme hendelsene som gleder andre mennesker, men at de i større grad mangler forventningen til å føle glede over de hendelser som kommer.

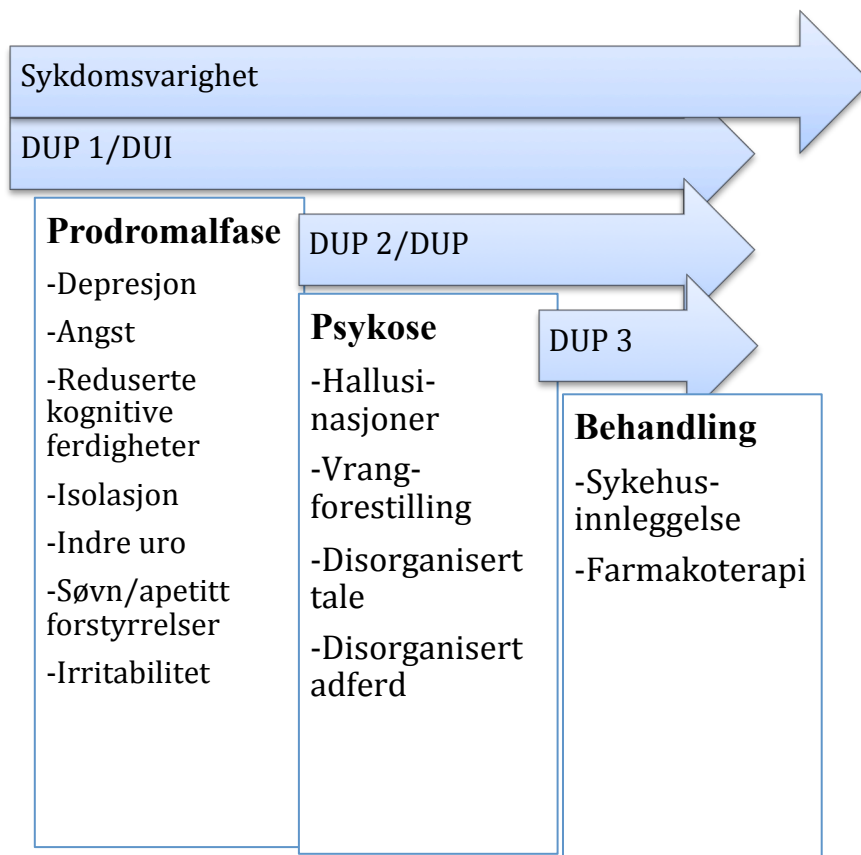
Den andre symptomtypen består av ulike former for affektavflatning. Felles for denne gruppen er at pasientene viser en passiv tilbaketrekning fra omgivelsene. Disse gjør seg til kjenne eksempelvis som manglende uttrykk av følelser gjennom kroppsspråket og ansiktsmimikk. De kan også påvirke personens adferd, for eksempel ved sosial tilbaketrekning og en synlig tilbakegang i sosial funksjon (3). I tillegg til de to første gruppene kan det oppleves affektforstyrrelser og reduksjon i kognitive ferdigheter hos denne pasientgruppen. Affektforstyrrelsene kan være angst, depresjon, mani, irritabilitet og affektinkongruens. Kognitiv svikt kan gi seg til kjenne ved redusert hukommelse og konsentrasjon, vansker med å lære og ta inn ny informasjon, eller som en endring av de motoriske ferdigheter (14, 11, 3).

Sykdomsfasene

Før psykoser debuterer er det kjent at pasientene har en prodromalfase i sykdomsutviklingen. Dette er ofte beskrevet i tilknytning til utviklingen av schizofreni, men skal her også brukes i forhold til definisjonen om når pasienten har en psykose. Sykdommen starter ved begynnelsen av denne fasen, som kan vare fra noen dager til flere år før de positive symptomene viser seg. Denne varselsfasen kalles i den internasjonale litteraturen for UHR (Ultra High Risk) eller ARMS (At Risk Mental State). Her må jeg legge til at det ikke er noen sikre varselsymptomer som gjør oss i stand til å dra konklusjoner som at pasienten- kan- bli- psykotisk eller at pasienten- er- kanskje- psykotisk. Det vil først være mulig å si noe sikkert ved et psykosegjennombrudd, noe som gjør at man må være forsiktig med sine konklusjoner for ikke å stigmatisere disse pasientene. Man skal behandle pasientene for de symptomene de viser (3, 1, 2, 15).

Pasienter som befinner seg i denne prodromalfasen betegnes som risikopasienter. Prodromalfasesymptomene er symptomer og tegn på at det mennesket det gjelder er psykisk plaget. Disse kan blant annet være reduserte kognitive ferdigheter, angst, depresjon, suicidalitet, indre uro, søvnproblemer og isolering (3, 1). I 2003 ble det gitt ut en studie der forekomsten av prodromalfasesymptomene ved schizofreni ble listet opp.

Dette i forhold til hvor tidlig de viste seg før den første psykotiske episode og innleggelse. Denne viste at de første symptomene viste seg over ett og et halvt år før første psykotiske episode, og over tre år før den første innleggelsen. Dette er ikke noe nytt tema innen forskning. I lang tid har man søkt etter konsistens i sekvensen av prodromalfasesymptomene, dette i håp om å kunne gjenkjenne og behandle psykoser så tidlig som mulig(1). Gjennom dette er det identifisert to forhold som er korrelert med prognosen for pasientene. Dette er DUP(duration of untreated psychosis) og DUI(duration of untreated illness). Forskjellene i definisjoner og tolkninger av sykdomsstarten gir utfordringer i forhold til å fastslå DUP. Type symptomer som er brukt for å stadfeste sykdomsstart, og hvor grensen går for hva som skal tolkes som psykotisk atferd, varierer mellom ulike studier (6). Jeg har med figur 1 forsøkt å illustrere definisjonene på DUP og DUI siden disse er definert ulikt i forskjellige studier.



S→ FPS→ DD→ B R

Figur 1: Sykdomsforløp ved psykose, psykosestadier og definisjoner av psykose. Figuren viser varigheten av aktiv sykdom, fra S til R, med de tre forskjellige fasene prodromalfasen, psykosefasen og behandlingsfasen. S=sykdomsstart, FPS=første psykotiske symptom, DD=definitiv diagnose, B=behandlingsstart, R=remisjon. Det er også vist tre definisjoner av DUP. Disse starter ved ulike tidspunkter der alle ender opp ved remisjon. I hver fase kan man også se noen av de viktigste symptomene som kan komme til uttrykk.

