



INFORMASJONSBROSJYRE

om diagnosen schizofreni

OM HEFTET

Dette heftet er for deg som utredes for eller har fått diagnosen schizofreni.

Her kan du lese om fenomener du kan oppleve og ting det er viktig å passe på når du lever med tilstanden.

Heftet kan også være nyttig for dine nærmeste pårørende.

Heftet kan også brukes som grunnlag for samtaler med helsepersonell eller i grupper med andre som har fått samme diagnose.

Informasjonsbrosjyre om diagnosen schizofreni

Forfatter:

Solveig Merete Klæbo Reitan

*Dr. med. spesialist i psykiatri, overlege og førsteamanuensis II
Medisinsk fakultet NTNU og St. Olavs Hospital HF*

Grafisk design og produksjon: Artell kommunikasjon AS, Tønsberg

ISBN 978-82-690068-3-4

NO-NPSCH-2016.12-00008996
OPN01216MTN1969 v1.3.

Utgitt med støtte fra:



Otsuka Pharma Scandinavia AB

Birger Jarlgatan 27, S-111 45 Stockholm
tlf. +46 8 545 286 60, fax +46 8 545 286 69
www.otsuka.no



H. Lundbeck AS

Postboks 361, Strandveien 15, N-1326 Lysaker
tlf. +47 91 30 08 00, fax +47 67 53 77 07
www.lundbeck.no

INNHALDSFORTEGNELSE

Om heftet	2
1. Introduksjon	4
2. Organisering av behandlingstilbudet og noen aktører og begreper	4
3. Schizofreni	5
3.1 Debut (første utbrudd av sykdommen)	5
3.2 Forekomst	5
3.3 Arvelighet (genetikk) og årsak til sykdommen	6
3.4 Andre biologiske forhold bak sykdommen	6
3.5 Symptomer og tegn	6
3.6 Prognose (forløp av sykdommen)	8
3.7 Spesielle forhold	8
3.7.1 Selvmordsfare	8
3.7.2 Traumer	9
4. Lovverk	9
4.1 Psykisk helsevernloven og andre helselover	9
4.2 Førerkort	10
5. Behandling og annen hjelp	10
5.1 Rehabilitering, støtte, tilrettelegging	10
5.2 Døgnrhythme og søvn	10
5.3 Psykoedukasjon	10
5.4 Psykoterapi	11
5.5 Familieoppfølging	11
5.6 Musikkterapi, kunst- og uttrykksterapi, trening osv	11
6. Medisiner	11
6.1 Ulike medikamentgrupper som er aktuelle ved psykose/schizofreni	12
6.1.1 Antipsykotika	12
6.2 Stemningsstabilisatorer/"antiepileptika"	15
6.3 Benzodiazepiner/beroligende	15
6.4 Medisin mot bivirkninger	15
7. Medikamentfrie tilbud	16
8. Rusmidler	17
8.1 Røyking	17
8.2 Alkohol	18
8.3 Illegale rusmidler	18
9. Spørreskjema, sjekklistor	18
Generelt	20
Hvor du kan ta kontakt	20
Tips til nettsider	21
Vedlegg	22

1. INTRODUKSJON

Ethvert menneske har fått en unik mulighet til å leve et liv. Man kan fylle det med mening for en selv og andre. Avhengig av hvor og når man er født og lever, vil utfordringer og gaver, smerte og gleder variere.

Vi vil alle oppleve større eller mindre utfordringer. Schizofreni er en slik utfordring som opp mot 1 % av befolkningen - i ethvert samfunn, til enhver tid – møter. Opp til 1 av 100 blant oss får symptomer og plager som med en samlebetegnelse kalles schizofreni. Unike, verdifulle og likeverdige mennesker som har dette ene livet å leve er vi alle uansett.

I helsevesenet blir det ofte fokus på diagnose, plager, symptomer, funksjonssvikt og lignende. Dette er en del av helsevesenets oppgaver. Helsevesenet og sykdom spiller imidlertid bare en bitteliten rolle i et liv, det meste handler om helt andre ting: interesser, hobbyer, lidenskaper, fag/utdanning/yrke, familie, venner, kjærester, musikk, idrett, natur, håndarbeid, film, litteratur, dyr, spill eller andre ting. Det helsevesenet kan bidra med skal bare være et lite bidrag som gjør oss i stand til å leve livet vårt. Det er derfor helt klart at fokuset i håndtering av hjelp til pasienter med schizofreni må være hva den enkelte selv ønsker, **vi må ha fokus på pasient- og brukerperspektivet.**

Verken en selv, foreldrene eller andre har noen "skyld" i at man får schizofreni. Utbrudd av sykdommen er et resultat av et samspill mellom de genene en har fått så vel som forhold i fosterlivet og opplevelser senere i livet.

Ettersom det stadig er opp mot 1 % av befolkningen som har schizofreni og sykdommen ikke er utryddet i løpet av evolusjonen, kan vi anta at egenskaper hos mennesker med schizofrenidiagnose også er viktige for samfunnet.

2. ORGANISERING AV BEHANDLINGSTILBUDET OG NOEN AKTØRER OG BEGREPER

Schizofreni er en langvarig og ofte **kronisk** lidelse som berører flere aspekter av livet. Da er det viktig at behandlingstilbudet er oversiktlig og godt organisert. Det er viktig at samarbeid mellom de ulike instanser som skal bistå **brukeren** fungerer fint. Dette gjelder ved alle kroniske lidelser. Det er likevel særlig viktig ved psykoselidelser som schizofreni, hvor sykdommen tidvis påvirker tankeprosesser og gjør at man ikke greier å orientere seg i verden og holde orden på avtaler.

Brukeren kan ofte ha nytte av en **individuell plan (IP)**, en **kriseplan** og en **ansvarsgruppeordning** som skal være tilpasset den enkelte ut fra behov, livssituasjon og hvilke symptomer og plager en har. I tillegg er det nyttig om helsevesenet har et **pasientforløp** for å sikre at de gir et samordnet, organisert, oversiktlig, forsvarlig og tilfredsstillende tilbud.

Fastlegen er sentral i ansvarsgruppen. Fastlegen skal følge brukeren i flere år på mange områder av livet. Fastlegen er viktig fordi man også må ha fokus på somatisk helse. De første 2 - 5 årene etter debut av schizofreni er det anbefalt at brukeren også følges fast av **spesialisthelsetjenesten** (psykologspesialist/psykiater).

Avhengig av livsfase og individuelle behov vil det være naturlig at NAV, arbeidsgiver, skole/universitet er på banen.

Mange vil ha nytte av hjelp fra **psykiatrisk sykepleier** fra kommunen eller **kommunepsykolog** om dette finnes.

Noen vil behøve **tilrettelagt bolig** og mange vil behøve **kommunal bolig** i en periode. Noen trenger **boveiledning**, andre trenger **tilrettelagt fritid** eller **støttekontakt**.

