

Sluttrapport

«Kan alvorlig psykisk lidelse forebygges?»

Forord

Vedlagt følger sluttrapport for forebyggingsprosjektet «Kan alvorlig psykisk lidelse forebygges?». Prosjektet har hatt 3-årig finansiering fra ExtraStiftelsen i tiden 01.01.2012.til og med 31.12.2014, og har rettet seg mot å tilby unge mennesker med høy risiko for å utvikle alvorlig psykisk lidelse et tilpasset behandlingsopplegg. Det har vært et nybrottsarbeid og har bidratt til å iverksette opplæring i ny metodikk i flere helseforetak, både i Helse Vest og i Helse Sør Øst. Prosjekt ledelsen vil med dette overbringe en stor takk til ExtraStiftelsen for finansiell støtte; og til lokale koordinatore, og alle som har vært behandlingsansvarlige for familie og kognitiv behandling. En stor takk til våre eksterne eksperter som har bidratt til opplæring av personell, professor Mary P. O'Brien, Department of Psychiatry, UCLA Semel Institute, Los Angeles, California, USA og professor Paul French, University of Manchester, England. En stor takk rettes til professor Thomas McGlashan; Yale; USA som har vært sentral for utvikling av prosjekt ideen. Videre en stor takk til de unge mennesker og deres familier som har deltatt i prosjektet og bidratt med sine erfaringer og innspill underveis.

Sammendrag

Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Schizofreni og nærslektede psykotiske lidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Prosjektet har som hensikt å undersøke om et nytt program laget for å forebygge utviklingen av alvorlige psykiske lidelser faktisk reduserer forekomst av psykoselidelser. Målsetningen for "forebygging av psykose" (Prevention Of Psychosis) POP prosjektet er å undersøke på om det er mulig identifisere og behandle hjelp-søkende personer med høy risiko for psykoseutvikling (altså behandling av risiko for lidelse snarere enn lidelsen i seg selv) i et opptaksområde, gjennom innføringen av et eget program for tidlig oppdagelse og behandling av nær-psykotiske symptom. Målet er å få mer kunnskap om kliniske, biologiske og miljømessige faktorer som øker risiko for, eller beskytter mot psykoseutvikling.

Prosjektgjennomføring/Metode

I perioden 2012-2014 er det innført et forebyggingsprogrammet med tidlig oppdagelsesstrategier og med kognitiv behandling, psykoedukativt familiearbeid eller lavdosert medikasjon til aktuelle pasienter. Personene som inngår i prosjektet følges opp etter 6,12 måneder og etter 24 måneder for å følge utviklingen av symptomer mot tilfriskning eller psykosegjennombrudd. I prosjektperioden har våre samarbeidende fastleger i regionen er blitt invitert på fagmøter, samt vi har utarbeidet intern informasjon om vårt behandlingstilbud. Vi har gjennomført opplæring av terapeuter knyttet til familiebehandling. Professor Mary P. O'Brien, Department of Psychiatry, UCLA, California, USA, har bidratt til opplæringsseminar, og for veiledning til våre familiebehandlere. Tilsammen 19 behandlere i Helse Fonna og Helse Stavanger er nå utdannet i metoden en-familie arbeid. Professor Paul French, University of Manchester, England har bidratt til 2 opplæringsseminar, for nær 50 behandlere i kognitiv behandling, og som veileder for våre lokale kognitiv terapi

koordinatorer, veiledningsseminar for disse behandlere. Vi har gjennomført årlig opplæring i aktuelle diagnostiske instrument for utredere.

Resultater og resultatvurdering

Pr 31.12.14 er meldt 971 pasienter til insidensdelen av studien siden 2011, derav er det identifisert 753 pasienter med sannsynlig første episode psykose, 120 pasienter har så langt samtykket til full inklusjon.

I intervensjonsdelen av studien, har 1547 kontaktet TIPS tlf. Det er av disse utredet 143 pasienter hjelpsøkende unge med mulig høy-risikotilstand. 77 pasienter er vurdert å oppfylle kriterier for inklusjon, og av disse har 53 samtykket til og deltakelse i prosjektet.

Gjennomsnittalder er 16.5 år.

Oppsummering/konklusjon/videre planer

POP prosjektet har bidratt til at en har beveget seg enda et skritt i riktig retning av å kunne tilby primærprevensjon ved psykose. Forskningsoppgavene videreføres med finansiering fra HelseVest i 2015-16. Vi vil fortsette å inkludere pasienter i opptaksområdet. Det vil bli søkt aktuelle kilder for finansiering av PhD kandidater til det innsamlede datamateriale.

Ved Helse Stavanger HF, psykiatrisk divisjon, familiepoliklinikken er en-familiearbeid innført og forankret som en del av den videre kliniske drift.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag.....	1
Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting.....	2
Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode	4
Kap 3. Resultater og resultatvurdering.....	6
Kap 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer.....	12
Referanser/litteratur.....	12
Vedlegg	13

Kap 1. Bakgrunn for prosjektet/Målsetting

Psykisk sykdom er den største årsaken til uførhet i utviklede land, og psykotiske lidelser (schizofreni / bipolar lidelse) er rangert blant 10 viktigste årsakene til den såkalte "burden of disease" på verdensbasis. Schizofreni og nærslektede psykotiske lidelser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Til tross for høy forskningsaktivitet er fortsatt årsakene til utviklingen av disse lidelser i hovedsak ukjent, og mens behandlingstiltak kan være effektive de er også begrensede og palliative. De fleste pasienter opplever en relativ lang periode med ikke-psykotiske symptomer preget av uspesifikke- og mer spesifikke symptomkonstellasjoner (prodromet), (ofte også omtalt som «ultra- high risk» (UHR) tilstand) før den første psykotiske episoden. Ved psykosegjennombruddet har mange allerede opplevd tap av kognitiv og psykososial fungering. Vi vet nå at individer med høy risiko for psykotiske lidelser kan bli identifisert før dette tidspunkt, og fire randomiserte kontrollerte studier

(McGorry et al., 2002, Morrison et al., 2004, McGlashan et al., 2006, Amminger et al., 2010) har vist at spesifikke intervensjoner kan forebygge eller utsette utbruddet. I hvilken grad disse funnene kan generaliseres fra forskning til klinisk praksis er imidlertid ikke utprøvd.

Prosjektet som det ble omsøkt midler for i 2011 bygger på erfaringer fra tidlig oppdagelse og intervensjon ved psykose (TIPS) studien, hvor bruk av informasjonskampanjer og tidlig oppdagelses team gjorde det mulig å redusere varigheten av ubehandlet psykotiske symptomer ved første episode psykose. TIPS studien har også vist at tidlig oppdagede pasienter hadde et bedre forløp over de første fem årene av behandlingen. TIPS studien var mulig å gjennomføre på grunn av en av de store fordelene Norge har til å kunne gjennomføre klinisk helsetjeneste basert forskning: En homogen befolkning og et offentlig helsevesen åpent for alle.

«Kan alvorlig psykisk lidelse forebygges?» heretter omtalt som (Prevention Of Psychosis) POP Prosjektet har som hensikt å undersøke om et nytt program laget for å forebygge utviklingen av alvorlige psykiske lidelser faktisk reduserer forekomst av psykoselidelser. Målsetningen for POP prosjektet er å undersøke om det er mulig å identifisere og behandle hjelp-søkende personer med høy risiko for psykoseutvikling i et opptaksområde, gjennom innføringen av et informasjonsprogram om høyrisikotilstander og et gradert behandlingsprogram for personer med UHR kjennetegn (altså behandling av risiko for lidelse snarere enn lidelsen i seg selv).

Dette kliniske prosjektet bruker den kunnskap som er etablert i dette feltet og de behandlingsstrategiene som er anvendt i forskningsprosjektene, og prøver disse ut i kliniske settinger i Norge. POP prosjektet bygger på erfaringene som er gjort i TIPS studien. Et forebyggingsprogram er fra om med mars 2012 innført i opptaksområdene til Helse Stavanger, og Helse Fonna – intervensjonsområdene med til sammen 520 000 innbyggere. Her gjennom tidlig oppdagelse identifiseres det og tilbys det behandling til personer som en antar vil ha en høy risiko for å utvikle en psykoselidelse. Målet er å forhindre eller forsinke overgang til psykose. POP prosjektet er også godkjent som forskningsprosjekt av REK (2009/949) for en tilleggssprotokoll der aktuelle pasienter for inklusjon i intervensjonsområdene får tilbud om å få Omega3- kosttilskudd samt å gjennomføre f-MRI undersøkelse.

Fra Helse Vest er det fra strategiske forskningsmidler psykisk helse bidratt til forskningsfinansiering (kr 600 000,- pr år 2012-2016). Disse midlene finansierer en studie av antall pasienter som kommer til behandling for første gang for en psykotisk lidelse i disse to områdene (årlig insidens), og sammenligner dem med forekomsten i de samme områdene før innføringen av programmet; og med forekomsten i to tilsvarende opptaksområder dvs. Helse Bergen og Sykehuset Østfold- vanlig behandlingsområder med til sammen 720 000 innbyggere.

Etiske perspektiv:

Bekymring og omsorg for pasienten er alltid første prioritet for alle involverte forskere og klinikere. Deltakelse i undersøkelsen er frivillig og basert på skriftlig informert samtykke. Den Regional Etisk Komité (2009/949) har godkjent studien. Studien ble lagt inn i Clinical Trials databasen. Å intervenere i forhold til personer med risiko for en sykdom, i stedet for pasienter med en allerede utviklet lidelse, er en etisk utfordring. Dette er særlig tilfelle for lidelser som fortsatt har en høy risiko for stigmatisering i samfunnet. Bruken av informasjonskampanjer møter denne utfordringen. Som beskrevet tidligere, er det uløste

problemstillinger vedrørende sensitivitet og spesifisitet av dagens høy-risiko (screening) kriterier. Informasjonskampanjene fokuserer på behandlingstrengende symptomer, og ikke på diagnoser. Tidligere høy-risiko/UHR studier viser at disse symptom konstellasjoner primært karakteriserer hjelp-søkende personer med betydelig symptomatisk plage. Intervensjonen fokuserer særlig på disse symptomene. Evt. diagnoser baseres på pasientens aktuelle symptomer i henhold til dagens diagnostiske praksis. Begreper som "mulig schizofreni" brukes ikke under noen omstendigheter, verken i informasjonskampanjer eller i direkte kommunikasjon med deltakerne eller deres familier. Behandlingen rettes mot hjelp-søkende personer med en høy risiko for psykose som er kvalifisert for behandling fra spesialisthelsetjenesten; protokollen rettes mot symptomer eller dysfunksjoner som allerede er erfart av den enkelte (dvs. CBT mot overvurdert ideer eller depresjon, familie psyko-utdanning mot funksjonelle tap). Omega-III-fettsyrer er kosttilskudd uten kjente bivirkninger. Antipsykotiske medisiner bare blir brukt når pasienten er i nær fare for konvertering.

Kap 2. Prosjektgjennomføring/Metode

Prodromal programmet:

Programmet bygger på kombinerte erfaringene fra TIPS studien og tidligere prodromal studier. Det å kunne oppdage UHR (Ultra High Risk) pasienter krever, på samme måte som oppdagelse av pasienter med etablert psykose, at en tilbyr tjenester som er aktiv oppsøkende og som kombinerer kunnskap og informasjon med en lav terskel for å kunne få vurdering i spesialist helsetjenesten.

Informasjon:

Fordi symptomene som oppleves av personer i høyrisikogruppen vil være mer subjektive og mindre synlige for andre, må informasjonskampanjene være intensive, vedvarende og personlig rettet. Informasjonen om prodromal tegn og symptomer må også rettes mot både personer som har begynt å få unormale perseptuelle og kognitive opplevelser, mot personer som er nær ved å utvikle psykose eller som opplever klar funksjonsvikt. Videre må disse informasjonskampanjene om prodromal tegn og symptom rette seg mot andre potensielle henvisningskilder innenfor helsevesen, slik som skole, NAV, og frivillige organisasjoner (slik som Mental Helse, Pårørendeforeningen). Et slikt omfattende primærforebyggende tiltak kan rettferdiggjøres fordi TIPS-studien har vist at sekundær forebygging kan oppnås med å bruke disse strategiene. Informasjonskampanjene bruker tre konkrete strategier:

- A) Undervisning til aktuelle hjelpsøkende UHR personer og allmennheten om tidlige tegn på alvorlig psykisk lidelse, betydningen av det å få hjelp tidlig, og informasjon om tilgjengeligheten av lav-terskel oppdagelsesteam.
- B) Prosjektet gjennomfører målrettede utdanningsprogram for lærere og fastleger i kommunene om prodromal symptomer, samt om innhold og tilgjengelighet av behandlingsprogrammet.
- C) I tillegg tilbys det målrettet utdanning for klinikere for å lære dem å kjenne igjen og behandle personer med mulige prodromal symptom.

Rekruttering:

Hjelp-søkende personer i UHR gruppen tar kontakt med oppdagelsesteamene direkte eller etter henvisning fra andre som en respons på informasjonskampanjene. Mulige pasienter først gjennomgår en kortvarig screening pr telefon og / eller ved personlig oppmøte. De som

skårer positivt på den initiale screeningen blir invitert til en mer grundig vurdering basert på SIPS intervjuet (strukturert diagnostisk intervju). Pasienter som oppfyller disse UHR kriterier blir også spurt om de vil gi informert, frivillig samtykke til deltakelse i planlagt evaluering av prosjektet.

Inklusjons og eksklusjonskriterier.

- 1) Folkeregistrert og bosatt i opptaksområdene: Stavanger, Fonna.
- 2) Mellom 13 og 35 år.
- 3) Møter diagnostiske kriterier for UHR/prodromal syndrom i henhold til SIPS kriterier (Miller et al, 2003)
- 4) Fyller hverken nå eller tidligere kriterier for psykotisk lidelse.
- 5) UHR symptomene er ikke bedre forklart av en annen psykisk lidelse (DSM IV akse I, akse II eller rusmiddelbruk) med unntak av schizotypal personlighetsforstyrrelse.
- 6) Har ikke brukt antipsykotiske medisiner (uansett dose) i mer enn fire uker nå eller tidligere i livet.
- 7) Ingen kjente nevrologiske eller endokrine lidelser som kan forårsake aktuelle symptomer.
- 8) Er ikke mentalt tilbakestående med IQ under 70.
- 9) Kan forstå og snakke godt norsk.
- 10) Kan forstå og ønsker å signere et informert samtykke (for mindreårige må også samtykke fra pårørende foreligge).

Prodromal behandlings programmet.

Alle UHR pasienter i prosjektet blir tilbudt en oppfølging i prodromal behandlingsprogrammet i 2 år eller frem til eventuell konvertering til psykose (ved evt utvikling av psykose vil det i stedet gis ordinær psykosebehandling fra relevant klinisk enhet). I hele perioden blir deltakerne fulgt nøye opp for å vurdere klinisk status og tegn til psykoseutvikling. (For full oversikt over aktuelle instrument i monitoreringsprogrammet se eget vedlegg). Behandlingen bygger ellers på modellen prøvd ut i TIPS studien sammen med erfaringer fra behandlingsstudier av UHR pasienter. Behandlingsprogrammet inneholder derfor inneholde følgende elementer:

Generelle tiltak som tilbys til alle:

- 1) En-til-en monitorering av klinisk status (psykose, prodromal), symptomnivå (prodromal og psykotiske), farlighetsvurdering og funksjonssvikt, instrumentell og sosial fungering.
- 2) En-til-en støttende case management for å hjelpe til å håndtere kliniske, familiære, sosiale og skole/arbeidsrelaterte problemstillinger.
- 3) Kosttilskudd med ω -3 fettsyrer i doser som ikke gir risiko for noen kjente bivirkninger. I form av 2 gr fiske olje som inneholder ca 1.5 g Etyl-Eicosapentaeonic Acid/DHA med 80 mg Vitamin E pr dag i 12 uker.

Spesifikke behandlingsintervensjoner:

- 4) Individuell kognitiv atferdsterapi (KAT/CBT) for å håndtere vansker med å opprettholde god sosial og kognitiv fungering etter modell fra Morrison og kolleger (2004). Pasientene blir tilbudt 26 sesjoner av CBT i løpet av en seks måneders periode. Disse CBT sesjonene baseres på etablerte kognitive modeller, preget av et fokus på samarbeid, problemorientering, fokus på formulering, normalisering, undervisning, de er tidsbegrensede og bygger på en modell med sokratisk utspørring / veiledet oppdagelse.
- 5) Enkelt-familie arbeid for hjelpsøkende pasienter og deres familier med en klar psykoedukativ tilnærming rettet mot forståelse og mestring av aktuelle symptomer.

Intervensjoner ved vedvarende eller økende symptomatologi:

6) Angstdempende medikamenter og/eller antidepressiva brukes hos pasienter som har så mye symptomer at de i andre situasjoner ville ha vært foreskrevet dette av sin fastlege.

7) Antipsykotiske medikamenter tilbys dersom pasienten har SIPS positive symptom score på nivå med 5 (dvs like under psykosegrensen) allerede ved første kontakt, eller om en SIPS positive symptom score raskt øker fra et nivå på 3-4 opp til 5 spesielt. Valg av preparat og dose gjøres av psykiater med erfaring i psykosebehandling, basert på aktuell symptomprofil og pasientens ønsker.