DUP 2 er trolig den mest vanlige definisjonen det henvises til ved anvendelse av ordet DUP (6). DUI kan også omtales som DUP 3 (1, 6). Det

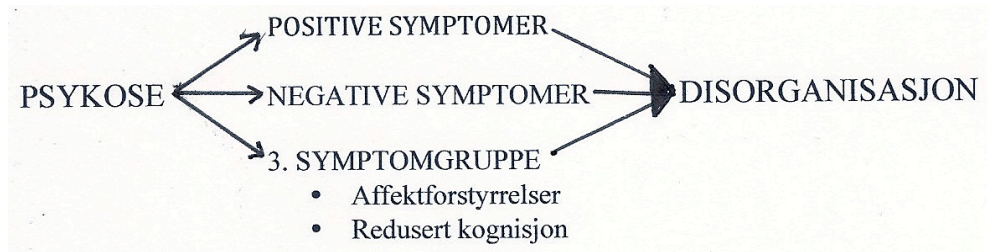
er også vist hele sykdomsvarigheten med de ulike stadiene, og hvilke symptomer som kjennetegner disse. Sykdomsstarten kan defineres som tiden mellom de første observerte eller rapporterte forandringer i den mentale status eller adferd, til de første psykotiske symptomene melder seg. I den kliniske hverdagen kan dette vise seg ved at den psykiske helsen til pasienten er fallende(6).

Ulike forståelser av psykose

Definisjonene og forklaringene på psykose er forskjellige innen litteraturen og jeg vil her ta for meg noen av disse. Noen definerer psykose som at hallusinasjoner og vrangforestillinger skal være til stede (11). I motsetning til dette kan man lese andre steder at pasienter med schizofreni, som er en psykotisk lidelse, ikke trenger å ha vrangforestillinger eller hallusinerer, men vise ekstremt disorganisert tale eller adferd(10). En annen beskrivelse støtter denne noe. Den sier at personer som har ekstremt lavt funksjonsnivå, der dagligdagse oppgaver som hygiene og matinntak svikter, også faller inn under psykosebetegnelsen. Sistnevnte sier derimot også at man bare bør stille diagnosen dersom de positive symptomene hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring er til stede. Dette er sett opp i mot at det da vil være i overensstemmelse med ICD -10 (9). Det å miste evnen til å skille mellom selvet og omgivelsene, eller at det foreligger en realitetsbrist er patognomonisk ved alle psykoselidelser (15).

Det vil følgelig være uheldig å definere og beskrive pasienter som psykotiske når de ikke har betydelige positive symptomer til stede. Dette med tankeforstyrrelser er beskrevet og definert på ulike måter. Noen har brukt ordet assosiasjonsforstyrrelser og noen disorganisert tale. Felles for dem alle er at de forsøker å fortelle at det foreligger en tankeforstyrrelse hos pasienten. Hvordan dette symptomet kommer til uttrykk er også forskjellig. Det kan være i form av en vrangforestilling (9), eller som jeg tidligere har definert, at den viser seg som disorganisert tale. Som man derfor ser kan det være forvirrende å få helt taket på psykosebegrepet. Med figur 2 har jeg forsøkt å vise hvordan psykose kan forstås som en lidelse sammensatt av en

rekke symptomer som alle handler om en type disorganisasjon hos pasienten.



Figur 2.

Metode

Kvantitativ metode er best egnet til å forfølge et positivistisk forskningsideal. Med dette menes at alle typer fenomener skal undersøkes med den naturvitenskapelige metoden, der forskningen konsentrerer seg om det som er positivt gitt. Dette er fenomener og egenskaper som kan måles og registreres. Eksempler på denne metoden er spørreundersøkelser og meningsmålinger, der man registrerer frekvensen av ulike fenomener, og bruker dette til å kartlegge deres utbredelse. I motsetning til denne metoden egner kvalitativ metode seg til å forfølge det hermeneutiske forskningsidealet. Her forsøker en å tilnærme seg samfunn og mennesker på en fortolkende måte. Denne metoden er bra når man ønsker fyldige og mer detaljerte beskrivelser. Intervjuer og innsamling av dagbøker er eksempler på datainnsamling til denne metoden (5).

Data til denne oppgaven er som tidligere nevnt hentet fra et forskningsprosjekt (8) ved Nordlandssykehuset HF som gjennomføres i tidsrommet 2010-2013. Jeg skal innhente opplysninger fra et spørreskjema der jeg skal se hvilke symptomer fastlegene støter på når de mistenker en psykose. Siden jeg skal undersøke utbredelse og omfang av et fenomen, i dette tilfellet symptomer ved begynnende psykose, er kvantitativ metode velegnet.

Utvalg og datainnsamling:

Å bruke spørreskjema egner seg godt til å samle inn data i en kvantitativ undersøkelse. Man når ut til mange respondenter på kort tid og det kan gi mulighet til å generalisere resultater fra et utvalg til en populasjon. Det egner seg godt til å undersøke utbredelsen av et fenomen, samt se på sammenhengen mellom ulike fenomener (5). Her er dette brukt for å sammenligne legenes erfaring med de symptomene de støter på. Jeg vil se på frekvensen av de ulike symptomer som legene støter på, og så vil jeg krysse disse med en variabel, legenes erfaring.

Jeg har som nevnt i innledningen hentet data til min oppgave fra forskningsprosjektet, ”Varighet av ubehandlet psykose og behandlingsveier i Nordland”. Prosjektet gjennomføres av psykologspesialist Erling Kvig og har som formål å øke kunnskap om når og hvordan mennesker med psykoselidelser kommer i kontakt med hjelpeapparatet i Nordland fylke. Dette er en 3 årig studie som startet august 2010 og avsluttes august 2013. En periode på tre år var nødvendig på grunn av den lave forekomsten av psykoselidelser. Bakgrunnen for studien er at psykoselidelser har lav forekomst, og det stilles derfor store krav til oppdagelse og initiering av adekvat behandling. I Nordland fylke er helsetjenesten organisert i 7 geografiske sektorer. Det er beregnet at det vil dukke opp 1-2 pasienter med første-episode psykose i hver sektor for hvert år (6). Studien er delt i tre separate deler der den ene omhandler *Forsinkelser i henvisning gjennom et standardisert spørreskjema som går ut til alle fastlegene i Nordland.*

Spørreskjemaet (vedlegg 1) ble sendt ut i post i to omganger, med svarikonvolutt. Etter dette ble det ringt til hvert legekantor som hadde leger som enda ikke hadde svart. Der ble sekretæren bedt om å viderebringe en purring til de aktuelle legene, samt tilby dem å ettersende spørreskjemaet. Spørreskjemaet besto av 5 demografiske spørsmål, og 25 spørsmål med delvis multiple svaralternativer som tok for seg temaene:

A - andelen av pasienter med- eller som mistenkes å være i en begynnende psykose, som får behandling, og deres alder.