Medisiner så vel som livsstil og sykdomsperioder kan gi ekstra skade på tennene. Det er derfor viktig å få regelmessig **tannbehandling**. Her er dialog med NAV om eventuelt støtte til utgiftene viktig.

3. SCHIZOFRENI

Begrepet schizofreni brukes om en spesiell samling med symptomer og tegn som ofte opptrer sammen og kan gi like utfordringer. De ulike undertypene av schizofreni har litt forskjellige kjennetegn og utvikling. Man må derfor vite mye mer om en person (enn at vedkommende har en schizofrenidiagnose), for å vite hvilken behandling og annen støtte personen behøver. Når vi i denne brosjyren beskriver symptomer og plager fra schizofreni vil noen kjenne igjen mye, andre lite. (Det er heller ikke slik at man nødvendigvis har schizofreni selv om man kjenner seg igjen i noen av disse trekkene. Man må søke bistand fra fagfolk for å få avklaring og informasjon om sin unike tilstand og anbefalinger om behandling).

Schizofreni er en **psykosesykdom**. Det vil si at personen av og til kan være **psykotisk**. Å være psykotisk vil si at man har en realitetsbrist: at man oppfatter en del av virkeligheten feil. I dette ligger det også at man gjerne ikke er enig i at man er syk – man er overbevist om at verden er slik man har dannet seg et fantasibilde av. I medisinen sier man da at personen ikke har **sykdomsinnsikt**.

3.1 Debut (første utbrudd av sykdommen)

Første utbrudd av sykdommen kan komme i varierende alder. Hos noen få debuterer sykdommen i 12 - 13 års alder, hos de fleste i 15 - 25 års alder. Noen få debuterer senere enn det.

Schizofreni kan debutere brått, der man i løpet av dager og kanskje uker ser at en person går fra å være helt frisk til å være åpenbart psykotisk. I andre tilfeller har personen, før man skjønner at det dreier seg om schizofreni, over måneder og år slitt med konsentrasjon, depresjon eller andre psykiske plager, trukket seg tilbake fra aktivitet og fungert dårligere enn før.

3.2 Forekomst

Forekomsten er på 0,1 - 0,8 % (dvs. litt mindre enn 1 av 100). I Norge fødes det ca. 60.000 barn hvert år. Det vil si at vi forventer at det er ca. 60 – 480 personer med schizofreni på hvert årskull her i landet.

3.3 Arvelighet (genetikk) og årsak til sykdommen

Schizofreni er en sykdom som kan være arvelig. Dette gjør at man leter (forsker) intenst etter gener som kan være med på å forklare den biologiske årsaken til sykdommen.

Å bære gener med risiko for schizofreni er ikke nok til å utløse sykdommen. Det vet vi blant annet fra studier på eneggede tvillinger (som jo bærer identiske gener). Her er det mange tilfeller der den ene tvillingen får schizofreni, den andre ikke. Det er også åpenbart at man kan få schizofreni uten at dette er kjent hos noen nære slektninger.

Man leter etter hvilke tilleggsfaktorer det er som gjør at noen med samme gener får schizofreni og andre ikke. Forskingen i dag tyder på at stress, infeksjoner og underernæring i fosterlivet kan bidra til at en som ung voksen utvikler schizofreni. Mange barn i verden opplever imidlertid ekstremt mye stress i fosterlivet uten å få schizofreni. Dette er derfor åpenbart heller ikke alene nok.

Det forskes også på betydningen av fysisk sykdom så vel som psykiske belastninger (traumer og annet stress) i barndom og ungdom.

Forskning tyder ikke på at foreldres væremåte eller personlighet er årsak til schizofreni. Gode psykologiske mestrings- og løsningsstrategier (som man kan lære av foreldre) er likevel en fordel. Det kan øke sjansen for at man tidlig skjønner at man må be om hjelp. Det er også en fordel at man lærer å beholde roen og løse problemer i stedet for å overmannes av dem. Om det beskytter mot at schizofreni utløses, vet vi ikke.

3.4 Andre biologiske forhold bak sykdommen

Hvis vi vet hvordan en sykdom utvikles, kan vi mer målrettet gå inn og forebygge og behandle. I dag vet vi ikke hva som skjer i hjernen og resten av kroppen når schizofreni utvikles. Vi kan heller ikke ta en blodprøve eller et røntgenbilde for å stille diagnosen. Vi forventer ikke i dag å finne annerledes svar på prøver hos en person med schizofreni enn hos en som ikke har schizofreni. Vi tar likevel prøver for å utelukke andre årsaker til symptomene (for eksempel infeksjoner) fordi disse skal behandles annerledes.

I forskningssammenheng leter vi stadig etter biologiske kjennetegn på schizofreni. Dette er for å lære mer om hva som gjør at sykdommen utvikles slik at vi senere bedre kan forebygge å behandle. Kanskje kan vi også finne prøver eller mål som kan bistå i diagnostiseringen.

Det at medisiner virker mot symptomer på schizofreni tyder på at biologiske forhold er av betydning. Vi vet imidlertid ikke om disse medisinene virker på det som egentlig er årsak til sykdommen og om de gjør noe med utviklingen av den. Dette er også noe man forsker på.

3.5 Symptomer og tegn

Vi ser ofte at pasienten har en lengre periode hvor ”noe er galt” (den såkalte **prodromalfasen**) før man skjønner at dette dreier seg om schizofreni. Det som skjer i denne fasen er trolig at hjernen får problemer med å sette sammen og tolke sanse-stimuli og forholde seg til omverdenen. Pasienten selv opplever seg usikker på verden, usikker på egne sanser, usikker på relasjonen til andre. De kan også oppleve seg fremmedgjort i verden. De kan være deprimerte. Utenfra behøver ikke noe å vises –

eller man ser at personen trekker seg tilbake, er mindre sosial, kanskje fremstår deprimert. Noen debuterer også med det som ser ut som en spiseforstyrrelse eller oppfatning av at noe er galt med kroppen. Rusbruk kan også være et tidlig tegn idet personen prøver løse problemene med rus.

Når personen ikke lengre greie å holde symptomene sine i sjakk og mister kontroll på virkeligheten kommer man over i en psykose. Psykose er en tilstand der man har en brist i hvordan man oppfatter eller vurderer realiteten. Vi ser ofte et ganske raskt og dramatisk fall i funksjonsnivå. Det vil si at man ikke lengre greier det man ellers gjør i dagliglivet. Det kan være å gå på skole/jobb, stå opp om morgenen, vaske og kle på seg på en hensiktsmessig måte. Alt dette er imidlertid ganske vanlige endringer i perioder hos unge mennesker og kan ha mange ulike årsaker.

Under har vi listet opp typiske psykosesyntomer. Det er imidlertid viktig å vite at ingen av disse symptomene alene betyr at man har psykose eller schizofreni. Om det overhode dreier seg om et symptom på sykdom, må vurderes av en fagperson som psykolog/lege, helst med spesialitet i faget.