Samarbeidspartnere:

En viktig aktør i utforming av den opprinnelige prosjektsøknad og plan var Helse Sørlandet, som var tiltenkt rolle som intervensjonssted og område for rekruttering av prosjektdeltakere. På slutten av 2011 og begynnelsen av 2012 trakk de seg fra prosjektet, noe som har resultert i et lavere antall identifiserte og inkluderte pasienter som oppfylte kriteriene for målgruppen og som var beskrevet i den opprinnelige prosjektsøknad (våren 2011).

Dette ble meldt tilbake til Extrastiftelsen ved rapport for prosjektår 1, og størrelse på opprinnelig budsjett ble nedjustert. Bevilget beløp fra Extrastiftelsen for 2013 og 2014 ble fastsatt ut fra en helhetsvurdering, og var ment å dekke lønnsutgiftene for én stilling. (Lønnsmidlene ble delt mellom intervensjonstedene Helse Fonna og Helse Stavanger, og dekket %-vise stillinger for CBT og Familiekoordinator samt lokal prosjektkoordinator på de to stedene).

Prosjektet har også mottatt forskningsmidler fra Helse Vest, og disse har i perioden 2012-2014 medgått til oppdekking av øvrige utgifter i prosjektet, herunder markedsførings, Omega3, reiseutgifter, blodprøver og resterende udekte lønnsmidlerhelse

Et sammendrag av de erfaringer som Helse Sørlandet gjorde er angitt under;

1) Fra Helse Sørlandet ved Oddvar Sæther, klinikkssjef, klinikk for psykisk helse om hvorfor de ikke inngikk i endelig prosjektdeltakelse januar 2012:

”For oss har tjenesteutvikling hele tiden vært min/vår hoveddrivkraft for å bli med i forskningsprosjektet. Det var en gylden mulighet for nettverksbygging og kvalitetsheving av vårt tilbud til personer med førstegangs psykose. Dette har også vært en vitamininnsprøytning i samarbeidet med TIPS Sørøst. Et samarbeid som vi ønsker, og har også gjort oss avhengig av. Det er stor velvilje både fra dere (Helse Stavanger) og TIPS Sørøst overfor oss her i sør, men vi vurderer det som litt for utfordrende å dels se vestover i samarbeid og samtidig ha blikket østover i klinisk utviklingsarbeid. Forskjellen i konklusjon Sørøst – Vest i forskningsdesignet vil også være litt komplisert for oss å forholde oss til.

Derfor velger vi å trekke oss ut av prosjektet slik det nå er.

Det er med tungt hjerte at vi havnet ned på denne konklusjonen. Frem til dags dato har prosjektet bare gitt oss gode gevinster lokalt. Allerede nå ser vi åpnere og mer interessert samarbeid mellom avdelinger innen Klinikk for psykisk helse. Dette tror vi pasientene tjener på og gir oss ny iver. Vi fortsetter oppbygging av strukturen her for å oppdage tidlig og behandle personer med førstegangs psykose. I dette arbeidet vil vi søke samarbeid med dere ved SUS også videre.»

Kap 3. Resultater og resultatvurdering

I perioden 2012-2014 er det innført et forebyggingsprogram med tidlig oppdagelsesstrategier og med kognitiv behandling, psykoedukativt familiearbeid eller lavdosert medikasjon til aktuelle pasienter. Personene som inngår i prosjektet følges opp etter 6,12 måneder og etter 24 måneder for å følge utviklingen av symptomer mot tilfriskning eller psykosegjennombrudd. I prosjektperioden har våre samarbeidende fastleger i regionen blitt invitert på fagmøter, samt vi har utarbeidet intern informasjon om vårt behandlingstilbud. Vi har gjennomført opplæring av terapeuter knyttet til familiebehandling. Professor Mary P. O'Brien, Department of Psychiatry, UCLA, California, USA, har bidratt til opplæringsseminar, og for veiledning til våre familiebehandlere. Tilsammen 19 behandlere i Helse Fonna og Helse Stavanger er nå utdannet i metoden en-familie arbeid. Professor Paul French, University of Manchester, England har bidratt til 2 opplæringsseminar, for nær 50 behandlere i kognitiv behandling, og som veileder for våre lokale kognitiv terapi koordinatore, veiledningsseminar for disse behandlere. Flere av våre terapeuter var på studiebesøk i Manchester med muligheter til å se praktisk bruk av metoden i klinikken. Vi har gjennomført årlig opplæring i aktuelle diagnostiske instrument som SIPS, SCID (strukturert diagnostisk intervju, voksne) og KiddieSads (strukturert diagnostisk intervju, barn og ungdom) instrumentene for utredere med møter i Bergen, Haugesund og Stavanger.

Pr 31.12.14 er meldt 971 pasienter til insidensdelen (Helse Bergen, Sykehuset Østfold, Helse Fonna og Helse Stavanger) av studien siden 2011, derav er det identifisert 753 pasienter med sannsynlig første- episode psykose. 120 pasienter har så langt samtykket til full inklusjon i insidensdelen av studien. Det gjenstår enda en del kvalitetssikring av diagnoser for pasienter som kom til behandling høsten 2014.

I intervensjonsdelen (POP, Helse Fonna og Helse Stavanger) av studien, har 1547 kontaktet den lokale TIPS-telefonen for hjelpesøking siden 2012. Det er av disse utredet 143 pasienter hjelpesøkende unge med mulig høy-risikotilstand. 77 pasienter er vurdert å oppfylle kriterier for inklusjon, og av disse har 53 samtykket til og deltakelse i prosjektet. Gjennomsnittsalder er 16.5 år.

Siden våren 2014 har en ved Helse Stavanger også hatt mulighet til å invitere med ungdommer i prosjektet og en gruppe «normale kontroller» til delta i en del-studie knyttet til en hjernebildeundersøkelse (f-MRI). Det konkrete f-MRI paradigmet som skal brukes innebærer en stimuleringsoppgave hvorpå aktivitetsmønsteret i hjernen studeres. Dette er designet for å studere mekanismer for utvikling av hallusinasjoner.

Pr 31.12.2014 har om lag 25 inkluderte deltakere i prosjektet og 15 normale kontroller gjennomført undersøkelse.

En viktig side ved prosjektet har vært å innføre og tilpasse familiebehandlingen til denne pasientgruppen. Erfaringene fra POP prosjektet har bidratt til at en nå har ervervet seg nok kunnskap på området slik at en kan tilby opplæring til nye behandlere fra hele landet, med interesse for metoden ved Familieskolen ved psykiatrisk divisjon, Helse Stavanger.

Som nevnt ovenfor har prosjektet hatt et nært samarbeid med professor Mary O'Brian, UCLA, USA, og som har bidratt med å kvalitetssikre opplæring av familiebehandlere.

Manualen for arbeidet er oversatt til norsk av våre prosjektmedarbeidere, og et utvalg av pasienter og deres familier har samtykket til at timene kunne bli videofilmet slik at vi har hatt mulighet til å evaluere kvaliteten av familiebehandlingen. Familieterapeut Hanne-Grete Lyse, Kompetencecenter for debuterende Psykose, Region Sjælland, Danmark har foretatt en evaluering av om terapeutenes evne til å følge den nye manualen.

Et utdrag av hennes oppsummering (på engelsk) følger her;

Rating of FTF single family interventions for POP patients

Background:

Family focused Therapy is used for high risk patients, admitted to POP clinic, Stavanger. The intervention is psychoeducative, lasts one year and consists of 18 sessions. The themes are psychoeducation, communication training and problemsolving, all described thoroughly in a manual for families with a young in risk of developing a psychosis.

The manual has a long introduction, work sheets and instruction for every session, and it is very straightforward to plan the actual session. One thing is to prepare the actual session, another is to make the psychoeducation fit this particular family. There is room for flexibility, and the aim is to relate to the particular family as well as possible. It is possible to alter the sequences of the themes of the manual, if this fits the family better.

One challenge for the therapists is to maintain the balance between structure and flexibility. Not to be overwhelmed by all the text, work sheets and training you are supposed to cover in a single session, but to point out those themes most relevant for the particular family. This also holds for the sequence of the themes; the therapists may change the theme, if e.g. it is more relevant to make training of communication earlier than psychoeducation.

Another challenge is how to handle feelings. The tone of the intervention is supposed to be 'low-key' to prevent strong intensity and stress for the young one. It might be understood in a way, that you under all circumstances has to calm down strong emotions. But the competent therapist facilitates the feelings and verbalizes them, sometimes to work with them later, when the family has learnt a method to handle them easier, e.g.: To listen actively.

Method:

Four family interventions with four different group leaders were rated from videotapes. The full intervention were delivered in 2 cases with the young ones and both their parents, all 18 sessions. The group leaders managed the interventions very well and were rated high both in psychoeducation, communication training and problemsolving. The general skills (creating working alliance, pacing, homework, ability to specify a problem, managing the sessions, overall assessment) were rated high as well. The therapists were able to follow the manual, show flexibility, empathy and give the family increasing responsibility.

In the 2 other courses there were taped 8 and 10 sessions; one with the patient and her mother, the other the patient and both parents. The degree of the families' problems was rated rather high, influencing the result. It was hard work making a working alliance during the family's intensive climate, and a struggle to make the family members listen and communicate. The group leaders were competent in all three areas: psychoeducation, communication and problemsolving. The challenge was to motivate the family for this kind of work, and to respect that the patient was the main person- not to bring the relatives in focus.

What could have prevented some of the difficulties was to have created a more stable working alliance with the relatives –and the patient separately- on beforehand. It might be very valuable to listen to the relatives' experience of the problems and explain how useful their support is.

Another important thing might be to get further education in general skills. Especially how to handle strong emotions in a psychoeducative frame and how to solve conflicts during the sessions.

Okt.2014 Hanne-Grete Lyse “

Videre har en av våre familieterapeuter i perioden 2012-2014 gjennomført sin mastergradutdanning i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, våren 2014 leverte hun inn sin mastergradsoppgave som har hatt fokus på ungdommer fra POP prosjektet sin deltakelse i familiearbeid. Mastergradsoppgaven hadde som tittel;

«NÅ forstår de meg

Hvordan ungdom og unge voksne som står i fare for å utvikle psykose opplever egen skole og sosial fungering, etter å ha deltatt i psykoedukativ familiebehandling.»

Denne oppgaven er utformet i artikkel format og artikkel er nå innsendt til fagfellevurdering for publisering i internasjonalt tidsskrift. Denne del-studien hadde som hensikt å undersøke nærmere om familiebehandlingen har nytteverdi for ungdommene ved at de bedre mestrer skole og sosialt samvær. Prosjektdeltakerne rapporterer at betydningen av å delta i behandling sammen med foreldrene er viktig for dem. Jo mer foreldrene lærer om ungdommens symptomer, dess mer støtte og forståelse opplever ungdommene at de får. De fleste ungdommene opplever bedre mestring i forhold til skole og sosialt samvær. Ungdommene i denne studien rapporterte at det å delta i psykoedukativ familiebehandling i enkeltfamiliegrupper har hatt stor nytteverdi.

En av ungdommene i prosjektet forteller om at hele familien et stort behov for hjelp.

«For på denne tiden for et år siden, slik som det er nå, så er det en helt syk forandring og jeg tror det har mye å gjøre med behandlingen. De (foreldrene) er og ganske enig i at ting har forandret seg i en positiv retning, at alle ting har blitt bedre. Problemene er ikke slik som de var før. Da hadde vi et stort behov for hjelp, nå tror jeg egentlig at det er blitt så bra som det kunne ha blitt i forhold til den hjelpen vi har fått».

POP prosjektet er presentert på nasjonale konferanser om Tidlig intervensjon, samt som posterpresentasjon på internasjonale fagkonferanser, (aktuelle postere er vedlagt i denne sluttrapporten som vedlegg). Høsten 2014 ble prosjektets protokoll innsendt til online tidsskrift for vurdering av publisering.

Samarbeidspartnere:

Fra de øvrige samarbeidspartnere er følgende erfaringer meldt tilbake til prosjektledelsen:

2) Fra Sykehuset Østfold (Insidens sted) ved lokal koordinator Espen Bjerke;

«POP-STUDIEN – EVALUERING ØSTFOLD – JANUAR 2015

Bakgrunn: Sykehuset Østfold har deltatt i POP med kontroll-data, dvs. med insidensundersøkelser vedrørende pasienter med førstegangs psykotisk lidelse, siden 2010/11. Østfold iverksatte flere tiltak med sikte på tidlig intervensjon ved psykoser 2007, med etablering av TIPS-team ved Sykehuset Østfold, TIPS-telefon, TIPS-nettverk, halvårslige nettverksmøter med inviterte foredragsholdere m.v.

Metode: Nysyke pasienter med F2-diagnose (ICD-10) er blitt registrert fra 2010/11.

Anonymiserte data er lagt inn i SPSS-fil og rapportert jevnlig til prosjektleder i Stavanger.

Resultater: Tallet på nysyke pasienter med F2-diagnose i Østfold har ligget stabilt rundt 30 pr år - 2011-14: 30-32-34-27. (Tallet for 2014 er et estimat i det registreringen ikke er helt slutført pr dato).

Diskusjon: Selv om Østfold hadde fokus på tidlig intervensjon før POP-studien startet, har trolig vår deltakelse bevisstgjort oss i ennå større grad på betydningen av tidlig oppdagelse av høyrisiko-symptomer.»

3) Fra Helse Bergen HF (insidens sted), ved lokal koordinator Egil Anders Haugen;

Bergen 22.12.14

«Gjennom deltakelse i POP-studien, har Bergen fått en god oversikt over antall nysyke psykose pasienter i Helse Bergen, inkludert dei private stiftelsene Betanien, Solli og Bjørkeli.

Ein person har vore ansatt i ei 50% stilling som prosjektmedarbeider. Denne har hatt ansvar for innsamling av data og metode som er brukt til dette. Metoden er datainnsamling via det elektroniske pasientjournalsystemet DIPS. Uttrekk av pasientdata er gjort ved hjelp av rapporter generert i DIPS, der ein kan søke opp pasienter fra bestemte opptaksområde, i eit gitt tidsrom og med ein gitt diagnose (i dette tilfellet diagnoser i ICD 10 benevnt F20-29 som beskriver schizofreni-spekteret. Desse pasientane har da prosjektmedarbeider gått igjennom for å sortere dei etter diagnose, dato for diagnose og sted. Dette har etter hvert blitt systematisert inn i eit variabel-skjema basert på SPSS som er eigna til å lage statistikk og sortere pasientinformasjonen som trengs. Konklusjonen frå dette arbeidet er så bearbeidet og sammenlignet med Stavanger, Fonna og Østfold og danner grunnlag for ein statistikk over hvor mange pasienter med diagnose innenfor schizofreni-spekteret som blir oppdaget hvert år. (herunder frå og med 2011 til og med 2014. Prosjektmedarbeider har gjennom dette arbeidet opparbeidet seg ein grundig kunnskap om datainnsamling, sortering av data og innsikt i pasientjournalsystemet DIPS.

Dette har vore ei viktig erfaring i forhold til Helse Bergen si nystarta avdelinga for tidleg oppdaging av psykose. Denne avdelinga vart opna i 2012, med 2 sengepostar og ein poliklinikk med fokus på utredning av nyspsykotiske pasientar. I tillegg har ein også eit tidleg oppdagingsteam (TOPS), som er eit lavterskel-tilbud. Avdelinga har sidan starten hatt eit ønske om å vite kor mange pasienter med nyspsykose vi får, om desse pasientane får rett type hjelp? Kor lenge dei har vore sjuke før dei vert oppdaga og får hjelp? Og ikkje minst om behandlingsapparatet følgjer dei nasjonale retningslinjene for utredning og behandling av psykose? Dette arbeidet har då dratt vekslar på POP-studien, ved at POP-prosjektmedarbeidarar har hatt 50% stilling knytt til eit kvalitetsprosjekt.

Resultatet av dette prosjektet er foreløpig eit grundig og stort datagrunnlag der ein etterkvart har fått ei svært god oversikt over pasientar med ny-psykose-problematikk i Helse Bergen sitt område og herunder kva type utredning dei har fått og etterkvart kva type behandling dei får og korleis det går med kvar enkelt pasient. Etterkvart er målet også å følge opp kvar enkelt pasient som ønsker det, med årlige kontroller og spørreundersøkelser for å måle pasient-tilfredshet.

Slik sett kan ein seie at POP-studien har vore ei viktig drahjelp til å utvikle eit eige kvalitetsprosjekt i Helse Bergen som har gitt avdeling for tidleg psykose eit verktøy til å identifisere gode og mindre gode sider ved utredning og behandling og dermed være i stand til å rette inn ressursar mot dei sidene ved utredning og behandling som trengs utviklast.»