B – behandling av pasienter.

C – fastlegers behov, holdninger og problemer til det nåværende psykiske helsetilbud for tidlig fase psykose eller med psykose.

D – diagnostiske kunnskaper.

E – teoretisk kunnskap og nåværende behandlingspraksis ved begynnende psykoser og psykoser.

F – nylig utdanning i temaet begynnende psykoser.

G – fastlegers informasjon om tidlige psykoser og deres informasjonsbehov.

Det er fra dette spørreskjemaet jeg har valgt å hente ut mine data fra to av spørsmålene.

Det første spørsmålet var: *Hvilke symptomer støter du mest på når du skal vurdere din mistanke om en begynnende psykose?* (spørsmål 12)

Det var tillat med flere enn et svar og legene fikk flere svaralternativer. De svaralternativene som skal behandles i denne oppgaven er:

hallusinasjoner/vrangforestillinger, sosial tilbaketrekking, psykosomatiske plager, suicidalitet, tilbakegang i sosial funksjon, konflikter med foreldre, lærer, arbeidsgiver, stoffmisbruk, søvnproblemer, depresjon/angst, bisarr oppførsel. En svakhet ved dette spørsmålet er at de ulike legene kan legge forskjellige definisjoner i begrepet begynnende psykose og tolke det i to retninger. Den ene er å tolke det som at pasienten er i begynnelsen av den psykotiske fasen. Den andre er å tolke det slik at pasienten er i begynnelsen av sykdommen, og dermed i prodromalfasen. De legene som eventuelt bruker førstnevnte tolkning vil ekskludere pasienter fra undersøkelsen. Dette kan blant annet gi en falsk høy prosent av positive symptomer, når disse sammenlignes med de øvrige symptomene.

Det andre spørsmålet var: *Hvor mange år er det siden du fullførte medisinsk embetseksamen?* (spørsmål 23) Her ble svaret oppgitt i antall år.

Jeg har valgt disse dataene for å få svar på mine to forskningsspørsmål. Statistikken over symptomene vil jeg bruke til å få svar på mitt første spørsmål. Ved å sammenligne frekvensen av hvert symptom med erfaringen til de legene som observerte dette håper jeg å kunne se en forskjell mellom de minst- og mest erfarne legene. Symptomene er definert slik at de positive er hallusinasjoner/vrangforestillinger og bisarr oppførsel. De negative er sosial tilbaketrekking og tilbakegang i sosial funksjon. De øvrige pluss de negative er prodromalfasesymptomer.

Etiske overveielser

Ved all forskning er det viktig å ivareta de forskningsetiske prinsipper og det juridiske ansvaret man sitter med. Virksomheter som kan få konsekvenser for andre mennesker må alltid bedømmes ut fra etiske standarder. Det er særlig tre typer hensyn man som forsker plikter å tenke gjennom. Dette er retten til selvbestemmelse og autonomi, respekten for privatliv og å unngå skade (5). Deltakerne skal informeres om at deltakelsen er frivillig, og at de på et hvilket som helst tidspunkt skal kunne trekke seg uten noen form for negative konsekvenser. De skal også ha informasjon om at opplysningene blir ivaretatt på en konfidensiell måte og at undersøkelsen eventuelt er anonymisert. Det skal tilstrebes at de som deltar utsettes for minst mulig belastning (5).

I denne oppgaven er det etiske problemstillinger man må ta hensyn til rundt datainnsamlingen i form av spørreskjema. Det er blant annet brukt et kodesystem for å sikre anonymiteten til de deltakende. En annen funksjon ved dette kodesystemet er at det ble brukt for å matche de fastlegene som svarte begge gangene da spørreskjemaet ble sendt ut. Her for at disse ikke skulle bli tatt med to ganger. Respondentene måtte oppgi mors fødselsdato og fødselsår, fars fødselsdato og deres kjønn. Dette ga en teoretisk sjanse på 1:190278 for en falsk positiv match.

Analyse

Data er mottatt av Erling Kvig over mail i form av utskrifter fra SPSS. I disse utskriftene er erfaringsintervallene satt til 0-5 år, 6-10 år, 11-20 år, 21-30 år, og 31-40 år. De to første intervallene har jeg slått sammen for at antall leger i hver gruppe skulle bli tilnærmet like, og dermed mer sammenlignbare. Dette var hensiktsmessig i forhold til min hypotese om symptomer som de minst erfarne legene fokuserer mest på. Derfor har jeg fokusert på å sammenligne den gruppen med minst erfaring opp mot de øvrige. Dataene er sammenfalt i egne tabeller og figurer for å få en bedre oversikt over tallmaterialet. Tabell 1 viser antall og prosent symptomer fastlegene støter på. Tabell 2-1 viser antall symptomer legene støter på i

forhold til erfaring. I tabell 2-2 har jeg prosentuert symptomene og fremstilt dem i et søylediagram for en mer oversiktlig framstilling. Siden svarresponsen var lav og samfunnsmessige fenomener er beheftet med såpass mye usikkerhet, er prosentene presentert uten desimaler. En presentasjon med desimaler ville gitt et inntrykk av en falsk nøyaktighet det ikke er belegg for (5).

Resultater

Tabell 1 - Symptomer

	Ja		Nei		Totalt	
	Antall	%	Antall	Nei %		
S Y M P T O M E R	Hallusinasjoner/ vrangforestillinger	38	76	12	24	50
	Bisarr oppførsel	31	62	19	38	50
	Sosial tilbaketrekning	35	70	15	30	50
	Tilbakegang i sosial funksjon	36	72	14	28	50
	Suicidalitet	6	12	44	88	50
	Psykosomatiske plager	13	26	37	74	50
	Konflikt med foreldre, lærer, arbeidsgiver	13	26	37	74	50
	Stoffmisbruk	19	38	31	62	50
	Søvnproblemer	22	44	28	56	50
	Depresjon/angst	23	46	27	54	50

Tabellen viser hvilke symptomer fastleger i Nordland støter mest og minst på, når de mistenker en begynnende psykose.