Hallusinasjoner: Dette kan dreie seg om at man "lures" av sansene sine og mistolker syns- og hørselsinntrykk. Man kan mene å høre eller se noe helt annet enn det som egentlig er der. Dette kaller vi hallusinasjoner. Hallusinasjoner kan gjøre at man tilsynelatende snakker med seg selv, fremstår ukonsentrert, at det tar lang tid før man svarer på spørsmål.

Vrangforestillinger: Ved vrangforestillinger er man helt overbevist om noe som ikke er tilfelle. Det kan dreie seg om at man har spesielle evner og er synsk. Man kan mene at man kan høre eller styre andres tanker. Man kan mene at man har en annen identitet og egentlig er kongelig. Noen mener de har en spesiell funksjon og for eksempel er utpekt til å redde verden. Det kan også dreie seg om at man mener man er overvåket eller at verden styres av konspirasjoner og hemmelige nettverk.

Vrangforestillinger kan både dreie seg om ting som er helt umulig og ting som er teknisk mulig. Folk vil oftest ikke fortelle at de har en vrangforestilling, ofte heller ikke at de føler seg overvåket. I psykosene ligger det at man mener det man opplever er reelt og gjerne at andre også vet og opplever dette.

Andre symptomer man kan ha pga. realitetsbristen eller i tillegg er:

Kognitiv svikt: Ved utvikling av schizofreni kan personen få problemer med å løse både teoretiske og praktiske oppgaver de før ville greid fint. De kan ha vansker med å huske avtaler og beskjeder og å konsentrere seg. Dette kan ha store konsekvenser for både skole/arbeid og for funksjon i dagliglivet.

Ambivalens: Man kan ha vansker med å bestemme seg. Dette kan gjøre at man ikke kommer i gang med dagen, med aktiviteter og med livet.

Redusert medmenneskelig/følelsesmessig (emosjonell) kontakt: Personen oppleves lite til stede i samtale, kan oppleves uinteressert.

Redusert ivaretagelse av egen hygiene, matinntak, påkledning: Personen spiser ikke fornuftig, kler seg ikke etter årstid, værforhold og situasjon.

Depresjon: Kan være til stede sammen med psykosen. Depresjon kommer også ofte når man er i bedring i forhold til psykosen (post-psykotisk depresjon). Med depresjon følger øket selvmordsfare. Depresjon ved psykose må ofte ha depresjonsbehandling. Det er viktig å huske at man ikke er depri-
mert på grunn av medisinen man eventuelt har fått, men som en del av tilhelingsprosessen.

Angst: Kan skyldes at man opplever seg selv i fare pga. hallusinasjoner om at noen sier truende ting, eller vrangforestillinger om at man er overvåket. Det kan også komme uavhengig av slike fenomener.

Spiseforstyrrelse: Kan være et tidlig tegn på schizofreni. Dette kan henge sammen med vrangforestillinger om at noen vil forgifte en gjennom mat eller drikke. Det kan også henge sammen med endret oppfatning av kroppen.

Man kan også ha andre forstyrrelser i oppfatning av egen kropp, **tvangstanker eller tvangshandlinger (OCD)** og andre psykiske symptomer som heller ikke er spesifikke for schizofreni.

3.6 Prognose (forløp av sykdommen)*

Hvordan det vil gå i livet med et menneske som får en schizofrenidiagnose er ikke mulig å si på forhånd. Først og fremst er man den unike personen man er. Som alt annet er heller ikke sykdoms-svingninger like fra person til person. Vi regner imidlertid med at prognosen er bedre hvis man lever regelmessig og sunt, har en meningsfull og god hverdag med familie og venner og skole/jobb/dagaktivitet, tar medisin som anbefalt av lege, og ikke bruker rusmidler.

Flere studier viser at folk med schizofreni dessverre i gjennomsnitt lever kortere enn andre. Det at disse menneskene risikerer å dø tidlig henger sammen med flere forhold. De har økt forekomst av selvmord, kanskje særlig om de ikke får optimal behandling. Mange lever et usunt liv med røyk, rusmidler og lite fysisk aktivitet. Også medisinene kan ha bivirkninger som øker dødeligheten, blant annet hjerte-kar-problematikk. Det er åpenbart at vi trenger mer forskning på dette feltet for å få kunnskap som kan brukes til å bedre prognosen i fremtiden.

3.7 Spesielle forhold

3.7.1 Selvmordsfare

Mennesker med schizofreni har høyere forekomst av selvmordsforsøk og fullførte selvmord enn gjennomsnittsbefolkningen. Dette kan henge sammen med den enorme lidelsen og angsten og fortvilelsen man opplever når man er psykotisk og "verden går i oppløsning". Mange mennesker med schizofreni opplever også depresjon: særlig den første tiden etter at man er tilfrisknet fra psykose må man være oppmerksom på dette. Videre kan fortvilelse over å ha fått en kronisk lidelse så vel som fordommer mot psykisk sykdom spille inn. Også det at man ikke alltid kan følge planene og drømmene for fremtiden, kan bidra til selvmordsforsøk. Også rusbruk kan øke selvmordsfaren.

Selv mord forsøkes forebygget ved at man behandler og lindrer lidelse så mye som mulig med psyko-terapi, medisin, og alle andre støttetiltak. Det er også viktig at behandler følger pasienter tett og spør om selvmordstanker. Endelig er det viktig å legge til rette for et best mulig liv på alle måter, selvspekt og respekt i samfunnet.

3.7.2 Traumer

Psykiske traumer kan være både enkeltstående overgrep, gjentatte overgrep eller mer vedvarende omsorgssvikt eller andre vedvarende ekstreme belastninger. Det forskes på om dette forekommer hyppigere hos mennesker med schizofreni. Vonde opplevelser alene er ikke nok til å forårsake schizofreni. Slike traumer er imidlertid stress og kan kanskje bidra til at sykdommen utløses.

Mennesker med schizofreni kan i en del tilfeller ha høyere risiko for å bli utsatt for traumer fordi de kan slite med å tolke andres signaler. De greier heller ikke alltid selv så godt som andre å beskytte seg mot overgrep og krenkelse. De kan også være mer utsatt for å utvikle psykiske reaksjoner som **PTSD** etter traumer, nettopp fordi de allerede sliter med psykiske forhold. Det er viktig at dette tas på alvor av profesjonelle behandlere.

4. LOVVERK

4.1 Psykisk helsevernloven og andre helselover

Lovverk som gjelder for hjelp til personer med schizofreni omfatter bl.a. **Pasientrettighetsloven**, **Helsepersonelloven** og **Psykisk helsevernloven (Phvl)**. Har man i tillegg et stort rusproblem kan **Lov om sosiale tjenester** i forhold til tvungen rusbehandling være aktuelt. Bortsett fra Phvl gjelder disse lovene alle mennesker med sykdommer som trenger hjelp fra helsevesenet.

I utgangspunktet er all behandling frivillig og en rettighet man har – det er ingen plikt å ta imot helsetjenester.