4) Fra POP intervensjons sted Helse Fonna, ved Kornelie Rossebø Sætre, prosjektkoordinator

«Rapport PoP studien, 22.12.2014

Oppstart av studien våren 2012:

- Opplæring i PANSS (strukturert intervju for vurdering av positive og negative symptom ved psykose) og SCID i 2011 og 2012. Totalt 74 behandlere i Helse-Fonna deltok.
- Opplæring i Kiddie SADS til ansatte i BUP. Flere dro til Bergen for opplæring.
- Sips opplæring via SUS og T.K.Larsen ble også gitt til flere behandlere i klinikken.
- Fem psykiatriske sykepleiere på Stord DPS og Haugaland-DPS meldte seg på familieopplæringen for å kunne gi intervensjon til familiene som ble inkludert. To av disse har nå fullført en gruppe hver, en er godkjent veileder. En driver nå fler-familiegrupper på Haugaland-Dps.
- Fem behandlere fra 4 ulike enheter deltok på opplæring i CBT intervensjonen etter en modell fra Manchester. En behandler reiste over til Manchester sammen med Stavanger. To har gjennomført et års behandlingsforløp med POP deltaker.

Klinikken har også lagt pop screenings verktøyet inn som maler i utredningsrutinene for psykose.

Tilbakemeldingen fra Spesialisert behandling, Valen har vært at Pop studien ikke har hatt betydning i forhold til kompetanseheving eller tidlig oppdagelse av psykose her. Hva handler dette om? Sammenheng med at Spesialisert behandling har ansvar for allerede diagnostiserte pasienter?

Lokal prosjektkoordinator gjennom disse årene har jevnlig hatt informasjonsmøter med seksjonsledere og direktør. Informasjon om psykisk helse og psykose for ca.2500 elever ved videregående skoler i nord Rogaland og deler av Hordaland. Ellers har jeg hatt jevnlig undervisninger for personalet på de ulike enhetene, Kommunene i området, og helsestasjoner for ungdom. Bla. har Helsesjefen i Haugesund kommune deltok på info. møte. Det er sendt ut screeningverktøy og informasjon til 85 legesentre i opptaksområdet. Disse har hatt direkte tlf. til koordinator. Koordinator har gjort flere sips og panns intervjuer på helsestasjoner, Dps og fastlegekontor i Sauda, på Bømlo og Stord, Karmøy m.m. Flere av de som koordinator var i kontakt med kom raskt inn til behandling via HDPS. Varigheten av psykose ble derfor kort. Har også presentert studien på landsdekkende Familie konferanse.

Hvorfor får vi så ikke henvist flere aktuelle hjelpsøkende pasienter som er aktuelle for POP prosjektet?

- Mangler struktur rundt tidlig oppdagelse og dermed også inklusjon av UHR pasienter.
- Geografiske utfordringer, langt mellom enhetene
- Kulturelle utfordringer
- Mangel på gode rutiner i forhold til å spørre pasienter om deltagelse i studien
- Gjennomtrekk av behandlere
- Utfordringer i samarbeid med Bup
- Manglende bruk av rutiner for registrering av VUP i klinikken

Seksjonsleder Heine Hagenberg, Spesialisert Behandling, Klinikk for Psykisk Helsevern – Haugesund skriver: *«Jeg mener at POP har vært med på både å heve kompetansen og øke fokuset på psykoselidelser. Jeg tror det har vært nyttig også for å få fokus på at den tidligere fasen er viktig. Det har også bidratt til å bygge nettverk, noe som jeg mener er svært viktig».*

Pop kontakt Stord Dps: Deltatt på Tips arbeidskonferanser, internasjonale konferanser, har og fått andre oppgaver som eg ikkje hadde før, som eg finner spennande. Drevet gruppe med familie som hadde ungdom med risiko for psykose. *«Har fått kandidatar til pop prosjektet, men vanskelig å følgje dei opp pga. vanskelig å få kontakt med dei etter utskriving».*

En behandler skriver: *«Eg har etter opplæring i SIPS, teke 6 intervju. Ingen var aktuelle kandidatar for CBT. Men eg opplever SIPS og CBT som kompetanseheving og viktig kunnskap. Er no gått over i FACT- teamet (prosjekt) – Fleksibelt aktivt oppsøkande behandlingsteam og vil tru eg får bruk for kompetansen her».*
Med venlig hilsen Kornelie Rossebø Sætre, prosjektkoordinator, Helse-Fonna

Kap 4. Oppsummering/Konklusjon/Videre planer

Oppsummeringsvis vil vi si at samlet sett har POP prosjektet bidratt med at en har beveget seg i enda et rett skritt mot å kunne hevde at vi nå tilbyr primærprevensjon ved psykose. Prosjektet har gjennom blant annet gjennom opplæring av behandlere, og våre informasjonskampanjer i media bidratt til et økt fokus på de tidlige faser ved utvikling av alvorlig psykisk lidelse. Vi ser at gjennomsnittsalder for våre henvisninger har beveget seg nedover i alder ned mot 16 år. Samarbeidet med spesielt BUPA området og skolene har forbedret seg.

Likevel er det fremdeles utfordringer knyttet til disse tidlige fasene i en mulig utvikling av alvorlig psykisk lidelse. Vi har enda et unyttet potensiale i å finne enda flere ungdommer som oppfyller kriteriene for Høy risiko tstanden som vi inkluderer i prosjektet. Vi ser at antall henvendelser og endelige inkluderte i prosjektet ikke har nådd det maksimalt forventede mål, og mulige grunner til dette kan ligge i at våre behandlere i deler av systemet er skeptiske til denne behandling, at det er stigma mekanismer blant aktuelle brukere, deres familier og for eksempel ansatte i skoleverket.

Prosjektet vil bli videreført ved at forskningsoppgavene ved prosjektet har en videre finansiering fra Helse Vest i 2015 og 2016. Vi vil fortsette å inkludere pasienter i opptaksområdet frem til en nok pasienter til å foreta nødvendige statistiske tester i studien. (Omlag 100, og disse vil bli fulgt opp etter prosjektprotokollen opp mot 2 år etter inklusjon). Det vil bli søkt aktuelle kilder for finansiering av PhD kandidater til det innsamlede datamateriale. Publikasjoner fra studien vil komme fra 2015 og utover. Ved Helse Stavanger HF, psykiatrisk divisjon, familiepoliklinikken er en-familiearbeid innført og forankret som en del av den videre kliniske drift. Opplæring i metoden tilbys nye deltakere som del av divisjonens opplæringstilbud.

Gjennom POP prosjektet er det også knyttet internasjonale forbindelser, både mot Universitet i Manchester, England, Durham University, England og UCAL og Yale, USA. Våren 2014 var prosjektleder og prosjektmiljøet i Stavanger, Fonna og Bergen med som prosjektpartnere i EU Horizon2020 søknad knyttet til intervensjon rettet mot ungdommer med UHR tilstand. Søknaden gikk videre til Stage2 vurdering, men fikk ikke endelig finansiering. Miljøet omkring denne søknad fra England, Nederland Spania, Italia og Norge vil fortsette samarbeid og kontakt i 2015 mot nye muligheter for samarbeid og finansiering av studien.

Referanser/litteratur

Amminger,G.P., Schafer,M.R et al (2010). Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders. *Arch.Gen.Psychiatry*, 67(2), 146-154.

McGlashan,T.H., Zipursky,R.B. et al (2006). Randomized, double-blind trial of olanzapine vs placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatr*, 163, 790-799.

McGorry,P.D. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophr.Res*.Apr 22. [Epub ahead of print]

McGorry,P.D., Yung,A.R., et al. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59(10), 921-928.

Morrison,A.P., French,P., et al (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 185, 291-297.



Vedlegg

Fra aktuelle møter/ konferanser:

Den 14.04 – 18.04 ble 3rd Biennial Schizophrenia International Research Conference holdt i Firenze.

Aktuelt abstract fra denne:

How Effective are Omega-3 Fatty Acids for the Treatment of the Psychosis Prodrome?

Paul G. Amminger, C.M. Klier, B. Nelson, A.R. Yung, H.P. Yuen, P.D. McGorry, M.R. Schäfer
Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Australia

Potentially chronic diseases often have a critical point in their course beyond which treatment becomes less effective. In support of this, early treatment in schizophrenia and other psychoses has been linked to better outcome. Intervention prior to the first episode therefore holds the promise of even better outcomes, with the potential to prevent psychotic disorders. In the 1990s, criteria were developed and tested in a series of prospective naturalistic studies which identified a clinical population with subthreshold symptoms at ultra-high risk for psychosis. The emergence of simultaneous brain volume changes in those ultra-high risk individuals who develop psychosis indicate an active biological process, and underline the importance of pre-onset treatment.

However, pre-psychotic intervention has also been questioned, as using current criteria, only 20-50% of individuals classified as prodromal develop a psychotic disorder within a 1-2 year period.

Therefore, in the pre-psychotic phase, treatment agents not have major side effects. Bioactive lipids are molecules that have both intra- and intercellular roles, including mediation, modulation and control of neurobiological processes, such as ion channel and receptor activity, neurotransmitter release, synaptic

plasticity, second messenger pathways and neuronal gene expression. Long-chain omega-3 polyunsaturated fatty acids (PUFAs) have been shown to be effective for both mood and psychotic symptoms, and they have neuroprotective properties. Because of the controversy concerning the extent to which an intervention may cause harm that outweighs its benefits, omega-3 PUFAs are prime candidates for evaluation in putatively prodromal individuals. We have shown that supplementation with long-chain omega-3 PUFAs can reduce the risk of progression to psychotic disorder, and offers a safe and efficacious strategy for indicated prevention in individuals at ultra-high risk of developing a psychotic illness (1).

Extending this first evidence, we address if baseline erythrocyte membrane fatty acids predict transition to psychotic disorder, and if treatment with omega-3s is a robust predictor of outcome when additional factors such as baseline psychopathology, functioning and substance use are taken into account.

Kontaktinformasjon POP

Kornelie Rossebø Sætre,
907 61 525 / 907 62 184
Helse Fonna HF
Haukeland sjukehus

Vi ønsker med dette nyhetsbrev å bringe dere fortløpende oppdateringer om fremdriften i POP-studien. I nyhetbrevene som kommer vil vi forsøke å informere dere om aktuelle kurs, om nasjonale og internasjonale nyheter knyttet til Prodromalfeltet.

Pr 15 juni 2012 har POP studien begynt å motta henvisinger både internt fra BUPA, Voksenfeltet og fra primærhelsetjenesten. De første pasientene er inkludert og mottar behandling både i Fonna og Stavanger. Vi ber at en må være spesielt oppmerksomme på alvorlige depresjonstilstander og angstlidelser i ungdomspopulasjonen, dvs i de ungdomspsykiatriske poliklinikker, der en mistenker at mulig psykosesyntomer kan være under utvikling.

FMRI et nytt forskningsområde:

Ett antal av deltagarna i POP-studien kommer att bli tillfrågade om att genomgå en FMRI-undersökning (se faktaruta). FMRI som metod har i flera tidigare studier visat på skillnader i hjärnaktivitet mellan patienter med schizofreni och normala kontroller. På senare år har det även publicerats FMRI-studier på prodromala patienter. I POP-studien har vi genom det stora patientflöde TIPS-projektet gett oss sedan över 10 år tillbaka, en unik möjlighet att undersöka eventuella neuronala avvikelser före en psykos manifesterar sig i en stor grupp av patienter med risiko-symptom på psykos.

Undersökningen genomförs på Röntgenavdelningen på SUS av en psykolog och en radiograf. Under försöket ligger deltagaren på

en undersökningsbänk som skjuts in i centrum av magnetkameran. Över huvudet placeras ett antennsystem (spole) som är nödvändig för bildregistreringen. Proceduren och utrustningen skiljer sig inte från de rutinmässiga undersökningar som görs på sjukhus varje dag, världen över. Undersökningen tar ca 1 timme. Under den tiden ligger deltagaren på en bänk och behöver antingen inte göra någonting eller också eventuellt ägna sig åt någon uppgift. Det finns inga kända biverkningar av MR-undersökningar. Den enda teoretiska risken för komplikation är i det fall deltagaren har inopererade metallföremål, såsom pacemaker ol..

Magnetresonans imaging (MRI) är en avbildningsteknik i medicinsk miljö som producerar högkvalitativa bilder av kroppens insida. för att inhämta volymetrisk information. Magnetkameran kan även användas för funktionell avbildning, så kallad FMRI, som till exempel kan visa hjärnans aktivitet under olika betingelser.

Med POP-studien kommer att introducera FMRI som ny forskningsmetod på Stavanger Universitetssjukhus. Vi välkomnar därför även andra forskningsgrupper att utnyttja möjligheterna med funktionell MR.

Kontaktpersoner för FMRI är:

Jens Gisselgård

Psykolog, dr. med. TIPS

Kolbjørn Brønnick

Psykolog, professor. TIPS

Aktuelle Kurs:

Endelig program før den 8 nasjonale TIPS konferansen er nå ferdig



Mer info på www.tips-info.com

Kurs i Kiddie-SADS - for behandlere i BUP (Bergen, Fonna, Stavanger, Østfold) med utredningsansvar i POP.

Kursforeleser: Kjersti Karlsen. Psykologspesialist m/fordypning barn og ungdom Klinikk psykisk helse og avhengighet TIPS Sør-Øst - kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose

Kidde-SADS er et semistrukturert intervju og et godt hjelpemiddel ved diagnostisering og differensialdiagnostisering ved de alvorligste psykiske lidelsene.

Kurset går over to dager med et par måneders mellomrom. Kursdeltakerne må forplikte seg til å gjøre to

intervjuer i perioden mellom de to kursdagene. Deltakernes erfaringer med intervjuet vil i stor grad være tema dag 2.

Kursdager:

1ste dag Uke 38 tirsdag 18.09
2dre dag Uke 44 tirsdag 30.10

Begge dager obligatorisk. Deltakerne forplikter seg til å praktisere intervjuet mellom dag 1 og dag 2 av kurset.

Tidspunkt: 0900 – 1530 begge dager
Sted: Bergen; nærmere info om lokaler kommer senere, POP dekker ugifter til kurs og reise for utredere i POP studien mot kvittering/reiserekning
Påmelding til Kjersti Nedrebø: kjersti.nedreboe@sus.no innen 01.09.2012

Kurs i SIPS

SIPS er et *Strukturert Intervju for Psykoserisiko Syndromer*. Det brukes til å kartlegge og vurdere symptomer på mulig psykoseutvikling. Aktuelt for utredere i Pop studien i Fonna og Stavanger spesielt.

Kursforeleser: Faglig ansvarlig er professor dr. med Tor Ketil Larsen og psykologspesialist Lill Kjersti Skryten

Kursdager: 24. og 25. oktober. Begge dager er obligatorisk

Tid: 0900 - 1500 begge dager
Sted: ; nærmere info om lokaler kommer senere. Kursavgift: Gratis for POP utredere.

Pris: 3000 kroner for eksterne deltakere inkluderer undervisningsmaterieill, SIPS - DVD, kaffe, frukt, lunsj,

Påmelding til Kjersti Nedrebø: kjersti.nedreboe@sus.no innen 01.10.2012

Vi ønsker med dette nyhetsbrevet å bringe dere fortløpende oppdateringer om fremdriften i POP-studien. I nyhetsbrevene som kommer vil vi forsøke å informere dere om aktuelle kurs, om nasjonale og internasjonale nyheter knyttet til Prodromalfeltet.

Siste nytt CBT

Det er nå totalt 14 terapeuter i Helse Fonna og Stavanger som jobber med å lære seg kognitiv behandling mot psykoserisiko, og det er flere pasienter som allerede mottar behandlingen gjennom POP-studiet. Kognitiv terapi er en behandling som har vist å være nyttig for å forebygge psykose, i tillegg til å være god hjelp mot andre vansker som f.eks. angst og depresjon. Behandlingen varer ofte i ett halvt år med ukentlige samtaler. Gjennomsnittet ligger på 12 timer, og noen har opp til 30 eller flere timer. Dette vurderes etter behov og nytteverdi.

Terapien sees som ett samarbeidsprosjekt mellom terapeut og klient, med fokus på felles lagte målsetninger. Et viktig utgangspunkt for den kognitive tilnærmingen er at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering; det dreier seg om gradsforskjeller og ikke vesensforskjeller. Nyere forskning har vist at det er vanlig å psykoselignende opplevelser i normalbefolkningen, og metoden legger vekt på en normalpsykologisk

forståelse på de vanskene klienten opplever.

Klienten støttes i å mestre sine livsproblemer, og samtidig hjelpe til å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd som er forbundet med problemene. Det gis også hjemmeoppgaver mellom timene som en måte å øve på mestringsstrategier på eller utforske tanke og handlingsmønstrene.

Alle sesjonene blir filmet. Videoene brukes i veiledning slik at terapeuten kan få innspill til hvordan de kan gi enda bedre oppfølging. Videoene blir dermed brukt både for å kvalitetssikre behandlingen, og for å bidra til læring.

Behandlingsmanualen som brukes i POP-studiet er utarbeidet av Paul French og Anthony Morrison. De er del av et behandlings- og forskningsmiljø knyttet til University of Manchester, et miljø som er internasjonalt ledende i bruk av kognitiv terapi for å forebygge psykoser. Vi har vært så heldige å få besøk av Paul French 2 ganger i Stavanger, og planlegger også ett nytt møte i november i Haugesund. Vi krysser også fingrene for å få til en tur til Manchester for å lære oss mer.