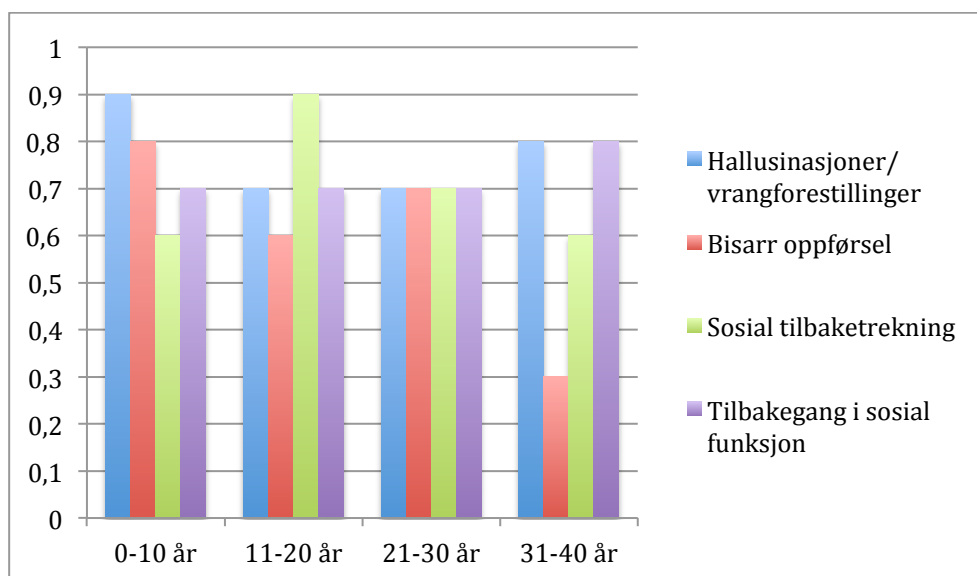
Av alle symptomer har hallusinasjoner/vrangforestillinger den høyeste prosenten. Positive- og negative symptomer skiller seg mest ut ved at flest leger støter på dem. Videre ser vi at av alle symptomene er det psykosomatiske plager, konflikt med foreldre, lærer og arbeidsgiver, og suicidalitet de som støtes minst på. Depresjon/angst støter nær 50% av fastlegene på.

Tabell 2-1 – Symptomer og erfaring

		ERFARING								Totalt	
		0-10 år		11-20 år		21-30 år		31-40 år			
		Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei		
S Y M P T O M E R	P O S I T I V E	Hallusinasjoner/ vrangforestillinger	12	2	8	3	10	5	8	2	50
		Bisarr oppførsel	11	3	7	4	10	5	3	7	50
	N E G A T I V E	Sosial tilbaketrekking	8	6	10	1	11	4	6	4	50
		Tilbakegang i sosial funksjon	10	4	8	3	10	5	8	2	50
		Totalt	14		11		15		10		50

Tabellen viser hvilke symptomer fastlegene i Nordland støter mest og minst på, de mistenker en begynnende psykose, delt inn etter deres erfaring.

Tabell 2-2: Symptomer og erfaring



Figuren viser forekomsten av symptomer i prosent som fastlegene støter på, i forhold til deres erfaring.

Bisarr oppførsel støtes i høy grad på av de tre første gruppene, mens den faller markant i den siste. Tilbakegang i sosial funksjon støtes det jevnt over mye på, med en liten oppsving på den mest erfarne gruppen. Jevnt over støter legene på disse symptomene i lik grad med unntak av den siste gruppen. Den minst erfarne gruppen sett opp i mot de øvrige ser ut til å støte på de negative symptomene i like høy grad. Vi ser også at gruppen med minst erfaring støter på de positive symptomene i høyere grad enn de øvrige gruppene. En annen ting er at innenfor gruppen med minst erfaring støter de oftere på positive- enn negative symptomer.

Diskusjon

Når man snakker om erfaring er det ikke til å unngå at man støter på ord som læring, kompetanse og kunnskap. Man kan da spørre seg hvilken sammenheng det er mellom disse begrepene. Erfaring kan forstås som et uttrykk for læringens prosess, mens kompetanse er det som læres eller utvikles (16). Erfaringen er noe mer dyptgående enn alminnelig læring, noe man har en mer direkte personlig erkjennelse av, framfor det indirekte man lærer fra en bok eller læreren. Kunnskap kan forklares som noe vi tilegner oss gjennom refleksjoner og ettertenksomhet. Hvis vi slår sammen disse ordene får vi et nytt begrep; erfaringskunnskap (17). Dette tilegnes gjennom deltakelse og dialog mellom mennesker, der man søker etter en helhetsforståelse. For fastlegene bygger erfaringskunnskap på deres diagnostiske kunnskap og kliniske praksis. Når man er nyutdannet lege sies det at man kan et absolutt minimum for å kunne utføre sine plikter. Gjennom nettopp eksponering for nye pasientcaser og problemstillinger, vil legenes kunnskap og kompetanse utvikles, mens erfaringen utvides under prosessen. Med tanke på at nye ukjente problemstillinger vil være hyppigere hos en lege med lite erfaring kontra en med mye, vil jeg derfor anta at økning i erfaringskunnskap vil stagnere noe med tiden. Har man for eksempel møtt en pasient med psykose hundre ganger vil kunnskapen om dette trolig være større enn en om man så en slik pasient for første gangen. Leger med lang erfaring vil kanskje også automatisere kunnskap ubevisst. Med dette mener jeg at symptomer blir så trivielle og selvfølgelige for dem at de ikke nødvendigvis registrerer dem. Jeg har derfor av praktiske grunner valgt å se etter forskjeller mellom legene med 0-10 års erfaring, og dem med mer.

Svakheter ved studiet

I dag er det vanlig å få mellom 30-40% svarrespons fra respondentene under en surveyundersøkelse. Å få 50% svarrespons ansees som bra (5). De man henvender seg til i en undersøkelse, her fastlegene i Nordland, kaller vi bruttoutvalget. I denne forskningsundersøkelsen er disse også populasjonen

siden spørreskjema ble sendt til alle fastlegene i Nordland. De som svarer på skjemaet kaller vi nettoutvalget. Man kan si at med høyere nettoutvalg er det mindre usikkerhet til å generalisere resultatet til populasjonen. For å redusere usikkerheten knyttet til bortfallet kan man gjennomføre en bortfallsanalyse. Denne gjøres ved at forskeren sammenligner hvordan bruttoutvalget fordeler seg på sentrale variabler og sammenligner fordelingen med nettoutvalget. Desto mer like disse er desto mer kan vi generalisere resultatet til å gjelde hele populasjonen (5). I denne undersøkelsen svarte 50 av 222 fastleger på spørreskjemaet, noe som ga en var svarrespons på ca 23%. Data på erfaringsfordelingen hos fastlegene i Nordland var ikke å oppdrive, og jeg har derfor ikke kunnet gjøre noen bortfallsanalyse. Det kan derfor heller ikke sies noe om selektivt bortfall av respondentene. Med dette i betraktning er dataene fra nettoutvalget lite generaliserbar til populasjonen.