Deler av Phvl omfatter spesielt personer med alvorlig sinnslidelse (som vil kunne omfatte schizofreni). Loven sier at i noen tilfeller - og etter grundig vurdering – kan personer tvinges til å ta imot helsehjelp for en periode. Det skal absolutt være unntaket at man bruker tvang. For at man skal kunne bruke tvang, må flere vilkår være til stede. Frivillighet skal være prøvd og tvang skal være den klart beste løsningen for pasienten. Hvis man først er underlagt tvang, kan sykehuset også fatte vedtak om ”tvangsmedisinering” (Behandling med legemidler uten eget samtykke). Man behøver ikke fysisk å være på sykehuset for å være tilknyttet på tvang. Man kan være tilknyttet på tvang og bo hjemme, men være pålagt f. eks. å møte regelmessig til samtaler og å ta medisiner.

Hvis man er tilknyttet sykehuset på tvang kan man påklage dette til **kontrollkommisjonen**, ev. anke til tingretten og oppover i rettssystemet. Man har krav på fri advokathjelp for dette.

Det å utsettes for tvang er dramatisk og man må alltid vurdere veldig nøye om dette er nødvendig. I noen tilfeller finner man imidlertid at det gjør enda større skade på folk å være psykotisk uten å få behandling, enn å utsettes for tvang. Vedvarende psykose kan gi alvorlige problemer i forhold til utdanning, jobb og relasjoner. Kanskje kan man også få dårligere prognose. I tillegg gjennomgår man mye lidelse når man er psykotisk. Slik lidelse kan ha flere uheldige kort- og langsiktige følger.

4.2 Førerkort

Schizofreni kan innebære at man tolker verden uriktig og at ”sansene spiller en mange puss”. Da kan det være farlig å kjøre bil. Førerkortforskriften sier at den som har psykoselidelse ikke kan kjøre bil. Samtidig kan personen søke om dispensasjon til å kjøre bil. Lege må da redegjøre for pasientens tilstand, om tilstanden er forenlig med bilkjøring eller ikke. Mange vil etter en karantene på noen måneder få slik dispensasjon slik at de kan kjøre som normalt – ofte forutsatt at de følger anbefalt behandling. Medisinene man bruker kan også påvirke kjøreferdigheter. Det er likevel viktig å ikke tro at det er medisinene som gjør at man ikke er skikket til å kjøre bil. Tvert imot kan stabil medisinbruk være det som gjør at man får kjøre bil, til tross for psykoselidelse. Det er bare benzodiazepinene som generelt alltid er forbundet med kjørenekt.

5. BEHANDLING OG ANNEN HJELP

5.1 Rehabilitering, støtte, tilrettelegging

Noen vil i perioder trenge hjelp til å skaffe bolig, fungere i utdanning eller arbeid og å ha et sosialt nettverk. Mange greier etter hvert dette selv, andre trenger noe bistand hele livet. Noen vil trenge trygdeytelser, andre kan stå i jobb. Da schizofreni debutterer hos unge mennesker er det spesielt viktig å være oppmerksom på disse forholdene.

5.2 Døgnrytme og søvn

Det er mye ”medisin” i god søvn. Dette gjelder hele kroppen, og særlig hjernen. Når vi sover bearbeider hjernen inntrykk. Reparasjonsprosesser i cellene skjer på en annen måte i søvn enn i våken tilstand. Det er derfor viktig at mennesker med schizofreni får nok og god søvn. Generelt er det også slik at søvn om natta, når ”verden er i ro og det er mørkt”, er bedre enn søvn om dagen. Det er også greit å sove når det er natt og være våken når det er dag. Da kan man lettere delta i aktiviteter i samfunnet, som skole og jobb, som jo stort sett skjer på dagtid. Schizofreni kan bidra både til at man får for lite søvn og at man ”snur døgnet”.

Dersom man sover dårlig, lite eller på feil tid på døgnet bør man få hjelp til å endre dette. Såkalte **søvnhygienetiltak** med rolig, mørkt, kjølig soverom og ikke bruke TV/PC/Mac/iPad/Tv-spill og lignende de siste timene før man legger seg. Man bør ikke være for mett eller for sulten når man legger seg. Hvis ikke dette holder, kan man få hjelp til å bearbeide tenkemåte rundt det å legge seg til å sove. Det kan også hjelpe å bearbeide vanskelige tanker slik at en ikke blir liggende og ”kverne” på disse. De antipsykotiske medisinene vil kunne ha søvnighet som en nyttig bivirkning.

Skulle ikke alle disse tiltakene være nok kan det hende man for en periode må ha sovemedisin. Det er ikke noe nederlag å behøve hjelp for søvn – på samme måte som at man kan behøve behandling for all verdens andre sykdommer og plager.

5.3 Psykoedukasjon*

Man har stor nytte av å lære om sin sykdom. Man lærer da hva det kan være greit å be om hjelp til. Man kan også lære seg å kjenne igjen tegn på forverring tidlig og be om økt hjelp for en periode.

5.4 Psykoterapi

Schizofreni er ikke en lidelse som kan helbredes med psykoterapi. Mange kan imidlertid ha god nytte av ulike tilpassede former for psykoterapi. For eksempel kan man forstå sine symptomer bedre og lære seg måter å håndtere symptomer og forverringer på. Det er nå anbefalt at man får tilbud om **kognitiv terapi**. Mange kan også ha nytte av andre psykoterapeutiske tilnærminger. Såkalt **støtteterapi** kan også ofte være veldig nyttig. Det er anbefalt at mennesker som får schizofreni-diagnose skal følges av spesialisthelsetjenesten i 2–5 år. Dette skal sikre at man får hjelp til å reflektere over, og håndtere det å ha en kronisk sykdom generelt, og de ulike individuelle symptomene, plagene og utfordringene spesielt.

5.5 Familieoppfølging

Pasienter som får schizofreni er gjerne unge og mange lever i en familie. Det fastholdes i alle veiledere at familien bør tilbys informasjon om sykdommen og ellers deltagelse i et godt samarbeid. Familie som er berørt av sykdommen kan være både foreldre, søsken, ektefelle/partner og barn. Lovverket begrenser hvor mye man kan fortelle familien om pasientens tilstand. Hvis pasienten samtykker kan man imidlertid gi individuell informasjon. Generell informasjon om sykdom, behandling og helsevesenets tilbud kan i alle tilfeller gis til alle som vil høre om det. Familier kan tilbys både generell samtale og mer strukturerte undervisningsopplegg eller kurs. Tilbudet kan gis individuelt/til en familie eller i flerfamiliegrupper.

5.6 Musikkterapi, kunst- og uttrykksterapi, trening osv

Det er sunt for alle mennesker å ha det godt. Dette gjelder også de som har schizofreni. Aktiviteter som gir velvære reduserer stress. Videre kan kreativ aktivitet (som musikk, billedkunst, litteratur) bidra til at man greier å uttrykke seg og dele med andre. Dermed kan man redusere byrden av vonde opplevelser slik at man får det bedre. For mennesker med schizofreni kan dette være særlig gunstig da de ofte opplever stort psykisk stress og mange kaotiske tanker. Reduksjon av slikt stress kan bedre livskvaliteten og redusere symptomene og dermed bedre prognose.