Ivar Elvik
Koordinator for veiledning og CBT behandling

Nytt fra Oppdagelsesteamet TIPS Stavanger

POP studien har nå rekruttert deltakere i 6 måneder. De første 10 pasientene er godt i gang med familiearbeid, CBT, og intensiv oppfølging av våre medarbeidere i Oppdagelsesteamene. Tilbakemeldingene så langt er positive, og selv om noen synes opplegget i POP kan virke intensivt så har vi ingen dropouts eller negative tilbakemeldinger til oss

Lavterskeltilbudet ved Nytorget Legesenter, Stavanger i gang fra 24/9-12. Tilbudet er tenkt som et konsultasjonskontor med personell fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk(BUP), Psykiatrisk Ungdoms Team (PUT) og en person fra oppdagerteamet i TIPS er tilstede ukentlig. De fleste aspekter med barn- og ungdom, samt rus og voksenpsykiatri vil være tilgjengelig hver mandag. Det er planlagt informasjonsmateriell om tilbudet.

I år som foregående år vil TIPS ha egen stand i forbindelse med Schizofrenidagene. TIPS vil også ha stand ved skoledagen, som er en egen dag for elever i den videregående skole. Det er det 13. året på rad det avholdes skoledagene, i 2011 var det 1600 elever påmeldt til arrangementet. En av fem unge sliter psykisk. Vi ønsker med denne dagen å sette fokus på psykisk helse, og håper det kan bidra til større åpenhet og kunnskap, og til å bygge ned fordommer.

Robert Jørgensen

Leder TIPS Oppdagelsesteam
Stavanger

Aktuelle Kurs:

Kiddie-Sads kurs januar 2013 og SIPS kurs høsten 2012.

Kurs i Kiddie-SADS - for behandlere i BUP (Bergen, Fonna, Stavanger, Østfold) med utredningsansvar i POP 10.01.13 og 07.02.13.

Kursforeleser: Kjersti Karlsen.
Psykologspesialist m/fordypning barn og ungdom Klinikk psykisk helse og avhengighet TIPS Sør-Øst - kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose.



Kidde-SADS er et semistrukturert intervju og et godt hjelpemiddel ved diagnostisering og differensialdiagnostisering ved de alvorligste psykiske lidelsene

Kurset går over to dager med et par måneders mellomrom. Kursdeltakerne må forplikte seg til å gjøre to intervjuer i perioden mellom de to kursdagene. Deltakernes erfaringer med intervjuet vil i stor grad være tema dag 2.

Kursdager:
10.01.13 og 07.02.13

Begge dager obligatorisk.
Deltakerne forplikter seg til å praktisere intervjuet mellom dag 1 og dag 2 av kurset.
Tidspunkt: 0900 – 1530 begge dager

Sted: Bergen; nærmere info om lokaler kommer senere, POP dekker utgifter til kurs og reise for utredere i POP studien mot kvittering/reiseregning
Påmelding til Kjersti Nedrebø:
kjersti.nedreboe@sus.no

innen 01.09.2012

Kurs i SIPS.

SIPS er et *Struktureret Intervju for Psykoserisiko Syndromer*. Det brukes til å kartlegge og vurdere symptomer på mulig psykoseutvikling. Aktuelt for utredere i Pop studien i Fonna og Stavanger spesielt.

Faglig ansvarlig er professor dr. med Tor Ketil Larsen og psykologspesialist Lill Kjersti Skryten

Kursdager: 24. og 25. oktober. Begge dager er obligatorisk Tid: 0900 - 1500 begge dager Sted: ; Kurssted: Sola Airport Hotel. Kursavgift: Gratis for POP utredere. Pris: 3000 kroner for eksterne deltakere inkluderer undervisningsmateriell, SIPS - DVD, kaffe, frukt, lunsj, Påmelding til Kjersti Nedrebø kjersti.nedreboe@sus.no innen 01.10.2012

Kontaktinformasjon POP

Helse Fonna HF
Kornelie Rossebø Sætre,
907 61 525 / 907 62 184

Helse Stavanger HF
Oppdagelsesteamet TIPS
51515959



POP tur til Manchester

Onsdag 24 Oktober dro en opplagt POP gjeng tidlig avgårde med fly fra Sola til Manchester. Her skulle vi være i 3 dager for kurs i kognitiv terapi. Været viste seg fra sin bedre side med en tørr, klar høstluft og masse flotte farger. Vi bodde på Garden hotell som lå midt i hjerte av den flotte byen som også er blitt kalt *Cottonopolis*. Navnet kommer fra den industrielle revolusjonen som startet i Manchester hvor det bl.a. var stor import av bomull.

Etter innsjekk på hotellet og en felles matbit, dro noen ut for og utforske byen. Andre tok seg en høneblund på hotellet, og et par av oss gikk videre for å studere det lokale pubmiljøet. Samme kveld gikk turen til Jamies Italian som er en restaurant drevet av Jamie Oliver. Her fikk vi servert herlig italiensk mat etter kokkens egne oppskrifter i flotte rustikke omgivelser.



Neste morgen var det kursstart. Samantha E. Bowe og Sophie Parker presenterte oss for hvordan de jobber med pasienter i prodromal fase hvor de la frem en case med stemme høring. Deretter hadde de et rollespill for oss, hvor Samantha var terapeut og Sophie pasient. Slik fikk vi se hvordan kognitiv terapi fungerer i praksis. Etterpå skulle vi i gruppen komme med spørsmål og eventuelle forslag. Deretter fikk vi se en DVD hvor kognitiv terapi fokuserte på paranoide vrangforestillinger. Etterpå skulle vi evaluere sesjonen ved bruk av CTARPAS som er et evalueringsverktøy. Kurset ble avsluttet med en DVD som viste Tony Morrison's integrerende psykose modell i praksis.

Påfølgende kveld ble hele gruppen spandert middag på av Paul French og co. Turen gikk til Yang Sing, en China restaurant som serverte oss den ene smakfulle retten etter den andre. Det var med andre ord ingen som gikk sultne til sengs den kvelden.



Neste morgen ble vi hentet av Paul og hans kollega for en site visitt hvor vi

fikk hilse på teamet som jobber med outrisk gruppen. I den anledning besøkte vi Etihad Stadium som er hjemmebanen til Manchester City, også kjent som «The sky blues». Dette er også fotballaget som Paul French er tilhenger av.

Med andre ord; en kjempeflott tur som var innholdsrik både faglig og kulturelt. Vi takker Paul French og hans kollegaer for en kjempefin mottakelse og ser frem til videre samarbeid.

Ivar Elvik og Kjersti Nedrebø
Referenter

San Francisco and the 8th International Conference on Early Psychosis – From Neurobiology to Public Policy. 11-13 Oktober 2012

I forbindelse med IEPA konferansen i San Francisco var TIPS representert både med poster og symposium presentasjon. Et utdrag av de antatte posterne er beskrevet, og publisert i tidsskriftet *Early Intervention in Psychiatry*, oktober nummeret <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.2012.6.issue-s1/issuetoc>. Våre erfaringer fra selve konferansen var gode.

Neurocognition

A14

Cognitive correlates of auditory hallucinations in first episode psychosis

Jens Gisselgård,¹ Tor Ketil Larsen,¹ Kolbjørn Brønnick,^{1,2} Johannes Langeveld,¹ Wenche T. Velden Hegelstad,¹ Inge Joa,^{1,2} Jan Olav Johannessen^{1,2}

¹Stavanger University Hospital, ²University of Stavanger

Auditory verbal hallucinations (AVH) are a characteristic symptom in schizophrenia. In schizophrenia patients, a range of different cognitive deficits have been associated with AVH. Still, the perceptual/cognitive mechanism behind these symptoms remains poorly understood. In the present study, we investigated cognitive correlates of AVH in a large-scale population study of first episode psychosis (FEP) by comparing test results from two similar neuropsychological test batteries with the degree of AVH as reported in the P3-subscale of the PANSS interview. Patients were grouped into two sub-groups based on their scores on the hallucination item in the PANSS. Both sub-groups were compared to a matched group of 30 healthy control subjects. In data from one test battery collected on a subset of 47 FEP patients, the single cognitive measure found to correlate significantly with degree of AVH was the digit span task. Compared to non-hallucinatory patients, patients with AVH produced significantly lower scores on this task, while no significant difference was found between non-hallucinatory patients and healthy control subjects. In a second set of data using a similar test battery with 39 FEP patients, this finding was replicated revealing a significant negative correlation between scores on the digit span task ($r_s = -0.46$, backward > forward) as well as the letter-number sequencing task ($r_s = -0.44$) and PANSS P3-subscale ratings. Consistent with cognitive data from healthy individuals with AVH, the present results suggest that auditory verbal hallucinations are specifically associated with cognitive processes involving the maintenance and simultaneous manipulation of phonological representations during a verbal working memory task.

© 2012 The Authors

Early Intervention in Psychiatry © 2012 Wiley Publishing Asia Pty Ltd
Early Intervention in Psychiatry 2012; 6 (Suppl. 1): 38–126

A55

Characteristic of first-episode psychosis patients reporting violent/threatening behavior

Johannes Langeveld,¹ Inge Joa,^{1,2} Jan Olav Johannessen,^{2,3} Svein Friis,^{4,5} Wenche ten Velden Hegelstad,¹ Ingrid Melle,^{4,6} Stein Opjordsmoen,^{4,6} Tor Ketil Larsen,^{1,6} Per Vaglum,⁵ Bjørn Auestad,² Stål Bjørkly,⁷ Tom McGlashan⁸

¹Stavanger University Hospital, Norway, ²University of Stavanger, ³Stavanger University Hospital, ⁴Oslo University Hospital, Ullevål, ⁵University of Oslo, ⁶University of Bergen, ⁷Molde University, ⁸Yale University, New Haven, CT

Background: Research on factors predicting violent acts in patients with schizophrenia and other psychoses has not been conclusive. The risk for future violent acts in psychotic patients affects treatment and rehabilitation, and has implications for community safety. Therefore, the need for more research in this area is eminent.

Aim: To explore the demographic and clinical characteristics of first-episode psychotic patients who reported any violent behavior ten year after being included in an ongoing study.

Method: We interviewed an epidemiological sample first-episode psychosis patients ($n = 301$) on the presence of threatening and violent behaviour the year previous to the follow-up assessment. A combined longitudinal and cross-sectional design was followed.

Results: Compared to non-violent patients, subjects with violent / threatening behavior (VT-behavior) reported more positive, cognitive, depressive and excitative symptoms measured by the PANSS. Within the VT-patients subgroup, not recovered patients and patients with drug abuse were overrepresented. Furthermore, those patients working more than half-time and seeing friends regularly were underrepresented amongst VT-patients. The type of psychosis and duration of untreated psychosis at baseline did not predict VT-behavior ten years later.

Conclusion: Only a minor subgroup of psychotic patients behaves more violently than non-psychotic patients. High symptom levels seem to coincide with moderately raised odds ratio's for violent behavior. Vocational and social factors may play a protective role regarding violent behavior.

Recovery at 10 years in first-episode psychosis

Erik Simonsen,¹ Ulrik Haahr,¹ Julie Evensen,² Wenche ten Velden Helgestad,² Inge Joa,³ Jan Olav Johannessen,³ Hans Langeveld,³ Tor Ketil Larsen,³ Ingrid Melle,² Stein Opjordsmoen,² Jan Ivar Røssberg,² Bjørn Rishovd Rund⁴

¹University of Copenhagen, ²Oslo University Hospital, ³Stavanger University Hospital, ⁴Vestre Viken Hospital

Background: During recent years improved methods for defining and determining recovery from first-episode psychosis have been developed. Nevertheless, we still lack information about the frequency of recovery and about its predictors.

Objective: To estimate the frequency of symptomatic and full recovery at 10-year follow-up and its predictors in a large clinical epidemiologic sample of first-episode psychosis.

Method: Three hundred one patients ($n = 301$) with first-episode psychosis from four national health care sectors in Norway and Denmark received standardized treatment and were evaluated at baseline, 3 months ($n = 280$), 1 year ($n = 292$), 2 years ($n = 279$), 5 years ($n = 212$) and 10 years ($n = 185$). At 10 years recovery was evaluated using contemporary criteria. We explored the power of demographic, premorbid, and baseline data to predict symptomatic and full recovery.

Results: At 10-year follow-up 49.7% were in symptomatic recovery and 24.3% were in full recovery. Patients with symptomatic recovery had significantly shorter DUP, less drug abuse and a lower baseline PANSS positive component score. Patients with full recovery had lower baseline PANSS negative component scores. In logistic multiple regression analyses baseline level of positive symptoms and DUP were significant predictors of symptomatic recovery while living alone and baseline level of negative symptoms were significant predictors of full recovery.

Conclusion: Symptomatic recovery was found in about half of the patients with first-episode psychosis, and about one fourth met the criteria of full recovery. Baseline levels of psychopathology are significantly associated with long-term recovery.

© 2012 The Authors
Early Intervention in Psychiatry © 2012 Wiley Publishing Asia Pty Ltd
Early Intervention in Psychiatry 2012; 6 (Suppl. 1): 20–37

B19

Students' awareness for psychotic symptoms in secondary school; The effects of an early detection program and information campaign

Kristin Hatloey,¹ Inge Joa,^{1,2} Tor Ketil Larsen,¹ Elena Cosmovici Idsøe,² Jan Olav Johannessen,^{1,2} Johannes Langeveld¹

¹Stavanger University Hospital, ²University of Stavanger

Introduction: Early intervention results in better course and outcome in FEP. In adolescent first episode psychosis patients, the duration of untreated psychosis (DUP) more than doubles the DUP in adults. In Norway, only 17 % of adolescents with severe emotional or behavioral problems have received any health care.

Aim: In order to understand the discrepancy between rates of adolescent psychopathology and rates of mental health service use, this study will investigate (1) high school student's literacy on psychosis symptoms and (2) students' confidence in the positive effects of psychosis treatment on the mental health of students with psychotic symptoms.

Methods: Two Norwegian counties with different exposure to these interventions will be compared. One site with an extensive early detection of psychosis program including an on-going information campaign on early signs of psychosis, and a control site with no early detection or information campaign aimed at psychosis. As a strategic sampling, eight high schools were selected with a total of about 800 secondary degrees students; four schools in the experimental county, and four schools from control site county without these interventions. The questionnaire consists of four sections. It provides short vignettes outlining changes that have occurred in fictive adolescents and then asks respondents to rate the likelihood of these changes being due to various problems. Further it inquires the respondents' in different kinds of interventions.

B32

Improving the strategies of early detection of psychosis. A focus group study

Aase Undersrud Bergesen,¹ Trond Grønnestad,² Inge Joa,³ Jan Olav Johannessen,⁴ Sveinung Dybvig,⁵ Jon Anders Rennan⁵

¹Stavanger University Hospital

Aim: The aim of this study was to identify the influence of TIPS information campaigns and to seek knowledge on how TIPS can improve its work on detecting early symptoms of psychosis.

Background: Duration of untreated psychosis (DUP) can be reduced when using a combination of detection teams and information campaigns.

Methods: Three focus group interviews among teachers, students and consumers were conducted and the data were analyzed by utilizing a qualitative content analysis.

Results: Four main themes were identified. The first theme was that stigma can be a hindrance to detect early symptoms. The next theme was that there exist new possibilities to detect symptoms. The third theme identified was that information must be given as early as possible. The last theme identified was that teachers are more significant than they are aware of when it comes to detect early symptoms of psychosis. These four main themes also contained subthemes. This study has showed that there exist several opportunities to investigate the possibility of preventing severe mental illness by detecting early symptoms.

Conclusions: A focus on reducing stigma in mental illness and a close collaboration between teachers and mental healthcare workers are important factors in early detection of untreated psychosis.

Keywords: TIPS information campaigns, mental health nursing, early intervention psychosis, stigma, low- threshold detection teams

© 2012 The Authors

Early Intervention in Psychiatry © 2012 Wiley Publishing Asia Pty Ltd

Early Intervention in Psychiatry 2012; 6 (Suppl. 1): 38–126

B35

Use of clozapine in first-episode psychoses; Experiences from TIPS-II Project

Petros Drosos, Tor Ketil Larsen, Inge Joa

Psychiatric Division, Stavanger University Hospital, Norway

Aim: This is a prospective study that examines use of medication in first-episode psychosis. To which degree did clinicians follow the medication algorithm for patients with continuous psychosis during first year of treatment.

Method: The study included all patients with a first-episode psychosis in the period 2002–2008, aged 15–65 years at Stavanger University Hospital (TIPS-II study). They were re-interviewed after one year and we examined whether the medication algorithm was followed or not. The algorithm described 3 drug alternatives where Clozapine was the third drug of choice. One of the authors (PD) read through the clinical files and test reports (SCID/PANSS) to quality test that the patients had not gone in remission, document the medication treatment in detail and check whether use of Clozapine was indicated. In addition it was performed an electronic search in all the patients' medical journals in the hospital's data system with index 'clozapine' and 'Leponex'. Unclear cases were discussed with the coauthors.

Results: Out of 73 patients that didn't go into remission during the first year (46 men, 27 women), 50 had a diagnosis that qualified for treatment with Clozapine. Among them, clozapine was assessed and given to only one patient.