Positive og negative symptomer

At fastlegene i Nordland støter mest på de to positive symptomene hallusinasjoner og vrangforestillinger er positivt med tanke på oppfangning og behandling av disse pasientene. Dette sammenfaller med at forsøk viser til at fastleger har en tendens til å fokusere på de positive symptomene og underidentifisere de negative. Forsøk har vist til at pasienter med en akutt debut der symptomene vrangforestillinger og bisarr adferd er fremtredende, blir tidlig hospitalisert. Innleggelse og hospitalisering av psykotiske pasienter er fremdeles en svært viktig komponent for hoveddelen av pasientene. Dette kan sees i sammenheng med at ca 80% av førsteepisode pasienter med psykose, uavhengig av psykisk helsehjelp, blir innlagt innen 3 år (6). At disse symptomene fikk så høy prosent må imidlertid tolkes med forsiktighet med tanke på en mulig mistolkning av spørsmål 12. Det er derimot ikke grunn til å tro at effekten skulle være så stor at det gir et betydelig skjevt bilde av symptomprosentene. Grunnen til at positive og negative symptomer ble de mest avkryssede handler nok om flere forhold. Det er blant de mest sentrale symptomene som forbindes med sykdommen. I litteraturen er de gjengangere og spesielt hallusinasjoner og

vrangforestillinger fremstilles som de er patognomoniske for sykdommen (15, 9, 18, 10, 11). Dette kan man derfor se på som en bekreftelse av forskningens empiri og erfaring av psykoser. For det andre handler det kanskje om legenes kunnskap til psykoser. Da tenker jeg spesielt på at de negative symptomene fikk en høy prosent på lik linje med de positive. Siden fastleger underidentifiserer disse viser det kanskje at de på generell basis besitter grunnleggende kunnskap om sykdommen.

Tidligere forsøk har vist til at fastlegene varierte i sine diagnostiske kunnskaper og hadde en tendens til å underdiagnostisere vedvarende funksjonsnedsettelse. I stedet fokuserte de på mer åpenbare positive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og bisarr adferd (6). Det kan være flere grunner til dette. En er at legene deltar på kurs og seminarer om psykiske sykdommer og dermed øker sin læring. I tillegg vil de støte på flere slike pasienter i takt med sin erfaring. Med dette øker de sin diagnostiske kunnskap og ser kanskje etter flere symptomer enn de mest åpenbare. Den høye prosenten på positive og negative symptomer kan gi konsekvenser og følger i både positiv- og negativ retning. Da vi vet at de negative symptomene inngår i prodromalfasesymptomene kan dette være med på å fange pasientene opp i en tidlig fase, og dermed bedre deres prognose og forløp. En negativ følge av dette er at de er forbundet med dårligere prognostisk forløp, sett i forhold til schizofreni. Noe som kan tyde på at mange med en begynnende psykose er alvorlig syke ved første kontakt. Dette henger også sammen med at det er de mest invalidiserende og stigmatiserende symptomene, fordi de lett kan mistolkes som latskap/dovenskap eller uhøflighet(11). At de også er vanskelige å behandle kommer som en motsetning til bedringen av det prognostiske forløpet. I forhold til schizofreni er de nemlig forbundet med dårligere forløp (11). Hva summen av disse effektene er forblir usagt, og man kan bare spekulere i hvilken grad tidligere oppdagelse av de negative symptomene faktisk vil bedre prognosen for disse pasientene.

Stress, depresjon, angst og suicid

Man kan spørre seg hvorfor konflikter med læreren, skole, arbeidsgiver eller psykosomatiske plager i liten grad støtes på. Handler det om at noen symptomer er mer spesifikke for en sykdom enn andre, og dermed gjør det lettere å diagnostisere og behandle sykdommen? En mulighet er at konflikter og psykosomatiske plager heller tolkes som stress. Stress kan være en felles årsaksforklaring til begge disse (19), og det er kanskje mer nærliggende at fastleger forbinder symptomene med dette, heller enn å mistenke starten på en psykose.

At nesten 50% av legene sa at de støtte mest på depresjon/angst er en positiv observasjon sett i forhold til tidlig oppdagelse av psykose. Tidligere forsøk har vist til at opp til 50% av pasienter med en førsteepisodisk psykose har depressive symptomer(9). I det sosiale fellesskapet er det ikke uvanlig å stigmatisere mennesker med psykiske lidelser. Derfor er det ikke unaturlig at den som får en psykisk lidelse kan oppleve dette som sosialt skamfullt, eller som tap av autonomi og sosial status(20). Dette kan sees i sammenheng med at mange av disse blir deprimerte. Siden depresjon er en risikofaktor for suicid vil det være hensiktsmessig å fange opp dette symptomet så tidlig som mulig. Det at fastlegene i Nordland ser ut til å støtte på dette symptomet i så høy grad er en positiv nyhet for denne pasientgruppen. Her må det imidlertid tas hensyn til at den rubrikken de krysset av i hadde både depresjon og angst stående som symptomer. Derfor trenger ikke alle avkrysningene å dreie seg om en depresjon. Disse henger ofte sammen, og det kan derfor tenkes at prosentandelen som faktisk var deprimerte likevel er høy.

Pasienter med schizofrene lidelser har en klar overdødelighet av suicid (9). I USA for eksempel står suicidalitet for en tredjedel av dødsfallene ved schizofreni (10). Sykdommen affiserer ca 1% av USA sin populasjon (10), og forsøk har vist at en betydelig del av førstegangs-psykotiske pasienter (21) er schizofrene. Ca 30% av schizofrene pasientene vil prøve å ta livet sitt, og ca 10% dør av forsøket (10). I prodromalfasen er det funnet at 92% hadde suicidal tanker og at 24% hadde forsøkt suicid(22). Andre (21, 23) har

funnet at mellom 15-25% av pasienter med psykose har gjort et eller flere forsøk på suicid. På grunn av dette og at det får så store konsekvenser er observasjonen av prosentforekomsten på suicid så viktig.

Hvorfor ser vi derfor et så lavt tall som 12% på suicidalitet, når vi vet at det kan forekomme i opp til en fjerdedel av disse pasientene? Kan den lave insidensen av førsteepisoder årlig i Nordland være en forklaring? Er det mulig at symptomene generelt rundt suicidalitet har en innvirkning på dette? Kanskje, eller nettopp fordi, det kan forekomme så høyt. Det trenger derfor ikke bety at disse tallene er for lave i forhold til virkeligheten. Det er mulig med tanke på den høye depresjonsprosenten, at legene har kartlagt selvmordsrisikoen og at det ikke var flere. Dette grunner jeg i fokuset dette temaet har på medisinstudiet, samt informasjon fra legehandboken som en stor del av norske leger bruker. Her gjøres det oppmerksomt på faren ved depresjon, og at suicidalfare stiger ved økende grad av depresjon. De fleste legene vil jeg tro og anta at kjenner til denne koblingen på bakgrunn av dette. Det blir også vanskelig å skulle forholde seg til suicidalitet sett kun i forhold til depresjon. Denne er bare en av mange risikofaktorer, andre symptomer ved psykoser er også korrelert med økende suicidalfare. Dette faller naturligvis tilbake på det faktum at ikke alle suicidale er deprimerte. Positive og negative symptomer er begge bidragsyttere (21, 24). De positive symptomene er vist å øke muligheten for sosial isolering, som igjen øker muligheten for at pasienten opplever håpløshet. Likedan øker de negative symptomene også muligheten for håpløshet hos pasienten. Denne er igjen direkte korrelert med økt risiko for suicid hos pasienten. Dette samt at forsøk har vist at det er tilnærmet like mange pasienter med psykoselidelser som har gjort suicidforsøk bland dem som var deprimerte og dem som ikke var det (21). Fastleger i Europa mangler kunnskap om kjennetegn ved begynnende psykose (7), kanskje er kunnskap om risikofaktorer for suicid et av dem?