6. MEDISINER

Den nasjonale veilederen for behandling av psykoselidelse som ble utgitt i 2013 er i tråd med internasjonale retningslinjer og sier at *"Pasienter med en diagnostisert psykoselidelse bør tilbys å prøve ut et adekvat gjennomført behandlingsforsøk med et antipsykotisk legemiddel"*.

Det finnes pr. i dag ingen medisiner som kan helbrede schizofreni permanent.

Mange har imidlertid stor nytte av medisiner for å redusere symptomer. Hensikten med å bruke antipsykotisk medisin er å redusere lidelse og at folk skal greie å fungere best mulig i forhold til dagliglivet, venner, familie, utdanning/arbeid. Det å leve i dager og uker og måneder med psykose-symptomer er en betydelig stress-situasjon. Litt stress innimellom her i livet er sunt. Det å leve langvarig under stress er imidlertid helseskadelig. Vi vet i dag at det påvirker hjernen, hormonsystemet og immunsystemet. Dette innebærer blant annet at slikt stress trolig gjør det vanskeligere for hjernen og resten av kroppen å drive sin naturlige tilhelingsprosess og å lære og utvikle seg.

Vi vet ikke sikkert om sykdommen får et mildere forløp hvis man tidlig kommer til med anti-psykotiske medisiner. Nasjonale og internasjonale anbefalinger (som baserer seg på forskning) sier imidlertid at psykosepasienter bør tilbys og anbefales antipsykotisk medisin så raskt som mulig. Dette med tanke på å sikre et så godt som mulig forløp gjennom livet. Begrepet "varighet av ubehandlet psykose" (forkortet VUP) betyr tiden det tar fra psykose debuterer til man er i gang med medisin. Dette brukes som et mål på kvalitet i tilbudet til psykosepasienter. "Varighet av ubehandlet psykose" skal helst være så kort som mulig (få uker).

En lege må alltid gjøre en grundig individuell vurdering før man anbefaler en medisin. Man må være så sikker som mulig på at diagnosen er riktig. Man må ta hensyn til både hvilke plager pasienten har og eventuelle andre medisinske forhold hos den enkelte. Man må være spesielt oppmerksom hvis pasienten er gravid, ammer eller kan komme til å bli gravid. Det samme gjelder hvis pasienten samtidig har andre sykdommer eller handikap, og hvis pasienten bruker andre medisiner. Alder og ev. rusbruk må også tas med i vurderingen.

6.1 Ulike medikamentgrupper som er aktuelle ved psykose/schizofreni

6.1.1 Antipsykotika

Den første offisielle beskrivelsen av medisin mot psykose ble gjort i 1952. Det er senere utviklet flere medikamenter rettet mot psykose, og de siste årene har man fått et mye bredere utvalg. De ulike medisinene vi kaller antipsykotika bidrar særlig til å dempe såkalte **positive psykosesymptomer** (som hallusinasjoner og vrangforestillinger). Medisinene **roer også ned** pasienten slik at aggresjon og skade (på seg selv, andre og materielle ting) kan forebygges lettere. Da er imidlertid gjerne søvnighet og "tunghet i kroppen" bivirkning. Nyere medisiner mot psykose skal i mindre grad gjøre folk trøtte. Vektøkning og uheldige nivåer av fettstoffer og sukker i blodet er fortsatt et problem også ved flere av de nye medisinene. Blant noen av de nyere medisinene i denne gruppen forventer man også at pasientens evne til å tenke klart, samle tankene, være i vanlig aktivitet, ta initiativ o.l. (de såkalte **negative symptomene**) skal bedres.

Medikamentformuleringer: Antipsykotika finnes i **tablettform** der man må ta medisinen sin en eller flere ganger om dagen. Det finnes flere typer tabletter der noen svelges hele mens andre smelter på/under tunga (velotab, sublingval o.l.). Det finnes også noen flytende varianter av medisinen som drikkes (også kalt mikstur, dråper).

Tabletter



Fordeler: De fleste antipsykotika finnes som tabletter og i flere styrker.

Ulemper: Noen tabletter må tas flere ganger om dagen. Kan være vanskelig å svelge. Kan få topper av bivirkninger hver dag rett etter tablettinntak. Man må huske å ta tablettene hver dag.

Smeltetabletter



Fordeler: Legges på tungen, løser seg raskt opp i munnen og trenger ikke tilførsel av væske. Egner seg for pasienter som har vanskeligheter med å svelge. Rask effekt.

Ulemper: Noen smeltetabletter må gis flere ganger om dagen. Kan ha ubehagelig smak, men som oftest god smak. Følsomme for fuktighet. De er skjøre og må tas forsiktig ut av pakningen. Passer ikke for de med nedsatt spyttsekresjon.

Sublingvaltabletter



Fordeler: Egner seg for pasienter som har vanskeligheter/ikke klarer å svelge. Legges under tungen og absorberes i munnslimhinnen. Rask effekt.

Ulemper: Noen sublingvaltabletter må tas flere ganger om dagen. Kan ha ubehagelig smak, men som oftest god smak. Følsomme for fuktighet. De er skjøre og må tas forsiktig ut av pakningen. Passer ikke for de med nedsatt spyttsekresjon.

Mikstur



Fordeler: Egner seg for pasienter som har vanskeligheter med å svelge. Kan finjustere doseringen.

Ulemper: Kan ha ubehagelig smak og lukt. Man må huske å ta mikstur hver dag (som tablett/smeltetablett/sublingvaltablett).

Et alternativ til å innta medisin gjennom munnen er å sette antipsykotika som ”**korttidsvirkende sprøyter**” en eller flere ganger om dagen. Det er da samme medisin som tablettene og den virker på samme måte og virkningen har samme varighet. Disse sprøytene brukes helst bare kortvarig i akutte situasjoner der pasienten ikke vil eller kan samarbeide om å ta medisin gjennom munnen.

Korttidsvirkende injeksjon



Fordeler: Rask effekt.

Ulemper: Smerter på injeksjonsstedet.

Antipsykotika er imidlertid en medikamentgruppe hvor det ofte også finnes ”**depotformuleringer**”. Dette dreier seg om medisin som **sprøytes inn i en muskel med noen ukers mellomrom**. Det blir da liggende ”**et lite lager eller depot**” av medisin (herav ”depotformulering”). Ofte settes sprøyten i store setemuskler (glutealmuskulaturen) eller i overarm. Dette depotet av medisin vil slippe ut litt og litt medisin i blodet regelmessig slik at man slipper å ta tabletter hver dag. Man må så ha ny sprøyte etter 2, 3 eller 4 uker. Når man først har fått depotet i kroppen, vil det ligge der til det er tomt.

Langtidsvirkende injeksjon (Depot)



Fordeler: Slipper å ta medisin hver dag. Jevnere serumkonsentrasjon kan føre til mindre intense bivirkninger.

Ulemper: Smerter på injeksjonsstedet. Medisinen sitter lenge i kroppen.