Conclusion: The therapists of patients with first-episode psychosis with continuous psychosis during first year of treatment, followed in small extent the evidence-based algorithm for the medication treatment. We will discuss the consequences of this and the possible reasons this seemingly inadequate practise.

C42

Breakthrough improvement model: Moving the hospital early detection services to a municipality youth health- and leisure center. Is it possible detecting mental illnesses earlier?

Robert Leon Joergensen,¹ Jan Olav Johannessen,^{1,2} Kristin Hatloey,¹ Inge Joa^{1,2}

¹Stavanger University Hospital, Division of Psychiatry, ²The University of Stavanger

Background: Results from the TIPS study in Stavanger, conducted in 1997–2000 showed that an early detection team (ED) and information campaigns can significantly reduce the Duration of Untreated Psychosis (DUP).

Aim: Offer our hospital specialized early detection services to adolescent/young adults between 15–20 years in a municipality health- and leisure center for youth. The following services are offered at the center: – Youth health centre with school nurses and GPs. – Social workers working with troubled youth. – Metropolis which is a music- and cultural club. – K46 which is a low threshold services to young people with drug dependencies.

Method: Offer ED presence at the health- and leisure center on Wednesday's between 3 p.m. and 5 p.m. Offering potential patients and referral agents mental health disorder screening and psychosis assessment.

Results: The ED presence has been operating since medium May 2010. We've since 1997 registered all contacts to the ED team. From this data we have baseline information about the contacts from the age group 15–20 years living in Stavanger. The baseline will be compared with a follow-up1 period May 2010–May 2011, and a follow-up2 from May 2012–May 2012.

Conclusion: In the period of ED presence, our experiences has been an increase in contacts with youth between 15–20 years. There's also been detected 2 first episode psychosis and 6 UHR/prodromal states during that time. The data and will presented and commented in the poster.

Keywords: early detection, first episode psychosis, service system development, TIPS study, UHR, Primary prevention of psychosis

C57

Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry

Kjetil Hustoft,¹ Tor Ketil Larsen,¹ Bjørn Auestad,² Inge Joa,¹ Jan Olav Johannessen,^{1,3} Torleif Ruud^{4,5}

¹Division of Psychiatry, Regional Network of Clinical Research in Psychosis, Stavanger University Hospital, Norway, ²Department of Mathematics and Natural Science, Faculty of Science and Technology, University of Stavanger, Norway, ³Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, Norway, ⁴Division of Mental Health Services, Akershus University Hospital, Norway, ⁵Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

There is little knowledge of predictors for involuntary hospitalizations in acute psychiatric units.

Method: The Multi-center study of Acute Psychiatry included all cases of acute consecutive psychiatric admissions in twenty acute psychiatric units in health trusts in Norway, during 2005–2006. The data were registered during the admission process.

Results: Fifty-six percent of the patients were referred for voluntary hospitalization, 44 percent were referred for involuntary hospitalization. In a regression analysis we found that the strongest predictors for involuntary hospitalization were contact with police, referral by physicians who did not know the patient, contact with health services within last 48 hours, not living in own apartment or house, high scores for aggression, level of hallucinations and delusions, and contact with an out-of-office clinic within last 48 hours and low GAF symptom score. Involuntary patients were older, more often male, non-Norwegian, unmarried and had lower level of education. They more often had disability pension or received social benefits. They were also more often admitted during evenings and nights, found to have more frequent substance abuse at time of admission and less often responsible for children and were less frequently motivated for admission.

Conclusion: Involuntary hospitalization seems to be guided by the severity of psychiatric symptoms and factors 'surrounding' the referred patient. Important factors seem to be male gender, substance abuse, contact with own GP, aggressive behavior, and low level of social functioning and lack of motivation. There was a need for assistance by the police in a significant number of cases.

C69

First episode psychosis in a Norwegian catchment area. A comparison in incidence and baseline characteristics between substance induced psychosis and primary psychosis with and without substance misuse

Melissa Weibell, Inge Joa, Wenche ten Velden Hegelstad, Hans Langerveld, T K Larsen, Jan Olav Johannessen

Stavanger University Hospital, Regional Centre for Clinical Research in Psychosis, TIPS

Background: Substance misuse is a well-recognized co-morbidity to psychosis but there is little research on the difference in characteristics between Substance Induced Psychosis (SIP) and primary psychosis illnesses.

Objective: Comparing patients with SIP, primary psychosis (PPS) with substance misuse and primary psychosis (PP) without substance misuse at baseline.

Method: We included 30 SIP patients, 36 PPS patients and 57 PP patients from the TIPS-II study (Rogaland, Norway) All patients gave informed consent and were included between 2007 and 2011. Assessments included symptom levels (PANSS), premorbid function (PAS) and global functioning (GAF).

Results: Incidence per year was found to be 5/100 000 for SIP, 8/100 000 for PPS and 21/100 000 for PP patients. There were no differences in terms of age, sex or suicidality between the groups. PPS patients did poorer with regards to childhood academic level on the PAS ($P = 0.024$). The SIP-group had shorter Duration of Untreated Psychosis (DUP) compared to the primary psychosis patients. ($P = 0.014$; median: SIP-2.00; PPS-12.5; PP-23.0). SIP patients had higher positive sum scores on the PANSS ($P = 0.037$) whereas PP patients had higher scores on the depressive component of the five-factor PANSS model ($P = 0.028$).

Conclusion: SIP is rare with an incidence per year of 5/100 000 compared to PP (21/100 000) and PPS (8/100 000). Results indicate that SIP patients have shorter DUP and higher scores on the positive sum scores in PANSS whereas PP patients have lower depressive scores on the five factor PANSS model. PPS patients have poorer childhood academic levels on the PAS.

© 2012 The Authors

Early Intervention in Psychiatry © 2012 Wiley Publishing Asia Pty Ltd

Early Intervention in Psychiatry 2012; 6 (Suppl. 1): 38–126

C76

Primary prevention of Psychosis (POP): a Norwegian UHR initiative

Inge Joa,^{1,2} Tor Ketil Larsen,¹ Lill Kjersti Skryten,¹ Jens Gisselgård,¹ Ketil Ødegaard,³ Erik Johnsen,³ Kornelie Rosseboe,⁴ Thomas McGlashan,⁵ Jan Olav Johannessen^{1,2}

¹Stavanger University Hospital, ²University of Stavanger, ³Bergen University Hospital, ⁴Health Fonna, ⁵Yale University School of Medicine

The present study builds on experiences from the Early Detection and Intervention in Psychosis (TIPS) study, where the use of information campaigns and detection teams were instrumental in reducing the duration of untreated psychotic symptoms in the first episode. We here hypothesize that a similar program (Prodromal Detection and Treatment program) – aimed at identifying and treating help seeking individuals at high risk for developing psychotic disorders will a) significantly increase the number of high risk individuals that get in contact with the relevant services and b) and that these individuals will be detected at a very early stage of illness development. After contact the high risk individuals will be allocated to structured follow-along and to graded, multi-modal primarily psychosocial treatment intervention. We also hypothesize that the multi-modal treatment intervention will significantly reduce the number of persons converting to psychosis, and thus influence the incidence of new case of first-episode psychosis. The study is designed as a regional multicentre study involving central research- and clinical psychiatric organizations across the health West region in Southern Norway. It will involve all service levels from general practitioners to specialized psychiatric services. Two Norwegian treatment centers covering a population of 440 000 will collaborate in recruiting patients to the study. The project organization has additional involvement from the research departments at Bergen University Hospitals and Sykehuset Østfold for establishing a First Episode Psychosis Incidence registration as another part of this research initiative.

B92

Job-Prescription: A vocational rehabilitation program for young people with severe mental illness in south-west Norway

Lena Heitmann,^{1,3} Lene Fjelde Øye,¹ Sigrd Sørsgard Steinsland,¹ Linnea Rosell Olsson,^{1,3} Wenche ten Velden Hegelstad^{1,2,3}

¹Stavanger University Hospital, Stavanger, Norway, ²University of Bergen, Bergen, Norway, ³Centre for Psychosis Research in South-West Norway, Stavanger, Norway

Background: Unemployment is a major problem amongst people with severe mental illnesses (SMI), even though studies shows up to 70% of people with SMI express a wish to work. In January 2007, Stavanger University Hospital and the state employment services established a joint partnership, and started the project 'Job-Prescription'.

Objectives: The first objective of the project is to help participants find and use vocational opportunities so they may qualify for skilled jobs and develop satisfying careers and wages. The second objective is to determine whether vocational rehabilitation has beneficial effect on symptoms and quality of life.

Method: Patients with severe mental illnesses are included according to consecutive referrals from mental health services. 'Job facilitators' set rehabilitation diagnosis based on the Boston rehabilitation method, identifying vocational goals, personal and environmental resources. Individual Placement and Support (IPS) is used for practical guidelines. Outcome measures are Rosenberg Self Esteem Scale, General Perceived Self Efficacy Scale, and Lehman's Quality of life Scale.

Results: 260 participants aged 18–35 have been included, 47 % of all participants went to competitive work, studies or job placements. Preliminary analyses, $n = 24$, show no effect of job outplacement in Job-Prescription on self esteem or perceived self-efficacy. However, analyses will be conducted on the remaining participants. We have designed an RCT study on vocational rehabilitation for first episode psychosis patients, starting 01.05.12.

Suicide and accidental death in first-episode schizophrenia spectrum psychosis

Ingrid Melle,¹ Jan Olav Johannessen,² Inge Joa,³ Ulrik Haahr,³ Jan Ivar Rasmussen,⁴ Julie Evensen,¹ Wenche ten Velden Hegelstad,² Erik Simonsen,² Tor K Larsen,² Per Vaglum,⁴ Thomas H McGlashan,⁵ Svein Friis¹

¹Division of Mental Health and Addiction, Oslo University Hospital and Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway; ²Stavanger University Hospital, Division of Psychiatry, Regional Centre for Clinical Research in Psychosis, Health West, Norway; ³Psychiatry Region Zealand, Roskilde, Denmark; ⁴Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Denmark; ⁵Institute of Behavioral Sciences in Medicine, University of Oslo, Oslo, Norway; ⁶School of Medicine, Yale University, New Haven, CT, USA

Background: Studies indicate high risk of suicide in the early treated phases of schizophrenia spectrum disorders. However, follow-up periods are mainly short and figures based on proportionate mortality rather than case fatality rates.

Methods: Ten-year prospective longitudinal study of catchment area first-episode psychosis cohort from Norway and Denmark (N = 281), followed from first treatment week with clinical reassessments at 1, 2, 5 and 10 years. Causes of death from register data with information from medical charts.

Results: After 10 years 31 (11%) were dead; 16 (52%) by certain (13/42%) or probable (3/10%) suicide, 9 (29%) accidentally (6/19% of drug overdoses) and 6 (19%) from a range of natural causes. Median time from first contact to death was 1187 days (61–3910) in the suicide group, 2660 (870–3950) in the accidental death group and 2932 (1830–4019) in the natural death group. Those who died by natural causes were significantly older at baseline (40.2 ± 12.2 years) than those alive (28.7 ± 9.4 years) and those who died by suicide (22.2 ± 3.9 years). There were no differences in gender, diagnostic distribution, baseline symptoms (including depression and suicidal behavior) between groups. Those that died by suicide (median 45.5/1–312 weeks) or accidental deaths (median 52/4–156 weeks) had significantly longer durations of untreated psychosis (median 8/0–1196 weeks) ($p = 0.004$).

Discussion: We confirm high rates of premature death in patients with schizophrenia spectrum psychoses with a 10-year case fatality suicide rate of 5.7% with the main risk in the first years of treatment.

Results: At baseline, the clinical interview missed 25% (3 of 12) of patients classified by C-SSRS as having history of suicidal ideation (SI) and 14% (1 of 7) of patients having history of suicide attempt (SA). These rates were similar at 6-month and 1-year follow-up. C-SSRS additionally differentiated suicidal ideation from planning, and stratified suicidal attempt by lethality. At 6-month and 1-year follow-up, there was reduction in overall suicidality. Prior hospitalization at baseline was correlated (Spearman's correlation) with history of suicidal ideation ($r = 0.55$; $p < 0.001$), suicidal plan ($r = 0.29$; $p = 0.03$) and suicidal attempt ($r = 0.28$; $p = 0.04$).

Conclusions: The C-SSRS is feasible in a FEP population and provides superior sensitivity to the clinical interview. In addition, the stratification and quantification of suicidal ideation and behavior may improve risk monitoring and preventive efforts.

Prekonferanse på Sola strand hotell 18.

Oktober 2012

De tre forskningsnettverkene arrangerte i felleskap en prekonferanse i forbindelse med Helse Vests Forskningskonferanse 18.---19. Oktober 2012. Hvert nettverk bidro med tre presentasjoner i tillegg til at representanter fra ledelsen ved de fire helseforetakene og Det Regionale samarbeidsorganet hadde presentasjoner mot slutten av dagen.



POP samling på Stord 17. desember.

For Ledere, Klinikere og forskere tilknyttet studien.

Tema for dagen var :

- * Fremdrift og status rapport i studien
- * Om Insidens studien, Kjetil Horn, Sykehuset Østfold presenterer opplegg for hvordan Sykehuset Østfold bruker DIPS rapportering som ledd i kvalitetssikring for identifisering av nye FEP pas i systemet.
- * Diskusjon omkring fremdrift og rapportering i Insidensdelen av studien

- * Om Oppdagelse, inklusjon og Informasjonskampanjer i Intervensjonsstudien,
- * En-Familie arbeid, fremdrift og utfordringer,
- * Om CBT, Ivar Elvik og Arne Thomas Lundqvist
- * Om Testbatterier, og fMRI Else Marie Løberg

Aktuelle Kurs:

Workshop: Screening for psykose (primært for personer i alder 15-30)

Sted: Park Inn By Radisson Oslo
Airport

Tid: 13. februar 2013 kl 10.00 – 16.00
ved TIPS Sør-Øst og TIPS Stavanger

Kontaktinformasjon POP

Helse Fonna HF
Kornelie Rossebø Sætre,
907 61 525 / 907 62 184

Helse Stavanger HF
Oppdagelsesteamet TIPS
51515959



Nytt fra studien; Fremdrift 2013:

Studien har fått REK godkjenning for en tilleggsprotokoll der aktuelle pasienter for inklusjon i intervensjonsområdene får tilbud om å få Omega3- kosttilskudd samt å gjennomføre f-MRI undersøkelse.

Pr 01.12.2013 er det meldt 699 pasienter til insidensdelen av studien siden 2011, derav er det identifisert 218 pasienter med første episode psykose, 104 pasienter har så langt samtykket til full inklusjon.

I intervensjonsdelen av studien, er det utredet 96 pasienter frem til 01.12.13 med mulig høy-risikotilstand. 40 pasienter er vurdert å oppfylle kriterier for inklusjon og av disse har nå 27 samtykket til inklusjon og deltakelse i studien.

Familie og kognitiv terapi behandlere i studien deltar i regelmessige veiledningsgrupper. Utreidere i studien har fått opplæring i studieinstrumenter, samt at det er utarbeidet opplegg for reliabilitetsmålinger

CBT:

Det er nå totalt 8 pasienter som har Paul French har nå til sammen hatt 3 besøk til Stavanger og ett i

Haugesund. Han begynner å bli veldig godt kjent med både terapeutene i prosjektet og med regionen. Han har også hatt en åpen forelesning for alle på SUS. Terapeutene i prosjektet får i tillegg til disse til disse samlingene har vi 2 veiledningssesjoner i måneden hvor vi tar opp kasus og evaluerer videoer av terapi.

Det er åpent for nye terapeuter i prosjektet. Deltakelse vil innebære jevnlig veiledning for i kognitiv terapi for individer i psykoserisiko, og deltakelse på fremtidige samlinger med Paul French. Terapi som gjøres gjennom POP-prosjektet filmes for å bruke til veiledning og for å registrere grad av etterlevelse til behandlingsmanualen.

I 2013 har 22 nye og gamle behandlere deltatt på samlinger, den første samling er 16 desember kl 0900-1530 og 17 desember 2013, på pasienthotellet (St Svithun Hotell). Tema: Evidensgrunnlag for forebygging av psykose. Grunnleggende teori innen kognitiv terapi. Opplæring innen manual for kognitiv terapi for personer i høyrisiko for psykoseutvikling. Gjennomgang av ulike endringsstrategier.

Andre samling er **6 og 7 februar 2014 ledet av Paul French**. Paul French har utarbeidet manualen for tidlig

oppdagelse og kognitiv terapi for personer i høyrisiko for psykose og skal lede andre samling. Denne manualen er den som er blitt brukt i de fleste behandlingsstudiene som er gjort til nå på kognitiv terapi for å forebygge psykoser, og vi er veldig heldige som har fått muligheten til å ha et samarbeid med ham. Andre samling vil fokusere på noe teori, men hovedsakelig mer praktisk orientert trening på kognitive ferdigheter.