Hvis vi derimot antar at tallet er noe for lavt, hva kan det dreie seg om? Kan det ha med lege-pasient-forholdet? Kanskje det handler om tillit og tid? Den standardiserte konsultasjonstiden på 20 minutter kan være for liten til at

pasienter åpner seg om dette. Det er veldig personlig og tabubelagt, og kan være vanskelig å snakke om. I denne sammenhengen kommer lege-pasientforholdet inn som en faktor. Dette kan beskrives som et mellommenneskelig forhold der begge partene over tid og gjensidighet, påvirker hverandre med ord, følelser, kroppsspråk og det de tenker. For at pasienten skal kunne etablere et adekvat kontaktforhold er basal tillit, mottakelighet for empati og evnen til tilknytning viktig. Hos blant annet psykisk syke pasienter kan en eller flere av disse evnene være forstyrret. Det kan være at pasienten opplever de empatiske tilnærmingene som forsøk på å forføre eller lure, eller at legen forfølger eller angriper han/henne. Dette problematiserer følgelig tilknytningen, tilliten og åpenheten mellom pasienten og legen (25).

Symptomer og erfaring

Når man bruker ord for å forklare fenomener eller hendelser er det ikke gitt at alle mennesker med ulike bakgrunner nødvendigvis legger den samme betydningen i ordet. Fallet av bisarr oppførsel hos den mest erfarne gruppen kan tenkes å være en ren tilfeldighet eller en ulik tolkning av symptomene. Vi ser av figuren at tilbakegang i sosial funksjon får en liten oppsving hos de mest erfarne legene. Kanskje er det en sammenblanding av disse to begrepene? En fastlege som ser en pasient som oppfører seg uadekvat i forhold til den sosial situasjonen ser kanskje på dette som en forstyrrelse av den sosiale funksjonen. Det kan også tenkes at han/hun forklarer det som at adferden er bisarr. I så fall må tallene på de forutgående gruppene også tolkes med forsiktighet. Likevel ser vi at de følger hverandre nært i de tre første gruppene, mens det er et større sprik i den siste. Er dette en ren tilfeldighet, med tanke på den lave svarprosenten, eller er den ulike begrepstolkningen større i denne gruppen? Slik jeg ser det er det ikke noe som skulle tale for det siste spørsmålet. Hvorfor var da de tre første gruppene så like på dette området? Det blir vanskelig å komme med noe definitivt svar på dette, men jeg tror nok at tilfeldigheten har spilt en større rolle i denne observasjonen. Hadde det vært gitt en forklaring med

eksempler på hvert symptom i spørreskjemaet ville man nok senket muligheten for ulike tolkninger av symptomene.

Den minst erfarne gruppen støtte på flere pasienter med positive symptomer både innad i gruppen, og sammenlignet med de øvrige gruppene. Dette forteller oss at flere innenfor gruppen med de minst erfarne legene har krysset av på de positive symptomene i forhold til de andre gruppene, og at de innenfor denne gruppen krysset av på flere positive- enn negative symptomer. Hvorfor gjorde de det? Har det noe med de minst erfarne legenes symptomfokus i forhold til dem med mer erfaring? Det er ikke utenkelig at de minst erfarne legene i større grad forbinder de positive symptomene med psykoser og dermed ser spesielt etter dem. Jeg nevnte tidligere at fastleger har en tendens til nettopp å fokusere på disse. Det ble imidlertid ikke fortalt noe om erfaringen eller alderen til fastlegene i denne sammenhengen så man kan ikke sammenligne disse to observasjonene direkte med hverandre. Kanskje viser den observasjonen jeg har gjort her at fokuset på positive symptomer spesielt gjelder de minst erfarne legene.

Fokuset på de positive symptomene handler kanskje også om hva som oppfattes som normalt. Kanskje grensene for hva som oppfattes normalt blir bredere med den økende erfaringskunnskapen. At en pasients tolkning av omverdenen ikke blir klassifisert som en vrangforestilling, eller at pasientens merkelige oppførsel ikke faller inn under begrepet bisarr oppførsel. Med dette tenker jeg på at livserfaring vil eksponere fastlegene for et større mangfold og ulikheter av mennesker, og at forståelsen av normalbegrepet dermed vil endre seg. Kan det være at mindre erfarne leger viser en tendens til å ville sette ord på, og forklare de observasjonene de gjør? Dermed ser de kanskje symptomer hos pasienter som ikke er der. Det er påfallende at akkurat pasientene til denne gruppen skulle vise flere positive symptomer enn pasientene til de øvrige gruppene. Kanskje er det et opplevd prestasjonspress og en type diagnostisk kultur som ligger bak dette? Den diagnostiske kulturen handler om å ville sette diagnose på pasientene med bakgrunn i et ubevisst ønske om å ha kontroll over situasjonen og

pasienten. Med andre ord at man vil se noe sykkelig i alt som kan tenkes å være sykt (26).

En spennende observasjon er at de legene med minst erfaring ser ut til å i like høy grad støtte på de negative symptomene som de mer erfarne legene. Dette må jeg si var en overraskende og positiv observasjon. Dette kan sies å vise at de minst erfarne legene også er oppmerksomme på disse symptomene. For fremtidig forskning ville det vært interessant å se på hvordan legene bruker diagnosesystemene i praksis. Kanskje kan det vise individuelle forskjeller mellom legene, både i forhold til erfaring og andre variabler, som kan være med å forklare de observasjonene jeg har gjort i denne oppgaven?