Injeksjonen kan settes i setemuskelen eller i overarmen

Det at medisinen blir liggende i kroppen som et depot i flere uker har skremt mange fra denne type medisin, uten at det er noen åpenbar medisinsk grunn til at dette skal være uønsket. Den viktigste grunnen til at denne formuleringen tradisjonelt har hatt negativ klang er kanskje likevel en annen. Det er nemlig ofte slik at det er ved stor uenighet mellom behandler og pasient at man tyr til depot, og da gjerne som del av såkalt "tvangsmedisinering" (som egentlig heter "behandling med legemidler uten eget samtykke"). Denne situasjonen med bruk av tvang og uenighet er betydelig negativt ladet.

I dag begynner vi å se annerledes på om man skal velge depot eller tabletter. Vi vet at depot-formuleringer gjør at man har et jevnt utslipp av medisin gjennom hele døgnet. Man slipper dermed daglig å få en økning (topp) av medisin i blodet like etter inntak. Da unngår man også den daglige toppen av bivirkninger som gjerne kommer med medisintopper rett etter tablettinntak.

Rent praktisk kan det også være enklere for folk å stikke innom fastlege eller depotpoliklinikk en gang hver 2., 3. eller 4. uke for en sprøyte og ellers ikke måtte ta spesielle hensyn til sykdommen sin. Alternativet vil ofte være å måtte passe på å ta tabletter hver dag, ha med seg tablettpakker eller dosett om man skal overnatte hos venner, dra på kortere og lengre turer eller om man skal på fest. Med tabletter kan man raskt bli dårlig om man glemmer en tablett eller to. Med depot er man ikke så sårbar for slike forglemmelser på noen dager.

Det forskes nå på å gi depot til flere og hva som viser seg å gi det beste langtidsresultatet for større grupper pasienter. I mellomtiden er det den enkelte som selv må velge hva som passer best for en selv.

Inhalasjonspulver brukes bare når det er behov for hurtig kontroll av lett til moderat agitasjon hos voksne pasienter med schizofreni eller bipolar lidelse. Administreres bare ved sykehus og under oppsyn av helsepersonell.

Inhalasjonspulver



Fordeler: Rask effekt.

Ulemper: Må inhaleres. Pasienten må samarbeide. Den vanligste bivirkningen er smaksending.

Bivirkninger: Alle medisiner som virker har også bivirkninger. Man skal derfor aldri bruke medisiner uten at det er nødvendig og forordnet av lege. Når man bestemmer seg for medisiner er det ut fra en helhetsvurdering der fordelene vurderes å overstige ulempene.

Medisinene som brukes ved schizofreni og andre psykoser har litt forskjellige virkemåter og effekter, og de har litt ulike bivirkninger.

Antipsykotika har ofte bivirkninger som at man blir **trøtt**, at man får **mer matlyst** slik at vekten ev. øker, at man blir **stiv i muskler**, og at man **sikler** pga. økt spyttproduksjon. Noen av de nye har også som bivirkning at de kan ha uheldig effekt på **blodsukker og fettstoffer i blodet**. Andre kan gi **hjerterytmeforstyrrelser**. Disse bivirkningene gjør at det er viktig at lege (psykiateren din eller fastlege) følger opp med å undersøke blod, hjerte, blodtrykk og vekt regelmessig. Man må prøve å

motvirke de uheldige effektene ved sunt kosthold og regelmessig trening.

En plagsom bivirkning som noen får kalles **akatisi**. Det innebærer at pasienten får uro og kribling i kroppen. Man kan da prøve å redusere dose av medisin, eller gi en medisin som motvirker bivirkningen inntil den går over av seg selv. I noen tilfeller må man pga. akatisi slutte med den medisinen man har begynt med og bytte til en annen.

Antipsykotika gir forskjellige virkninger og bivirkninger hos ulike personer. Det betyr at man ikke har en medisin som passer for alle og at man av og til må prøve seg litt frem. Det anbefales at man prøver en medisin i hensiktsmessig dose i 6 uker før man kan si noe om at den er riktig eller ikke. Man må heller ikke gi opp om det første medikamentet ikke hjelper, eller har for mange ubehagelige bivirkninger, man kan da ha god nytte og mindre bivirkninger av det 2. eller 3. medikamentet man prøver.

6.2 Stemningsstabilisatorer/"antiepileptika"

Dette er i hovedsak medisiner som opprinnelig er anvendt mot epilepsi. Epilepsier er også lidelser som rammer hjernen og kan ha en rekke ulike forløp. Det er derfor ikke overraskende at de også kan ha virkning på noen pasienter med schizofreni. Disse medisinene virker noe annerledes enn antipsykotika. Ettersom vi foreløpig ikke vet klart hva som er i ubalanse i hjernen ved schizofreni, er det ikke urimelig å bruke dem. Vi bruker allerede denne gruppen medisiner til å behandle bipolar lidelse og vet at den kan virke mot både depresjon og mani. I forhold til schizofreni vet vi at disse medisinene ofte kan dempe uro og sinne og at de i noen tilfeller viser seg å bedre de typiske positive psykosesymptomene.

Bivirkninger av disse medisinene er først og fremst knyttet til at noen av dem kan ha fosterskadelig effekt. Antiepileptika har også andre bivirkninger, men her varierer det fra medikament til medikament slik at man må se på det enkelte virkestoff som er aktuelt.

6.3 Benzodiazepiner/beroligende

Dette er medikamenter som ikke er noen langtidsbehandling av selve psykosesymptomene. Det er medisiner som gjør at en slapper mer av de første timene etter at man har tatt dem. Psykotiske opplevelser kan være meget skremmende. Man kan slite med å få sove og man kan oppleve generell utrygghet fordi "verden går i oppløsning". I påvente av at andre tiltak skal roe ned disse plagene, kan det (særlig ved forverringer) være riktig å bruke beroligende benzodiazepiner. Pasienten unngår betydelig lidelse og det å få sove er i seg selv viktig for kroppens egen tilhelingsprosess.

Benzodiazepiner har som bivirkning at man blir mindre konsentrert, det virker på samme område i hjernen som alkohol. Det betyr at man ikke skal kjøre bil eller betjene farlige maskiner når man har tatt denne medisinen. Det er også en fare for tilvenning og etter hvert avhengighet.

6.4 Medisin mot bivirkninger

Dersom man har mye bivirkninger, men likevel god virkning av en medisin, kan det være aktuelt å vurdere medisin mot bivirkningene. Eksempler på dette er medisiner mot stivhet i muskler, mot sikling og mot uro (akatisi). En lege må vurdere dette nøye og sammen med pasienten bestemme om dette er en riktig løsning.

7. MEDIKAMENTFRIE TILBUD

Som beskrevet over har medisinene mange bivirkninger. Da er det naturlig å vurdere om man kan klare seg uten medisin.

Det passer aldri å være syk, og det er naturlig å oppleve en sorgprosess når man får en kronisk sykdom. Det er jo aldri det man har planlagt her i livet. Da er det selvsagt ytterligere frustrerende å måtte ta medisin i årevis fremover. Også det gjør at mange ønsker et tilbud uten medisin.