Ivar Elvik, koordinator CBT

Familie

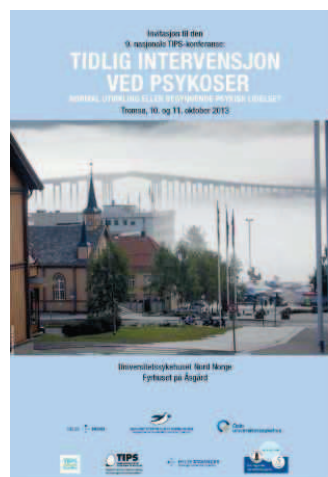
I POP- familiearbeidet har vi for tiden 15 enkelt familier. I tillegg til disse er det 5 familier som har takket nei til tilbudet. Den 8 oktober kommer Mary O'Brien til psyk. divisjon. Da blir det en åpen forelesning for alle interesserte. Resten av dagen skal hun gi veiledning til våre gruppeledere. Dagen etter blir hun med oss til TIPS konferansen i Tromsø, der hun både skal holde foredrag og ha en workshop. I år har vi utvidet familieskolen med en egen POP – uke. Her vil de som ønsker å utdanne seg til gruppeledere i POP- prosjektet få opplæring i manualen til Miclowic, O'Brien et al. De som melder seg på denne uken vil også få tilbud om å bli med på veiledningen til Mary O'Brien.

Åse og Anvor, ledere familieskolen

Aktuelle konferanser 2013:

1) Invitasjon til den 9 nasjonale TIPS arbeidskonferanse. Tromsø 10 og 11 oktober 2013. Tema for årets konferanse er knyttet til behandling av nærpsykose-tilstander og psykose. Familiearbeid,

de yngste og fokus på nye nasjonale retningslinjer for psykosebehandling og implementering i praksis vil stå sentralt. Internasjonale og nasjonale foredragsholdere vil gjennom plenumsforelesninger og parallellsesjoner belyse dagsaktuelle tema



Aktuelle Kurs:

Workshop: Screening for psykose (primært for personer i alder 15-30)

Sted: Park Inn By Radisson Oslo Airport

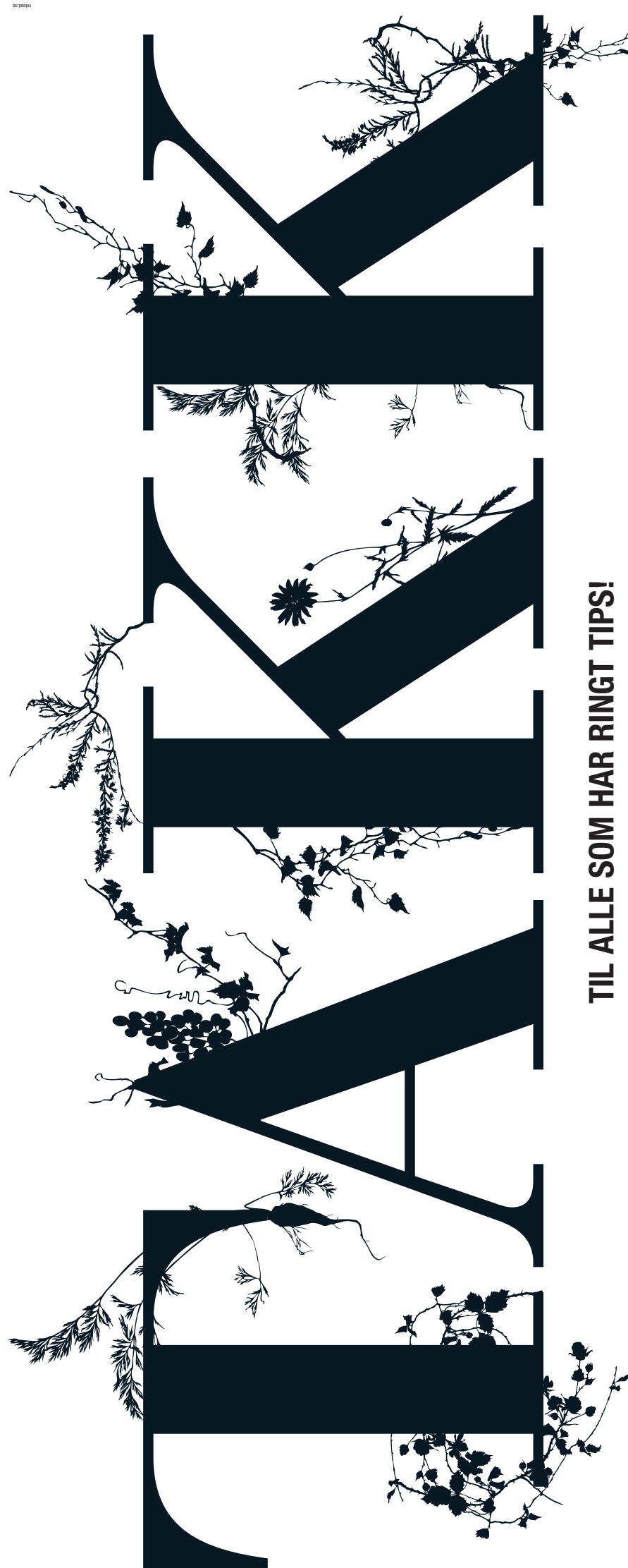
Tid: 13. februar 2013 kl 10.00 – 16.00 ved TIPS Sør-Øst og TIPS Stavanger

Kontaktinformasjon POP

Helse Fonna HF
Kornelie Rossebø Sætre,
907 61 525 / 907 62 184

Helse Stavanger HF
Oppdagelsesteamet TIPS
51515959





TIL ALLE SOM HAR RINGT TIPS!

Dere har bidratt til bedre behandling for alle med en alvorlig psykisk lidelse

I forskning er ingenting sant før det er vist. 1996 ville en gruppe forskere finne ut om tidligere oppdagelse og behandling av psykoselidelser ville føre til at flere ble friske. Å finne ut dette tar lang tid, og først i år kunne vi legge fram data og resultater som viser hvordan det gikk med pasienter etter 10 år.

SMARVEI TIL HJELP OG BEHANDLING

I forskning må man sammenligne. I Rogaland fjernet vi alle omveier og innførte et program for tidlig intervensjon. Hvem som helst kunne ringe direkte til fagfolk og få råd og eventuelt en utredning i løpet av 24 timer. I kontrollsektorene Ullensål og Roskilde, måtte man gå den vanlige veien via lege, henvisning og ventetid til en fikk snakke med spesialist. I Rogaland lagde vi store informasjonskampanjer rettet mot folk flest og vi underviste lærere og helsepersonell slik at de kunne lære seg symptomer på at noe var galt og dermed ta kontakt så snart de ble bekymret. Resultatet var at varigheten av ubehandlet psykose gikk ned fra 26 til 5 uker i Rogaland.

FLERE BLIR BEDRE

TIPS-forskningen har tidligere vist at tidlig oppdagelse og behandling av psykose gir lavere symptomnivå ved behandlingsstart og gjennom de første fem årene. Spenningen var derfor stor for hvordan utviklingen var etter ti år!



FORSKNING I VERDENSKLASSE

I april i år ble endelig resultatene fra TIPS 10-års oppfølgingsstudien publisert: "Long-Term Follow-Up of the TIPS Early Detection in Psychosis Study: Effects on 10-Year Outcome". Hovedforfatteren var Wenche ten Velden Hegelstad. Artikkelen ble presentert i selveste *American Journal of Psychiatry* – det viktigste og mest prestisjetunge tidsskriftet innen psykiatri.

DOBBELT SÅ STOR SJANSE TIL Å BLI SYMPTOMFRI

På engelsk brukes begrepet «recovery» som mål på tilfriskning. Da skal pasienten være i jobb, bo selvstendig, ha sosial omgang med andre og ha vært symptomfri siste 12 måneder. Forskningen viste at pasienter fra tidlig intervensjonssektor i Rogaland hadde mer enn dobbelt så gode odds for å være i «recovery» - altså ikke bare symptomfri, men å leve et godt liv.

EN STOR TAKK TIL ALLE SOM DELTOK

Flere forskere har kvalitetssikret resultatene, mange behandlere har deltatt i behandling og oppfølging av pasientene. Det viktigste er likevel de pasienter og pårørende som har satt av tid, og gjort denne forskningen mulig. Deres bidrag gjør det mulig å legge opp etframtidig behandlingstilbud som vil hjelpe enda flere til å bli friske av alvorlige psykiske lidelser!



SYMPTOMER

ISOLERER SEG // SOVER DÅRLIG // ANGST // TRISTHET // APATI // KONSENTRASJONSVANSKER // FORSØMMER HUSARBEID, HYGIENE, JOBB ELLER SKOLE // EKSTREMT OPPTATT AV TEMAER SOM DØDEN, POLITIKK ELLER RELIGION // STORE HUMORSVINGNINGER // UVIRKELIGHETSFØLELSE // TANKENE HØRES UT SOM STEMMER // SNAKKER USAMMENHENGENDE



Eksempler på annonser som oppfordrer folk i Rogaland til å kontakte TIPS ved mistanke om at en selv, venner eller familiemedlemmer muligens er i ferd med å utvikle en psykisk lidelse.



Vi treffes på telefon **51 51 59 59** alle hverdager 08.00 - 15.00 og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00. For mer informasjon: **tips-info.com**

Søk hjelp så raskt som mulig da er sjansen størst for å bli frisk



"Det skal lite til før at jeg føler at hodet er tomt som om tankene forsvinner hver gang jeg begynner å tenke"



"Jeg er ofte usikker på om det jeg opplever er virkelig"



"Jeg glemte første halvdel av hva legen sa til meg før hun var halvveis igjennom - jeg ble forvirret av nye tanker som hadde erstattet de gamle"

Mange opplever underlige og kanskje skremmende tanker og inntrykk som de ikke tør å fortelle til andre, selv ikke til sin egen familie. Slike opplevelser kommer ofte i perioder der en opplever mye stress og sover dårligere enn vanlig.

Slike opplevelser kan være tidlige tegn på en psykisk lidelse og bør undersøkes. Ved å søke tidlig hjelp er det mulig å takle de problemene du sliter med, og minske risikoen for alvorlige psykiske lidelser. Ring oss for råd og hjelp for deg selv eller om det er andre du er bekymret for.

Alle kan ringe for råd og hjelp.

Vi treffes på telefon 51 51 59 59 alle hverdager 08.00 - 15.00 og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00. For mer info om TIPS se: tips-info.com

"Ofte og oftere leser jeg bare setningene
uten å forstå hva de betyr"

"Jeg er ofte usikker
på om det jeg opplever er virkelig"

Du hører merkelige ting og er redd for at noe er galt

TIDLIGE TEGN PÅ PSYKISKE LIDELSER

isolerer seg // sover dårlig // angst // tristhet
konsentrasjonsvansker // forsømmer hygiene, jobb eller skole
ekstremt opptatt av temaer som døden, politikk eller religion
store humørsvingninger // tankene høres ut som stemmer
snakker usammenhengende // føler seg forfulgt eller styrt av andre

Vi har en løsning!



TIT - Tidlig Intervensjons Team
Telefon 907 61 525
alle hverdager 15.00-16.00.



Telefon 51 51 59 59 alle hverdager 08.00-15.00
og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1,
hver onsdag 15.00-17.00. tips-info.com



SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG, DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK

"Hvis jeg ikke fokuserer godt,
kommer andre tanker inn, og de har ingenting
med hva jeg faktisk holder på med"

"Jeg kan ikke kontrollere
tankene mine. Noen ganger føler jeg meg
overveldet av for mange tanker"

"Ofte og oftere leser jeg bare setningene uten å forstå hva de betyr"

"Jeg er ofte usikker på om det jeg opplever er virkelig"

Du hører merkelige ting og er redd for at noe er galt

TIDLIGE TEGN PÅ PSYKISKE LIDELSER

isolerer seg // sover dårlig // angst // tristhet
konsentrasjonsvansker // forsømmer hygiene, jobb eller skole
ekstremt opptatt av temaer som døden, politikk eller religion
store humørsvingninger // tankene høres ut som stemmer
snakker usammenhengende // føler seg forfulgt eller styrt av andre

Vi har en løsning!



TIT - Tidlig Intervensjons Team
Telefon 907 61 525
alle hverdager 15.00-16.00.



Telefon 51 51 59 59 alle hverdager 08.00-15.00
og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1,
hver onsdag 15.00-17.00. tips-info.com



SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG, DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK

"Hvis jeg ikke fokuserer godt, kommer andre tanker inn, og de har ingenting med hva jeg faktisk holder på med"

"Jeg kan ikke kontrollere tankene mine. Noen ganger føler jeg meg overveldet av for mange tanker"

Invitasjon til den
10. nasjonale TIPS-konferansen:

TIDLIG INTERVENSJON VED PSYKOSER

Stavanger Forum 3. og 4. november 2014





Norwegian
primary prevention
of psychosis project (POP)

ØK
S, ØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG
DA ER SJANSEN
STØRST FOR Å
BLI FRISK

FAMILIEARBEID
OG SAMTALEBEHANDLING
I POP-PROSJEKTET



FAMILY FOCUSED TREATMENT FOR PERSONS AT RISK OF DEVELOPING PSYCHOSIS, IN A NORWEGIAN PRIMARY OF PREVENTION OF PSYCHOSIS PROJECT



ABSTRACT

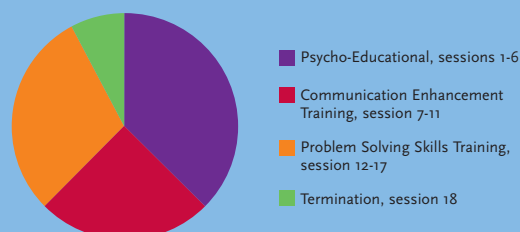
The POP project is carried out in two sites in a clinical hospital setting; Stavanger University Hospital and Fonna Health Trust. Family work is an essential part of the project and is offered to all included patients. The Family work offered is based on a psycho educational model by Miklowitz, O'Brien et al. (FFT-PY)(1).

National and international studies show that we can identify people at high risk of developing psychiatric disorders. And that specific interventions can prevent or delay the debut of psychosis (3). The Norwegian study will try to replicate this.

OBJECTIVE

Patients are offered a graded, multi-modal treatment program which offers individual CBT (Cognitive Behavioral Therapy) (T. Morrison et. al.), single family intervention and Omega 3 fatty acid. The family work will be based on Family Focused Treatment (FFT).

The family workers are organized and coordinated by a project leader.



METHODS

The family intervention in this project will be based on the FFT-PY. It's based around 18 sessions over a 6-9 month period. The aim is to prevent functional disability and possibly preventing the onset or worsening of prodromal symptoms.

The families of the FFT-PY will focus on:

1. Help recognizing the symptoms of the prodrom.
2. Understand the youth's potential vulnerability.
3. Future significant psychotic symptoms.
4. Identify stress triggers for prodromal symptoms.
5. Develop plans to intervene when symptoms escalate.
6. Improve academic/occupational and social functioning.
7. Operate at a more effective level in family communication and problem solving.

The FFT-PY in the POP project, is the first systematic psycho-educational single family that is offered in a multi-site project in Norway. At the time there are 6 families included in the program. 5 families have been offered the program and declined. One patient converted to psychosis. 3 families have finished the whole program. The feedback from these families have been very positive.

It's an ongoing project and more data will be presented in the future.

Authors: Anvor Lothe, Åse Sviland, Kornelia R. Sætre, Anne Lise Øxnevad, Kristin Hatløy, Kitty T. Lunde, Inge Joa, Jan Olav Johannessen.

1: Stavanger University Hospital, 2: Fonna Health Trust, Norway

Reference: 1. D. Miklowitz et al. (2010) Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Prodromal Youth (FFT-PY) University of California at Los Angeles
2. D. Miklowitz et al. (2008) Family Focused Treatment for adolescents with bipolar disorder: Result of a 2-year randomized trial. Arch Gen Psychiatry
3. Mary O'Brien et al. (2007) Psychoeducational multi-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, California, USA

Dette er et spørreskjema for alle som kommer nye til poliklinikken i alderen 13-18 år. Spørreskjemaet vil bli sendt ut i en periode på 2 måneder. Det kan forekomme spørsmål som kan oppleves som lite relevante, og at vi ber om forståelse for dette, da det er rettet til alle som kommer hit. Spørreskjemaet er ment å fange opp de personene som har hatt alvorlige symptomer en tid, uten selv nødvendigvis å være klar over det. Skjemaet håper vi kan hjelpe oss å fange opp disse personene tidligere, slik at vi kan få gitt dem god hjelp. Vi ber deg om å ta med ferdig utfylt skjema når du kommer til din første time.

Tusen takk for at du tar deg tid til dette.

Symptomer på psykisk lidelse

Har du hatt uvanlige eller plagsomme tanker, følelser
og erfaringer i løpet av den siste måneden?