Konklusjon

I denne oppgaven viser mine resultater at fastlegene i Nordland støter oftest på de positive symptomene, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Dette er noe oftere enn de negative symptomene, sosial tilbaketrekning og tilbakegang i sosial funksjon. De støter derimot sjeldnere på bisarr oppførsel i forhold til disse negative symptomene. Legenes erfaring påvirket i noen tilfeller hvilke symptomer de støtte mest på. De legene med minst erfaring støtte i like høy grad på de negative symptomene som de med mer erfaring. De støtte imidlertid på flere positive symptomer enn de mer erfarne legene. Alt i alt tenker jeg at resultatene illustrerer at det ikke er stor forskjell på hvilke av de positive- og negative symptomer legene støter på, når de mistenker en begynnende psykose. De minst erfarne legene viser gode diagnostiske kunnskaper, og skiller seg ikke fra de mer erfarne i den grad jeg forventet ut fra min hypotese.

Referanser

1 Häfner H, Maurer K, Löffler W, an der Heiden W, Hambrecht M, Schultze-Lutter F. Modeling the early course of schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2003;29:325-340.

2 Häfner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M, an der Heiden W. Depression, negative symptoms, social stagnation and decline in the early course of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1999;100:105-118.

3 Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. Oslo:Helsedirektoratet;2012. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/nasjonale-faglige-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-psykoselidelser.aspx>

4 Tips-info.com. Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10 -Year Outcome. Publisert fredag 12 mars 2012. Tilgjengelig fra: <http://www.tips-info.com/no/nyheter/377-long-term-follow-up-of-the-tips-early-detection-in-psychosis-study-effects-on-10-year-outcome>. Hentet 28.05.12.

5 Johannesen A, Tuft P, Kristoffersen L. Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode. 3 utgave. Oslo: Abstrakt forlag;2005.

6 Kvig E. Dup and pathways to care in Nordland. Elektronisk utgave tilgjengelig fra: <http://www.nlsh.no/forskning/category25700.html>. Hentet 28.05.12.

7 Simon A, Lester H, Tait L, Stip E, Roy P, Conrad G et al. The international study on general practitioners and early psychosis (IGPS). Schizophrenia research. 2009;108:182-190. DOI:10.1016/j.schres.2008.11.004.

- 8 Kvig E. Behandlerbrosjyre 2.0. Elektronisk utgave tilgjengelig fra:
<http://www.nlsh.no/forskning/category25700.html>. Hentet 28.05.12.
- 9 Malt U, Retterstøl N, Dahl A. Lærebok i psykiatri. 2 utgave.
Oslo:Gyldendal akademisk;2003.
- 10 McCarron R.M, Xiong G. L, Burgeois J.A. Psychiatry.
Baltimore:Lippincott Williams and Wilkins;2009.
- 11 Nordentoft M. Schizofreni og psykose – symptomer, forløb og prognose.
I: Nordentoft M, Melau M, Iversen T, Kjær S, red. Psykose hos unge.
København: Psykiatrifonden; 2009. s. 9-23.
- 12 ICD-10. F20-F29 Schizofreni, Schizotyp lidelse, og Paranoide lidelser.
Elektronisk utgave tilgjengelig fra:
<http://finnkode.kith.no/2012/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- 13 Dnalc.org. DSM-IV Criteria for Schizophrenia. Tilgjengelig fra
<http://www.dnalc.org/view/899-DSM-IV-Criteria-for-Schizophrenia.html>.
Hentet 28.05.12.
- 14 Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G,
O'Callaghan E. Schizophrenia in general practice: a national survey of
general practitioners in Ireland. Irish journal of medical science. Volum
174(3):38-42.
- 15 Johannessen J. Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I:Rund B (red.)
Schizofreni. 4 utgave. Stavanger:Hertervig akademisk;2011.
- 16 Illeris K. Læring. 1 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk;2012.
- 17 Lindøe P. Erfaringslæring og evaluering. Oslo:Tiden norsk forlag
AS;2003.

- 18 Kringlen E. Psykiatri. 10 utgave. Oslo:Gyldendal akademisk;2011.
- 19 Helsenett.no. Psykosomatiske tilstander. Tilgjengelig fra:
http://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=7158&Itemid=69. Hentet 28.05.12.
- 20 Norvoll R. Psykisk lidelse som sosial prosess. I: Norvoll R (red.)
Samfunn og psykiske lidelser. 1 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk;2002.
- 21 Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M, Kasso P, Petersen L, Thorup A et. al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis: One-year follow-up of a randomised controlled trial. *The british journal of psychiatry*. 2002;181:98-106. DOI: 10.1192/bjp.181.43.s98
- 22 Power P, Bell R, Mills R, Herrman-Doig T, Davern M, Henry L et. al. Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2003;37:414-420.
- 23 Addington J, Williams J, Young J, Addington D. Suicidal behaviour in early psychosis. *Acta psychiatrica scandinavia*. 2004;109:116-120.
- 24 Tarrier N, Barrowclough C, Andrews B, Gregg L. Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia. *Soc psychiatr epidemiol*. 2004;39:927-937. DOI: 10.1007/s00127-004-0828-3
- 25 Vaglum P. Irrasjonelle faktorer i lege-pasient-forholdet. *Tidsskrift for den Norske legeförening*. 2002;122:1906-9. Tilgjengelig fra:
<http://tidsskriftet.no/article/580844>.

26 Norvoll R. Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I: Norvoll R (red.) Samfunn og psykiske lidelser. 1 utgave. Oslo:Gyldendal akademisk;2002.

Vedlegg 1 – Spørreskjema sendt ut til fastleger i Nordland

UTDANNING OG INFORMASJONSBEREY

23. Hvor mange år er det siden du fullførte medisinisk embetseksamen?

år

24. Vennligst oppgi din alder

år

25. Har du delatt i noe undervisning om schizofreni eller tegn ved psykose siste måned?

nei ja, vær så snill å angi navn, plass og dato for undervisning:

26. Hva er din spesialitet?

allmennmedisin ikke medisin annet/ikke spesialisert

27. Har psykiatri en del av din spesialisering?

Ja Nei

28. Praktiserer du i by- eller utenombyregioner?

By uten universitet By med universitet Utenombyregion

29. Har du hørt om TIPS (tidlig intervensjon ved psykose) prosjektet?

Ja Nei (gi litt informasjon)

dersom ja, hvordan har du hørt om TIPS?

Omtale i media Foredrag
 Debatteier på kurs Annet, angi hvordan: _____

30. Er du interessert i ny informasjon om tidlig behandling av psykoser?

Ja Nei

dersom ja, hva kunne du tenke deg å vite med på?

Kvelekurs Seminar på DPS/Sykehuset På tilsendt informasjon Ha bærsk på kontoret
 Annet, angi hva: _____

Vil vi takke deg for din tid og ditt meget viktige samarbeid, for å hjelpe oss i å forbedre intervensjon ved første gangs psykoser.