Helsemyndighetene har pålagt alle helseforetak å ha gode medikamentfrie tilbud. Det er helt klart at veldig mange andre ting enn medisiner er viktig. Tilrettelegging av studier og jobb, trygg bolig og økonomi, en god kriseplan, reduksjon av stress, psykoterapeutiske tiltak og annen hjelp man måtte behøve er **”medikamentfrie tiltak”**. Alle må få disse medikamentfrie tiltakene uavhengig av om de tar medisin eller ikke. Det er imidlertid dessverre ikke noe kjent tiltak som ”kan brukes i stedet for medisin” når det gjelder schizofreni. Psykoser vil i en del tilfeller gå over uten medisin. Ut fra dagens kunnskap mener vi imidlertid at det tar lengre tid uten medisin enn med. Dermed får man lengre tid med lidelse og lengre tid borte fra skole, arbeidsliv, liv med familie og venner. Vi mener også ut fra dagens kunnskap at det er større fare for tilbakefall dersom man ikke tar medisin de første årene etter at man har hatt en psykoseepisode. Før 1952 hadde man ingen medisiner mot psykose. Mennesker med schizofreni ble den gangen i stor grad boende på psykiatriske sykehus/institusjoner eller i privat forpleining på gårder og lignende hele livet. De fikk ofte ingen utdanning, jobb eller egen familie. Moderne medisiner har endret mulighetene i livet for mennesker med schizofreni fundamentalt.

Både i gamle dager og i vår tid vil det være noen mennesker som har et svært lett forløp av sin sykdom, og som kanskje bare får én eneste psykose-episode og er frisk uten medisiner resten av livet. Vi vet imidlertid foreløpig aldri på forhånd hvem som kan ende opp som slike solskinnshistorier. Dette er en utfordring. For disse menneskene med svært lette forløp er det jo helt klart en unødvendig belastning å skulle ta medisiner, og det er for dem isolert best å ha et medikamentfritt tilbud. Problemet er at vi ikke nå kan identifisere dem på forhånd. For det store flertallet av pasienter har nok moderne medisiner stor betydning for et positivt livsløp. Men valget om medisiner eller ikke, tas av de fleste på egen hånd, når en får den informasjonen som er tilgjengelig.

8. RUSMIDLER

Legale rusmidler som alkohol er en del av kulturen i mange deler av samfunnet i dag. I tillegg brukes og tilbys illegale rusmidler fra kriminelle nettverk/selgere alle steder i landet. Mange unge mennesker prøver ut rusmidler for nysgjerrigheten og spenningens skyld, ut fra gruppekultur eller fordi de søker lindring for plager ("selvmedisinering"). Også unge mennesker med schizofreni vil prøve ut dette.

Rusbruk medfører fysiologisk og psykologisk stress som mennesker med schizofreni tåler enda dårligere enn andre. Det pågår studier for å avklare om rus også medvirker til debut av sykdommen og om det medvirker til et mer uheldig forløp.

Rusmidlene har ingen kjente positive langtidseffekter. Anskaffelse av rusmidlene (særlig de illegale) er også ofte forbundet med risikoatferd (som kriminalitet og prostitusjon). Noen kan oppleve at selv "rene" rusmidler gir forverrede psykosesyntomer med mer skremmende hallusinasjoner og forfølgelsestanker.

Alle rusmidler er potensielt avhengighetsskapende. Faren for å få ytterligere et problem når man prøver ut rusmidler er derfor alltid til stede.

Hvis man sliter og føler at man ikke strekker til i skole, jobb og sosialt kan det i begynnelsen være fristende å bli med i et rusmiljø. Et rusmiljø vil ofte tilsynelatende ikke stille så høye krav til deg for å oppleve tilhørighet. Samtidig tilbys mulige behagelige rusopplevelser og en flukt fra virkeligheten. Erfaring så vel som forskning tilsier imidlertid at det å gå inn i rusbruk og rusmiljøer aldri er en god løsning på sikt. Det er derfor helt klart at mennesker med schizofreni som har et rusproblem (på samme måte som alle andre som har et rusproblem) må få tilbud om hjelp til å komme ut av problemet. For mennesker med schizofreni som også skal ha hjelp fra psykisk helsevern for psykosen, må samarbeid mellom psykisk helsevern og rusbehandling fungere godt. (I Norge heter rusbehandlingen i spesialisthelsetjenesten for tiden TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)). Helsevesenet er pliktig til å sørge for et godt, samordnet behandlingstilbud. Til slutt er det selsagt opp til pasienten hva han eller hun vil ta imot.

I tilfeller der folk bruker rus som "selvmedisinering" for reelle store plager de har, kan optimal medisin og annen behandling være til hjelp. Hvis en tar den medisinen legen foreskriver, må vi forvente at plagene avtar og at behovet for "selvmedisinering" med rusmidler også avtar.

8.1 Røyking

Røyking er aldri sunt, likevel er det et faktum at en del mennesker røyker, og det må leger som behandler psykosepasienter ta hensyn til og følge opp. Bl.a. er det en utfordring at tobakksrøyking og en del antipsykotiske medisiner har tilsvarende negative effekt på blod og hjerte. Risiko for sykdommer øker derfor ekstra mye om dette kombineres. Man må derfor vurdere om man kan greie å slutte å røyke. Kanskje må man ha medisinsk eller psykologisk hjelp til dette. Legen må vurdere behandling av hjerte-karriskoen (med vektreduksjon, kolesterolsenkende medisin og lignende). Dette vil hele tiden være individuelle vurderinger. Røyking kan også i enkelte tilfeller påvirke konsentrasjonene av noen antipsykotiske medisiner i blodet, noe man må være oppmerksom på.

8.2 Alkohol

Alkohol i for store mengder er aldri sunt. Særlig hvis man har en sårbarhet i form av en hjernesykdom som schizofreni kan de allerede kjente negative konsekvensene av alkohol være ekstra store.

Det kan også forekomme uheldige effekter av å kombinere alkohol og et bestemt medikament. Dette må det tas hensyn til og informeres om.

8.3 Illegale rusmidler

Illegale rusmidler (hasj, cannabis, marihuana, opiater/heroin, amfetamin/kokain/ecstasy med mer) tilbys på alle små og store steder i landet. Noen av disse rusmidlene har beroligende effekt, andre gjør at man blir mer våken og aktiv. Noe av rusmidlene inntas i håp om ”spennende, forsterkede sanseopplevelser”. Bruk av disse stoffene er imidlertid risikofylt. Man vet aldri på forhånd hvordan man vil reagere. Noen kan reagere med å bli aggressive og farlige for andre. Noen av stoffene kan gi hjerteinfarkt eller hjerneslag. Når man er ruset kan man lett bli et offer og utnyttet av andre. Ofte aner man ikke hva stoffene som inntas egentlig består av. Stoffene kan være ispedd rene giftstoffer og være direkte livsfarlige. Etter at ruseffekten er gått ut vil de fleste ha noe fysisk og psykisk ubehag. Både medisinsk og juridisk er det et mål at ingen skal bruke disse rusmidlene. Helsevesenet er forpliktet til å tilby et behandlingsopplegg for å hjelpe mennesker som ønsker og behøver det å bli rusfri.