PQ-21

For pasienter tilhørende Helse Fonna:



TIT

Tidlig Intervensjons Team

Telefon 907 61 525

kornelie.rossebo.sætre@helse-fonna.no

For pasienter tilhørende Helse Stavanger:



TIDLIG OPPDAGELSE OG
BEHANDLING AV PSYKOSER



Stavanger Universitetssjukehus, psykiatrisk divisjon

TIPS Oppdagelsesteam

Postboks 8100, 4068 Stavanger

Telefon 51 51 59 59, tips-info.com



PQ: R. Loewy, A. Raine, T. Cannon © University of California, Los Angeles.
Authorised translation©2012 J. H. Langeveld, I. Joa, P. Israel

ØK SJANSEN
STØRST DA ER **FOR Å BLI FRISK**
HJELP SÅ RASKT SOM MULIG

SYMPTOMER

Isolerer seg
Sover dårlig
Angst
Tristhet
Apati
Konsentrasjonsvansker
Forsømmer husarbeid,
hygiene, jobb eller skole
Ekstremt opptatt av temaer
som døden, politikk eller religion
Store humørsvingninger
Uvirkelighetsfølelse
Tankene høres ut som stemmer
Snakker usammenhengende

Å være deppa eller stressa i en periode er helt normalt - det har som regel en årsak. Men hvis vanskelige tanker og følelser tar overhånd, og varer i mange uker, kan det være lurt å be om hjelp, særlig hvis du ikke finner en spesiell årsak. Hvis det blir vanskelig å konsentrere seg, at tankene høres ut som stemmer eller du opplever tankekjør, kan det være grunn til bekymring. Da bør du snakke med noen - gjerne helsesøster, rådgiver eller fastlege.

Du kan også ringe TIPS eller TIT. Vi gir råd og veiledning til unge og voksne som har spørsmål om psykisk helse. Det kan være spørsmål som angår deg selv, venner eller familie.

 **Helse Fonna HF**

TIT - Tidlig Intervensjons Team
telefon **907 61 525**

 **HELSE STAVANGER**
Stavanger universitetssjukehus

Vi treffes på **51 51 59 59** alle hverdager 08.00 - 15.00 og på
Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00.
For mer info om TIPS se: tips-info.com

 **TIPS**
TIDIG OPPDAGELSE OG
BEHANDLING AV PSYKOSER

ØK S HJELP SÅ RASKT SOM MULIG DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK

Å være deppa eller stressa i en periode er helt normalt - det har som regel en årsak. Men hvis vanskelige tanker og følelser tar overhånd, og varer i mange uker, kan det være lurt å be om hjelp, særlig hvis du ikke finner en spesiell årsak. Hvis det blir vanskelig å konsentrere seg, at tankene høres ut som stemmer eller du opplever tankekjør, kan det være grunn til bekymring. Da bør du snakke med noen - gjerne helsesøster, rådgiver eller fastlege. Du kan også ringe TIPS eller TIT. Vi gir råd og veiledning til unge og voksne som har spørsmål om psykisk helse. Det kan være spørsmål som angår deg selv, venner eller familie.

SYMPTOMER

Isolerer seg / Sover dårlig / Angst / Tristhet / Apati
Konsentrasjonsvansker / Forsømmer husarbeid, hygiene, jobb eller skole
Ekstremt opptatt av temaer som døden, politikk eller religion
Store humørsvingninger / Uvirkelighetsfølelse / Tankene høres ut som stemmer
Snakker usammenhengende

HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus



TIPS

TIDLIG OPPDAGELSE OG
BEHANDLING AV PSYKOSER

Helse Fonna HF

Vi treffes på **51 51 59 59** alle hverdager 08.00 - 15.00 og på
Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00.
For mer info om TIPS se: tips-info.com

TIT - Tidlig Intervensjons Team
telefon **907 61 525**



"Jeg greier ikke høre
på læreren og ta notater
samtidig lenger"



"Hvis jeg ikke fokuserer godt,
kommer andre tanker inn, og de har ingenting
med hva jeg faktisk holder på med"



"Det skal lite til før at jeg føler at hodet
er tomt som om tankene forsvinner hver gang
jeg begynner å tenke"



"Det er vanskelig for meg å konsentrere meg,
jeg blir lett forvirret fordi enhver lyd distraherer
meg og setter i gang irrelevante tanker"



"Jeg glemte første halvdel av hva legen sa
til meg før hun var halvveis igjennom - jeg ble forvirret
av nye tanker som hadde erstattet de gamle"



"Jeg blir ofte forvirret
og usikker på betydningen av vanlige
ord når jeg leser"



"Ofte og oftere leser
jeg bare setningene uten
å forstå hva de betyr"



"Jeg kan ikke kontrollere
tankene mine. Noen ganger føler jeg meg
overveldet av for mange tanker"

Uvanlige opplevelser er mer vanlig enn du tror. Overraskende mange opplever underlige og kanskje skremmende tanker og inntrykk som de ikke tør å fortelle til andre, selv ikke til sin egen familie. Slike opplevelser kommer ofte i perioder der en opplever mye stress og sover dårligere enn vanlig. For noen fører det til at det blir vanskeligere å gå på skole og jobb, og noen isolerer seg fra venner og familie.

Slike opplevelser kan være tidlige tegn på en psykisk lidelse og bør undersøkes. Ved å søke tidlig hjelp er det mulig å takle de problemene en sliter med til daglig, og minske sjansen for at fremtidige påkjenninger kan føre til mer alvorlige psykiske lidelser senere i livet. Ring oss for råd og hjelp for deg selv eller om det er noen du er bekymret for.

 **Helse Fonna HF**

TIT - Tidlig Intervensjons Team, telefon 907 61 525

 **TIPS**
TIDLIG OPPDAGELSE OG
BEHANDLING AV PSYKOSER

 **HELSE STAVANGER**
Stavanger universitetssjukehus
Psykiatrisk divisjon

Vi treffes på telefon 51 51 59 59 alle hverdager 08.00 - 15.00 og på Helsestasjon for ungdom, Nytorget 1, hver onsdag 15.00 - 17.00. For mer info om TIPS se: tips-info.com

**SØK HJELP SÅ RASKT SOM MULIG
DA ER SJANSEN STØRST FOR Å BLI FRISK**

KAN DET VÆRE PSYKOSE?

*TIPS inviterer allmennlegene
i Sør-Rogaland til kveldsmøte med middag
torsdag 19. april 2012, kl. 18.00
på Gaffel og Karaffel*

VELKOMMEN TIL ET FAGLIG MØTE

Allmennlegene er viktige i arbeidet med å oppdage psyko-ser i en tidlig fase. Forhåpentligvis er TIPS en viktig ressurs for allmennlegene i dette arbeidet. TIPS-studien (Tidlig Intervensjon ved Psykose) viser at bruk av informasjons-kampanjer og tidlig oppdagelsesteam i Rogaland kan redusere varigheten av ubehandlede psykotiske symptomer ned til 5 uker ved første episode psykose. TIPS-studien har også vist at tidlig oppdagede pasienter har et bedre forløp over de første 10 årene av behandlingen. Pasientene fra Rogaland hadde mer enn dobbelt så gode odds for å bli helt symptomfri og i tillegg ha fullt arbeid og bo selvstendig 10 år etter sykdomsstart, enn pasienter fra helsesektor uten tidlig oppdagelse. 30,7% av pasientene fra tidlig oppdagelsessektoren oppfylte disse kriteriene, mot 15,1% i kontroll-sektor.

De fleste pasienter som får en første episode psykose opplever en relativ lang periode med ikke-psykotiske symptomer preget av uspesifikke og mer spesifikke symptomer prodromalsymptomer, eller (Ultra High Risk (UHR)). Ved psykosegjennombruddet har mange har allerede opplevd tap av kognitiv og psykososial fungering. Vi ønsker nå å ta erfaringene fra TIPS et skritt videre og undersøke om det er mulig å forebygge psykose.

I mars starter en ny studie og et lignende program som TIPS. Denne studien kalles POP - Prevention Of Psychosis, der målet er å identifisere og behandle hjelpsøkende personer med høy risiko for å kunne utvikle psykotiske lidelser. Hvis vi lykkes med dette, vil vi både kunne hindre utviklingen av psykose hos enkeltpersoner, men også på sikt kunne påvirke forekomsten av sykdommen.

Kveldens møte vil ta for seg flere av de resultatene som har kommet frem gjennom TIPS-prosjektet og forskningen knyttet til dette.

PROGRAM

18.00 | Registrering og velkommen ved Jan Olav Johannessen
Sjeflege, dr. philos, professor, Universitetet i Stavanger,
Samfunnsfaglig fakultet, Institutt for helsefag. Psykiatrisk divisjon,
Stavanger universitetssjukehus

18.15 - 18.45 | Hvordan går det med TIPS-pasientene etter 10 år?
Wenche ten Welden Hegelstad, Psykologspesialist, PhD stipendiat.
TIPS; regionalt nettverk klinisk psykoseforskning, psykiatrisk divisjon,
Stavanger universitetssjukehus

18.45 - 19.30 | PRIMARY PREVENTION OF PSYCHOSIS THROUGH INTERVENTIONS IN THE SYMPTOMATIC PRODROMAL PHASE.
Thomas Mc Glashan, Professor, Department of Psychiatry,
Yale University, New Haven, CT, USA

19.30 - 20.00 | Videre arbeid og utfordringer psykose?
Hva kan TIPS bistå allmennlegene med?
Sjefslege Jan Olav Johannessen

20.00 | Middag

PÅMELDING

Bindende påmelding innen 13.04.2012.
Sendes til **kjersti.nedreboe@sus.no**

NB! Merk påmeldingen med
Navn
Arbeidssted
Adresse
Postnummer og sted
Arrangementet er gratis

Vårt oppdagelsesteam har en lav terskel for vurderinger, og kan dra på hjemmebesøk eller komme til din praksis for gjennomføring av psykosevurdering.

Har du spørsmål om en pasient som du mistenker å være i fare for å utvikle psykose, er det bare å ta kontakt med vårt oppdagelsesteam på telefon 51 51 59 59.

Hold deg oppdatert på www.tips-info.com der vi fortløpende legger ut nyheter og kurstilbud, samt at du kan melde deg på vår nyhetsbrevliste.

Adresse for arrangement:
Gaffel og Karaffel, Øvre Holmegate 20, Stavanger.



TIPS

TIDLIG OPPDAGELSE OG
BEHANDLING AV PSYKOSER



HELSE STAVANGER
Stavanger universitetssjukehus

Telefon 51 51 59 59
tips@sus.no, tips-info.com

DET ER NOE SOM IKKE ER SOM DET SKAL VÆRE

Dette verktøyet er utviklet som et hjelpemiddel til å avdekke en mulig psykoseutvikling.

Pasienten kan ha en vag forestilling om at noe ikke er som det skal være, eller behandlingen og påtørendene føler at "noe er galt".

Det er viktig å kartlegge om faktorer i hverdagen kan forklare endring i sinnstemningen og personlighet, eller om det er reelle symptomer på en alvorlig psykisk lidelse. Å være innsluttet, mutt og depriment, er som regel helt normale reaksjoner på vanskelige perioder i livet, men det kan også være et tegn på at noe er galt.

Hvis symptomene varer i uker eller måneder og tilstanden blir verre, er det grunn til bekymring. Dersom en opplever at noen har sterke følelsesmessige utbrudd uten naturlig årsak, endrer personlighet eller oppfører seg påfallende behøver de kanskje hjelp.

Spjekkliste Noen typer oppførsel kan være helt uvanlig for personen det gjelder og kan ha alvorlig innvirkning på omgivelsene.

Dette kan være at personen f. eks:

- trekker seg helt tilbake fra familie, venner og arbeidskollegaer
- er redd for å forlate huset (særlig i dagslys)
- sover dårlig og spiser lite, føls som sover om dagen og er våken om natten
- er ekstremt opptatt med et spesielt tema, som f.eks døden, politikk, religion
- forsømmer husarbeid, foreldreansvar eller personlig fremtreden/hygiene
- oppnår dårligere resultat på skole eller jobb
- har problem med å konsentrere seg, følge med i samtaler eller huske ting
- snakker om eller skriver ting som ikke gir noen mening
- får panikk, er engstelig eller merkbart depriment, eller har selvmordstanker
- mister variasjon i humøret, er "likegyldig". Mangler uttrykk for følelser
- har markerte humørsvinginger, upassende følelsesmessige reaksjoner
- hører stemmer som ingen andre kan høre
- tror, uten grunn, at andre lager komplott, spionerer eller følger etter en
- tror at en blir skadet, eller påvirket til å gjøre ting mot ens vilje av fjernsyn, radio, romvesen, djevelen etc
- tror at ens tanker blir påvirket eller at en kan påvirke tankene til andre

Endringer av denne typen kan være tydelige tegn på at noe er galt og at vedkommende har behov for undersøkelse, spesielt hvis oppførselen har vart noen uker.

I denne mappen vil du finne et screeningverktøy som kan hjelpe deg med å avdekke mulig psykoseutvikling. OppdagelsesTeamet i TIPS gir en "24 timers utredningsgaranti", der vi utreder videre med PANSS-intervju.

Dette intervjuet vil kunne bidra til å fastslå om det foreligger en psykotisk lidelse.

HVOR TIDLIG KAN PSYKOSER OPPDAGES?

De fleste pasienter som får en første episode psykose opplever en relativ lang periode med ikke-psykotiske symptomer preget av uspesifikke og mer spesifikke symptomer: prodromalsymptomer, eller (Ultra High Risk (UHR)). Ved psykosegjennombruddet har mange allerede opplevd tap av kognitiv og psykososial fungering. Vi ønsker nå å ta erfaringene fra TIPS et skritt videre og undersøke om det er mulig å forebygge psykose.

Nye blokker kan bestilles fra TIPS.

Kartlegging av personer med høy risiko for utvikling av psykose.
I 2012 starter en ny studie i Helse Fonna og Helse Stavanger.
Denne studien kalles POP - Prevention Of Psychosis, der målet er å identifisere og behandle hjelpesøkende personer med høy risiko for å kunne utvikle psykotiske lidelser.

TIDLIGE TEGN

Isolerer seg

Sover dårlig

Angst

Tristhet

Konsentrasjonsvansker

Forsømmer husarbeid, hygiene, jobb eller skole

Ekstremt opptatt av temaer som døden, politikk eller religion

Store humørsvingninger

Tankene høres ut som stemmer

Snakker usammenhengende

Føler seg forfulgt eller styrt av andre

SCREENING VERKTØY

til bruk for behandlere i spesialisthelsetjensten
og psykologer i førstelinjetjenesten

PSYKOSE SCREENINGINSTRUMENT

Veiledende spørsmål som er ment å gi retningslinjer på tegn for hvert symptom som observeres. Det er ikke nødvendig å oppfylle hvert kriterium for å oppnå en spesifikk skåring. Grunlaget for skåringen inkluderer observasjoner og rapporteringer.

For hvert bekrefteende svar på et spørsmål, skal intervjueren bruke veiledende spørsmål for å skaffe mer informasjon.

- Debut, varighet, hyppighet
 - Lidelens intensitet. Hvordan opplever du dette? (Plager det deg?)
 - Hvor stor grad påvirker det livet ditt: Foretar du deg noe på grunnlag av disse opplevelsene? Gjør du noe annerledes på grunn av dette?
 - Grad av overbevisning/betydning. Hvordan forklarer du denne opplevelsen? Føler du noen ganger at det bare er tankene som spiller deg et puss?
- Tror du at dette er virkelig?

Viktig observasjon under intervjuet:

Har du vanskeligheter med å følge med på pasientens svar, eller forstå hva pasienten sier? Virker pasienten å være svært taletrengt? Har pasienten problemer med å svare, og virker perpleks eller tankeblokkert? Virker pasienten å ha problemer med å holde fokus på tema, "går seg vill i sine egne ord"?

1. Fraværende til mild	2. Moderat til moderat alvorlig	3. Alvorlig, men ikke-psykotisk til psykotisk nivå
Tvil omkring sikkerhet. Høy vaksomhet uten noen tydelig farekilde.	Forestilling om at folk er fiendtlige, ikke til å stole på og/eller vil en vondt. Uforutsette hendelser av ikke forfølgelseskarakter om at tankene spiller en et puss.	Tankene spiller en et puss eller opplever mentale hendelser/ekstern kontroll/magisk tenking som virkelig, men tvil kan fremkalles. Svakt organiserte oppfatninger om fare eller fiendtlige hensikter. Vrangforestilte overbevisninger (uten tvil), i det minste periodisk. Påvirker som regel tenking, sosiale relasjoner eller atferd. Vrangforestilt paranoid overbevisning.
Private tanker om overlegenhet når det gjelder intellekt eller talent.	Forestilling om å være usedvanlig begavet, mektig eller spesiell. Kan være ekspansiv (skrytende). Tydelig oppfatning om å bli iaktatt eller utpekt.	Vedvarende oppfatning av å ha uvanlig høy intelligens, være tiltrekkende, ha makt eller berømmelse. Skepsis om overbevisningene kan fremkalles. Påvirker ofte atferd og handling.
Små merkbare forandringer i følsomhet for sansinntrykk. Følelse av at tankene spiller en et puss og at det oppleves forvirrende. Følelse av at noe er annerledes.	Gjentatte formløse bilder eller skygger, hører vage lyder, osv. Flyktige hallusinasjoner som ikke er virkelige.	Tilbakevendende hallusinasjoner, opplever det som virkelig, og tydelig forskjellig fra personens tanker.
Tidvis vag og forvirret kommunikasjon, kan miste tråden i kortere perioder.	Tidvis feil bruk av ord, irrelevante temaer. Myster ofte tråden, men svarer lett på oppklarende spørsmål. Stereotyp/omstendelig tale. Personen er i stand til å formulere seg sammenhengende igjen ved oppklarende spørsmål og struktur.	Samtalen er ofte på siden av tema (dvs kommer aldri til poenget). Noe oppløsning av assosiasjoner under press. Kan svare korrekt på korte spørsmål. Kommunikasjon er løs eller irrelevant/ubegripelig under minimalt press eller når innholdet i kommunikasjonen er kompleks. Ikke mottakelig for strukturering av samtalen.