VUP & Behandlingsveier i Nordland

Undersøkelse av behandlingspraksis ved begynnende psykose i allmennhelsetjenesten

Kodesystem for anonymisering av dine svar:

Mått. f.eks. 20.06.1920

2 8

F.eks. f.eks. 04.12.1925

0 4

Mått. f.eks. 20.06.1920

3 0

Ditt. f.eks. (n eller k)

0 4

FOREKØNST I DIN PRAKSIS

1. Tænker du at en førstegangs psykose vil starte med tidligere varselstegn?

Ja Nej

2. Hvor mange patienter med en klart psykose diagnose går du psykiatrisk behandling i din praksis årligt?

Ingen 1-2 3-5 6-9 ≥ 10

3. Hvor mange patienter behandler du i din praksis årligt hvor du har mistanke om begyndende psykose?

Ingen 1-2 3-5 ≥ 5

4. Hvor ofte bruger du ventlister til konsultation med en patient ved mistanke om begyndende psykose?

< 10 min 10-20 min 20-30 min > 30 min

5. For å kunne beregne hvor mange patienter ved mistanke om begyndende psykose som modtager konsultationer i almenpraksis, vil vi gerne at du indikerer det totale antal patienter du behandler i din praksis årligt.

patienter

6. Hva er den årlige fordeling i aldersgrupper som modtager behandling i din praksis?

< 18 år _____ % 18-35 år _____ %
36-65 år _____ % > 65 år _____ %

SAMHANDLING MED ANDRE

7. Blir patienter med mistanke om begyndende psykose behandlet av deg alone eller i samarbeid med andre spesialister eller institusjoner? (Bare ett svar (tilt))

Behandler utelukkende i min praksis.

Tildelingsvenlig konsultasjon med spesialister for utredning/ledning; henvisning til en spesialist for stedsfesting av diagnose og for å etablere medisinering. Oppfølging skjer i min praksis.

Har overvakt behandling til spesialist/ psykiater i poliklinikk.

8. Blir patienter med en psykose behandlet av deg eller i samarbeid med andre spesialister eller institusjoner? (Bare ett svar er tilt)

Behandler utelukkende i min praksis

Tildelingsvenlig konsultasjon med spesialister for utredning/ledning; henvisning til en spesialist for stedsfesting av diagnose og for å etablere medisinering. Oppfølging skjer i min praksis

Har overvakt behandling til spesialist/ psykiater i poliklinikk

9. Er du fornøyd med ditt samarbeid med spesialisthelsetjenesten?

Ikke fornøyd 1 . 2 . 3 . 4 . 5 Veldig fornøyd

10. Vi er interessert i å vite om du støter på problemer i den psykiatriske behandlingen av patienter med psykose. (Bare ett svar er tilt)

Ingen problemer

Selv med problematisk atferd (for eksempel aggresjon, stoffmisbruk) hos patienten med psykose, bidrar klar fag og omsorg å forssette med den psykiatriske behandlingen i min praksis

På grunn av problematisk atferd (for eksempel aggresjon, stoffmisbruk) hos patienten med psykose, så ønsker jeg ikke å forssette med den psykiatriske behandlingen i min praksis

11. Med tanke på behandling av tidlige psykoser, hvilke psykiatriske tjenester ønsker/trenger du i din region? (mer enn ett svar tilt)

Kontinuerlig oppfølging

Et spesialisert mobil team for utredning i din praksis

Spesialisert, lavterskel henvisning eller konsultasjons service (poliklinisk konsultasjon på klinikken)

DIAGNOSE

12. Hvilke symptomer støter du mest på når du skal vurdere din mistanke om en begyndende psykose? (mer enn ett svar tilt)

Hallusinasjoner/ vrangforestillinger Stoffmisbruk

Sosial tilbaketrekking Søvnproblemer

Psykosomatiske plager Depresjon/angst

Suicidalitet Symmetri

13. Hva gjør du vanligvis for å stadfeste diagnosen?

Personlig historie

Laboratorieleser

Familie historie

Urinprøve

Observasjon over måneder Neurologisk utredning

Observasjon over flere dager og uker Neuropsykiologisk utredning

Andre undersøkelser Konsultasjon med/ henvisning til en spesialist (CT og kjerne) Konsultasjon med/ henvisning til en spesialist

Informasjon fra bedringsstule Direkte spørsmål til andre (familie/bedringsstule) Direkte spørsmål til patienten om relevante symptomer

BEHANDLINGSFRANKSIS

14. Hva slags behandling vil du anbefale til en patient ved mistanke om en førstegangs psykose episode (uavhengig om du behandler patienten selv)? (mer enn ett svar tilt)

Psykoterapi og familierterapi

Farmakoterapi

Observasjon og avvente

15. Hvis du medisinere, hva slags medikasjon bruker du vanligvis for patienter med førstegangs psykose episode som du behandler i din praksis, og hva er doseringen du bruker?

_____ (navn) _____ mg/d

_____ (navn) _____ mg/d

_____ (navn) _____ mg/d

16. Hvor lenge ville du fastholdt den antipsykotiske medikasjon etter en førstegangs episode hos dine patienter?

Noen dager 3-4 uker 1-6 mnd

6-12 mnd 12-24 mnd 3-5 år

17. Hvor lenge ville du fastholdt den antipsykotiske medikasjonen ved gjentatte episoder hos en patient med remisjon etter en episode?

Noen dager 3-4 uker 1-6 mnd

6-12 mnd 12-24 mnd minst 3-5 år

18. Hvor høy vurderer du tilbakefallrisikoen til å være for en ubehandlet patient i løpet av det første året etter en psykose episode?

_____ %

19. Hvilke er de 10 klinisk mest relevante bivirkningene i forbindelse med langvarig antipsykotisk behandling du støter på?

Eskalipyramidale symptomer Seksuell dysfunksjon

Tardive dyskinesier Galactorrhea

Sedasjon Tåkesyn

Svimelhet Torr munn

Vektøkning Hjernelakt

Hematologiske bivirkninger Eitakt på lever enzymer

Metabolske bivirkninger (diabetes, forhøying av serum lipider)

VURDERING AV PROGNOSE

20. Basert på din erfaring, hvordan vurderer du prognosen til behandlete patienter etter en førstegangs psykose episode? (Bare ett svar tilt)

Prognosen kan være god, en episode med opprettholdelse av psykososial fungering er mulig

Fjere episoder med mulig opprettholdelse av psykososial fungering

Fjere episoder med progressiv tilbakegang av psykososial fungering og dårlig sykdomsprognose

21. Tror du det er mulig å forebygge psykose ved å starte behandling i prodromaltasen?

Ikke mulig Mulig av og til Mulig i de fleste tilfeller

22. Hvordan vurderer du virkningen av tidlig intervensjon (for første psykotiske episode) med tanke på virkningen av psykose?

Ingen innvirkning

Moderat innvirkning

Stor innvirkning