9. SPØRRESKJEMA, SJEKKLISTER

Det er utformet en rekke lister over symptomer, og spørsmål om symptomer innen psykiatri – også for schizofreni og psykoser. Disse listene er i prinsippet huskelister for behandlerne som har en fagkunnskap i bunnen. Listene skal sikre at man er systematisk og husker å spørre om og vurdere alt av betydning når man undersøker en pasient. Det er viktig i forskningsprosjekter at alle spør om det samme, og i klinikken er det viktig at ikke noe blir glemt. Dette kan sammenlignes med f.eks. pilotenes sjekklister på fly. Det er imidlertid ingen slike lister eller skjema som kan brukes av pasienten selv, familien eller andre til å sette diagnosen. Diagnose skal vurderes og settes av psykiater/psykologspesialist. Man må undersøke (snakke med) pasienten flere ganger både ut fra de nevnte sjekklister og ut fra annen klinisk kompetanse. I tillegg skal man gjerne ha informasjon fra pårørende og ev. vurderinger gjort av helsepersonell hvis pasienten er innlagt i sengepost eller poliklinisk.



GENERELT

Dette heftet er ikke noe endelig utfyllende dokument. Mange vil kjenne seg igjen i deler av det som er nevnt. Det er viktig at man har god kontakt og dialog med sin psykologspesialist/psykiater og fastlege. Nettsidene til helseforetakene bør også gi informasjon om hvor man kan søke hjelp.

HVOR DU KAN TA KONTAKT

Hvis du tenker at du eller noen av dine nære kan ha en psykoselidelse og ikke får helsehjelp for dette, kan man ta kontakt med helsevesenet som for andre sykdommer. Man kontakter for eksempel fastlege, legevakt eller helsesøster. Lege vil så kunne vurdere om det er behov for henvisning til for eksempel kommunepsykolog, kommunal sykepleietjeneste, spesialisthelsetjenesten (BUP for barn, VOP for voksne) enten for innleggelse eller poliklinisk tilbud. Fastlege bør uansett være sentral i oppfølgingen.

Organisasjoner som Mental Helse og LPP (Landsforeningen for pårørende i psykiatrien) vil kunne være viktige steder å søke støtte.

Alle sykehus som har pasienter på tvunget psykisk helsevern har en kontrollkomisjon tilknyttet. Denne kan man få adresse til enten via sykehuset eller den aktuelle tingretten.



Nettsted om schizofreni for pasienter og pårørende	www.schizofreniskolen.no
Mental Helse Norge	www.mentalhelse.no
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri	www.lpp.no
Rådet for Psykisk Helse	www.psykiskhelse.no
Nasjonalt folkehelseinstitutt	www.fhi.no
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning	www.psykopp.no
Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser – TIPS	www.tips-info.com
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)	www.napha.no
Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse	www.erfaringskompetanse.no
Helsebiblioteket – Psykisk helse	www.helsebiblioteket.no
Helsedirektoratet – Psykisk helse	www.helsedirektoratet.no

Lovdata:

Pasientrettighetsloven:	www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63
Helsepersonelloven:	www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64
Psykisk helsevernloven:	www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62
Sosialtjenesteloven:	www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose-
lidelser, Utgitt: Juni 2013. Publikasjonsnummer: IS-1957, ISBN-nr. 978-82-8081-242-1.

Ansvarsgruppe:	En gruppe mennesker som har ansvar for ulike deler av hjelpen til en individuell bruker. Kan bestå av brukeren selv, ev. pårørende, fastlege, person fra spesialisthelsetjenesten, noen fra ulike kommunale instanser, NAV osv.
Boveiledning:	Hjelp og veiledning til dagligdagse gjøremål som å handle, lage mat, vaske hus, vaske klær og lignende der sykdom gjør at en ikke greier dette selv.
Bruker:	Den som skal motta tjenestene fra helsevesen, NAV etc, (som innen helsevesenet er pasient når en er syk).
Individuell plan (IP):	Et skriftlig dokument som angir hvilke tjenester (fra ulike ledd i helsevesen, NAV, kommune og lignende) en enkelt person (individuell) skal ha, hvem som er ansvarlig og lignende.
Kriseplan:	Et skriftlig dokument som angir hvor brukeren kan henvende seg ved kriser/forverringer. Inneholder ofte liste over symptomer og tegn på at en er i dårligere form, telefonnumre, skriftliggjøring av avtaler om innleggelse.
Kronisk:	Langvarig eller varig.
Medikamentfrie tiltak:	Ved lidelser som angst og lettere depresjon har vi psykoterapimetoder som er vel så gode som medisinerne. Man kan der enkelt velge medikamentfrie tiltak. Når det gjelder psykoselidelser er det klart at det er veldig mye annet enn medisin som er viktig. Disse tiltakene samlet kan være et medikamentfritt tilbud. Vi har pr i dag ikke noen tilbud som fullt ut kan erstatte medisin ved psykoser, men man arbeider med å utvikle det.
Negative symptomer:	Tilbaketrekning, manglende følelsesmessig tilstedeværelse og kontakt, vansker med å bestemme seg, følelsesmessig flathet, konsentrasjonsvansker.
OCD:	Obsessive Compulsive Disorder (Tvangslidelse).
Pasientforløp:	Faglig begrunnet plan for hvilket tilbud en person med en spesiell diagnose eller problemstilling skal tilbys, dette for å sikre at pasienten får nødvendig utredning og behandling. Pasientforløpene er ikke en «løype» pasienten skal gjennom, men et system som skal sikre at helsevesenet gir et tilfredsstillende tilbud til alle.
Positive symptomer:	Hallusinasjoner (høre stemmer, se ting, lukte ting m.m som ikke egentlig er der) og Vrangforestillinger (at man er helt overbevist om forhold som ikke er reelle).

Prodromalfase:	En periode der det er forvarsler om en sykdom uten at sikre symptomer på sykdommen har vist seg.
Prognose:	Antatt forløp. Hvordan det mest sannsynlig kommer til å gå – basert på statistikk og hvordan det har gått med andre med tilsvarende trekk tidligere.
Psykoedukasjon:	Pedagogisk, strukturert informasjon om den psykiske lidelsen, behandling m.m. Fremstår som undervisning mer enn terapi.
PTSD:	Post Traumatic Stress Disorder (Posttraumatisk stresslidelse).
Somatisk:	Kroppslig, den delen av helse som ikke er psykisk.
Tilrettelagt bolig:	Bolig som er tilpasset beboerens spesielle behov – som at det er personell fra kommunen tilgjengelig i nærheten og kan bistå om en blir redd/får angst, trenger hjelp til å komme seg opp om morgenen med mer.