Risikosymptomer for psykisk lidelse

Har du hatt uvanlige eller plagsomme tanker, følelser
og erfaringer i løpet av den siste måneden?

Dette kan være tegn på psykiske forstyrrelser.
Her kan du teste deg selv for å finne ut om du behøver hjelp.

PQ-16





KAN ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER FOREBYGGES?

**Informasjon om
en ny studie i TIPS**

TIDLIG OPPDAGELSE GIR BEDRE RESULTATER

TIPS-studien (Tidlig Intervensjon ved Psykose) viser at bruk av informasjonskampanjer og tidlig oppdagelsesteam i Rogaland kan redusere varigheten av ubehandlede psykotiske symptomer ned til 5 uker ved første episode psykose. TIPS-studien har også vist at tidlig oppdagede pasienter har et bedre forløp over de første 10 årene av behandlingen. Pasientene fra Rogaland hadde mer enn dobbelt så gode odds for å bli helt symptomfri og i tillegg ha fullt arbeid og bo selvstendig 10 år etter sykdomsstart, enn pasienter fra helsesektor uten tidlig oppdagelse. 30,7% av pasientene fra tidlig oppdagelsessektoren oppfylte disse kriteriene, mot 15,1% i kontrollsektor.

HVOR TIDLIG KAN PSYKOSER OPPDAGES?

De fleste pasienter som får en første episode psykose opplever en relativ lang periode med ikke-psykotiske symptomer preget av uspesifikke og mer spesifikke symptomer (prodromalsymptomer, eller (Ultra High Risk (UHR)). Ved psykosegjennombruddet har mange allerede opplevd tap av kognitiv og psykososial fungering. Vi ønsker nå å ta erfaringene fra TIPS et skritt videre og undersøke om det er mulig å forebygge psykose.

NY STUDIE VÅREN 2012 I BÅDE HELSE STAVANGER OG HELSE FONNA

I mars starter en ny studie og et lignende program som TIPS. Denne studien kalles POP - Prevention Of Psychosis, der målet er å identifisere og behandle hjelpsøkende personer med høy risiko for å kunne utvikle psykotiske lidelser. Hvis vi lykkes med dette, vil vi både kunne hindre utviklingen av psykose hos enkelt-personer, men også på sikt kunne påvirke forekomsten av sykdommen.

Screeningskjema og mer informasjon sendes ut i februar.

Selv om familie og venner er den største henvisergruppen, er legene de beste henvisere med hensyn til presisjon og vurdering av psykoseproblematikk. Vi utarbeider skjemaer og informasjon som sendes ut til legekantorene og andre treffpunkter der pasienter kan tenkes å oppdages.

Har du en pasient i din praksis som du mistenker står i fare for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse som psykose kan du få hjelp til en strukturert utredning for å vurdere din pasients tilstand.

ALLE PASIENTER TILBYS OPPFØLGING

I POP studien vil alle pasienter i prosjektet vil bli tilbudt en oppfølging i prodromal behandlingsprogrammet i 2 år, eller frem til eventuell konvertering til psykose (ved evt utvikling av psykose vil det i stedet gis ordinær psykosebehandling fra relevant klinisk enhet).

Behandlingsprogrammet vil inneholde følgende elementer.

- 1 | Individuell kognitiv atferdsterapi (CBT)
- 2 | Enkelt-familie arbeid for hjelpsøkende pasienter og deres familier med en klar psykoeduktiv tilnærming rettet mot forståelse og mestring av aktuelle symptomer
- 3 | Kosttilskudd med Omega-3 fettsyrer
- 4 | Monitorering av klinisk status

POP-STUDIEN - ET NYTT PROSJEKT I TIPS

I løpet av det siste tiåret har det blitt mulig å identifisere personer med relativ høy risiko for et snarlig gjennombrudd av en psykotisk lidelse (schizofrenispektrum lidelser, inkludert noen tilfeller av psykotisk bipolar lidelse). Fordi prodromaltilstandene er kliniske i sin natur, vil personer som utvikler prodromal-symptomer ofte søke hjelp hos helsepersonell i førstelinjen, for eksempel en fastlege, helsesøster eller psykolog. De kan også søke råd hos personer utenfor helsevesenet, slik som rådgiver på skolen eller venner som har tilknytning til helsevesenet. På grunn av at tilstandene er relativt sjeldne, og ikke inngående beskrevet i lærebøker, er det nødvendig at spesialisttjenesten bidrar med tjenester som er aktiv oppsøkende og gir informasjon til potensielle henvisningskilder utenfor spesialisthelsetjenesten. I tillegg må også hjelpsøkende personer med høy risiko for psykoseutvikling bli møtt med en lav terskel for å få utredning og adekvat hjelp.

Prosjektet vil gjennomføres i samarbeid mellom foretakene Helse Fonna HF og Helse Stavanger HF. Forskningsstudien som er knyttet til dette prosjektet er godkjent av Regional Etisk Komité (2009/949).

LEDELSE

Prosjektet er ledet av et prosjektstyre bestående av:

Sjeflege, Psykiater / førsteamanuensis Jan Olav Johannessen
MD PhD (Stavanger, PI)

Professor Thomas McGlashan MD
(Yale University, New Haven CT, USA, International PI)

Med deltagelse fra de samarbeidende
grupper og forskningsmiljø i Norge:

Forskningsjef Kjetil Ødegård MD PhD

Seniorforsker Erik Johnsen MD PhD (Bergen)

Forskningsjef Oddbjørn Hove (Fonna)

Sjeflege, Psykiater Knut Erik Hymer MD (Østfold)

Professor Tor Ketil Larsen MD PhD (Stavanger)

Forsker Inge Joa PhD (Stavanger)

(Regionalt forskningsnettverk for psykose Helse Vest)

Kontakt:



Telefon 51 51 59 59
tips@sus.no, tips-info.com

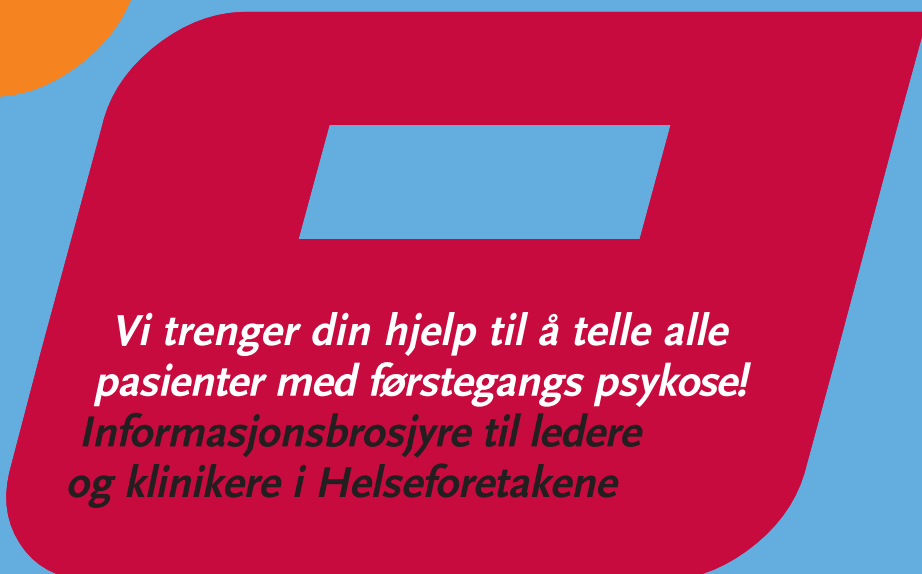


TIT
Tidlig Intervensjons Team
Telefon 907 61 525
kornelie.rossebo.saetre@helse-fonna.no



Kan alvorlige psykiske lidelser forebygges?

Norwegian primary prevention of psychosis project (POP)



***Vi trenger din hjelp til å telle alle
pasienter med førstegangs psykose!
Informasjonsbrosjyre til ledere
og klinikere i Helseforetakene***

Bakgrunn

Schizofreni og andre psykoser er blant de mest alvorlige psykiske lidelsene. Forskning de siste tiårene har hatt fokus på tidlig oppdagelse og behandling.

-Vi vet nå at:

- ▶ mange pasienter har utviklet alvorlige symptomer og omfattende funksjonssvikt allerede ved første behandlingskontakt
- ▶ risikoen for et alvorlig forløp øker med lengden av ubehandlet sykdom

Resultatene fra TIPS-prosjektet (Tidlig Intervensjon ved Psykose) viser at det er mulig å forkorte varigheten av ubehandlet psykose, og at denne forkortinga følges av et bedre forløp med mindre komplikasjoner.

Nasjonale og internasjonale studier viser at vi kan identifisere personer med høy risiko for å utvikle psykoselidelse og at spesifikke intervensjoner kan forebygge eller utsette debut av psykose. I Rogaland har man i TOPP-prosjektet (Tidlig oppdagelse av pre-psykose) vist at ca 20% utvikler psykose i løpet av det første året. Vi har håp om oppdagelse av pre-psykose vil kunne minske innsidens av psykose.

Formål

Dette prosjektet er en multisenter studie der flere regionale helseforetak i Helse Sør-Øst og Helse Vest inngår. Studien dekker en populasjon på om lag 2,1 mill innbyggere fra helseforetakene Fonna, Bergen og Stavanger, samt sykehusene Sørlandet, Akershus universitetssykehus og Østfold.

Studien har som hensikt å undersøke om en ved å forebygge utviklingen av alvorlige psykiske lidelser faktisk reduserer insidens av psykoselidelser.

Programmet bygger på erfaringene som er gjort i TIPS/TOPP-studien, og inkluderer følgende elementer:

- ▶ informasjon til allmennheten
- ▶ informasjon til - og opplæring av - primærhelsetjenesten og fagpersoner i skolen
- ▶ etablering av lavterskel Tidlig Oppdagelses Team av spesialisert, klinisk personale som vil bistå med utredning
- ▶ etablering av et optimalt behandlingsprogram for pasienter i risikogruppen

Hovedvekten i behandlingsprogrammet vil være på relativt brede psykososiale tilnærmeringer slik som kognitiv terapi samt et psyko-educativt familieprogram. Personer som på tross av dette utvikler nær-psykotiske symptomer vil bli tilbudt individuelt tilpasset medikamentell behandling ut fra behov.

Hypoteser

HOVEDHYPOTESE:

Antallet nye tilfeller av psykotiske lidelser kan reduseres gjennom forebyggende intervensjon.

DELHYPOTESE:

Varighet av ubehandlet psykose vil være kortere i områdene med forebyggingsprogram sammenlignet med områder uten.

Design

Studien er en prospektiv, longitudinell multisenter undersøkelse hvor forebyggingsprogrammet vil innføres i opptaksområdene til Helse Stavanger, Helse Sørlandet og Helse Fonna (Rogaland, Aust- og Vest-Agder og Sunnhordland).

Alle pasienter i alderen 13-65 år som kommer til behandling for første gang for en psykotisk lidelse (diagnose området F20-F29, samt lidelser i området F30-F39 med psykotiske symptomer) skal registreres.

I disse tre områdene vil årlig insidens sammenlignes med forekomsten i tre tilsvarende opptaksområder, dvs. Helse Bergen, Sykehuset Østfold og Akershus Universitetssykehus.

Alle seks sektorene vil det første studieåret kun gjennomføre en insidensundersøkelse.

Dette innebærer en systematisk registrering og kartlegging av alle første-episode psykosetilfeller som kommer til behandling i spesialist-helsetjenesten.

I de to neste studieårene vil intervensjonsområdene i tillegg innføre forebyggingsprogrammet. Områdene med vanlig behandling vil i disse to årene fortsette insidensundersøkelsen. Dersom resultatene fra intervensjonsområdene tyder på at programmet virker, vil dette også innføres i de tre vanlige behandlingsområdene for å undersøke om de har samme effekt der.



PROSJEKTET HAR DERFOR TO HOVEDDELER:

1. Den ene er en insidensstudie som vil gjennomføres i alle seks opptaksområder over tre år. I denne delen vil alle pasienter som kommer til sin første behandling for en psykotisk lidelse undersøkes for å fastslå om det faktisk dreier seg om en første-gangs psykose. Undersøkelsen vil være relativt kortfattet, og bestå av et diagnostisk intervju, et symptomintervju samt en kartlegging av tidligere behandling og varighet av ubehandlet psykose.

Insidensstudien vil gi de enkelte foretakene oppdaterte insidenstall for denne gruppen lidelser, noe som er viktig for videre lokal tilpassing og utvikling av helsetjenestetilbud.

2. Den andre er oppdagelse og behandling av pasienter som fyller kriteriene for risikoutvikling av psykoselidelser. Disse vil inngå i behandlingsdelen (kognitiv terapi og familiearbeid) av forebyggingsprogrammet (Intervensjonsstudien). I denne delen vil alle hjelpsøkende med tegn på risiko for utvikling av alvorlig psykisk lidelse intervjues for å kartlegge symptomprofiler (SIPS strukturert intervju for prodromal-symptomer) samt kartlegging av mer generelle psykiske og kognitive vansker gjennom en kort nevropsykologisk undersøkelse. Personene som inngår i denne delen av studien vil følges opp etter 6 måneder, etter 12 måneder (ved behandlingsavslutning) og etter 24 måneder for å følge utviklingen av symptomene.

Rammefaktorer

Prosjektet ble initiert av TIPS - Regionalt nettverk klinisk psykoseforskning Helse Vest ved Stavanger Universitetssjukehus og TIPS Sør-Øst. Det er nå et samarbeid mellom flere større forskningsmiljøer på psykoseområdet i Norge: Stavanger Universitetssjukehus, Universitetet i Bergen, Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, samt Sykehuset Sørlandet og Sykehuset Østfold.

Prosjektet vil inngå som del av TOP-studien som er en stor tverrfaglig forskningssatsing på alvorlige psykiske lidelser. Målet er å få mer kunnskap om kliniske, biologiske og miljømessige forhold ved psykotiske lidelser. Et av hovedformålene er å undersøke genetiske faktorerens bidrag til sykdomsmekanismer og sykdomsutvikling.

Hva betyr dette for deg?

Ved oppstart av insidensstudien vil det være avgjørende at alle pasienter med en førsteepisode psykose blir identifisert. De enkelte foretak vil ha en koordinerende kliniker/forsker tilknyttet studien. Denne personen er din kontaktperson i forhold til å melde inn nye pasienter.

Prosjektstart er 1. januar 2011, med forbehold om finansiering.



Følgende ansvarlige ledere/kontaktpersoner er tilknyttet studien:



Insidens: Sykehuset Østfold
Lokal kontaktperson:
TIPS Østfold
Sigrun Hope, overlege
Telefon 69 95 20 00, mobil 928 58 895
sigrun.hope@so-hf.no

Insidens: Akershus Universitetssykehus
Lokal kontaktperson:
Aina Holmén, psykolog
Mobil 986 64 501, aina.holmen@ahus.no

Insidens/Intervensjon: Helse Sørlandet
Lokal kontaktperson:
Torunn Risdal Momrak, koordinator
Mobil 911 72 301, torunn.risdal.momrak@sshf.no



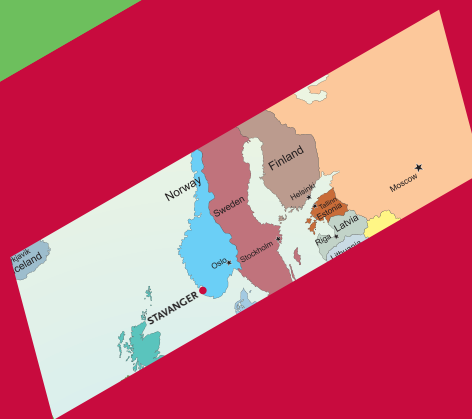
Insidens: Helse Bergen
Lokal kontaktperson:
Erik Johnsen, overlege
Telefon 55 95 84 00, mobil 924 56 225
erij@helse-bergen.no

Insidens/Intervensjon: Helse Fonna
Lokal kontaktperson:
Katrinn Wegner, forskningskoordinator
Telefon 52 73 28 74, mobil 469 47 745
katrin.wegner@helse-fonna.no

Insidens/Intervensjon: Helse Stavanger
Lokal kontaktperson:
Hans Arild Nesvåg, koordinator
Telefon 51 51 56 55, mobil 909 55 811
hnrl@sus.no

Styringsgruppen består av representanter fra alle helseforetakene og ledes av:
Jan Olav Johannessen (PI), Stavanger Universitetssjukehus,
Ingrid Melle (PI), Oslo universitetssykehus
og Professor of Psychiatry Thomas McGlashan (PI) Yale University

PREVENTING PSYCHOSIS: THE POP PROJECT



BACKGROUND

The Prevention Of Psychosis (POP) project (2012-2014) focuses on early detection and treatment of individuals at high risk for developing psychosis. The hypothesis is that the number of individuals converting to psychosis will decrease due to this early intervention effort.

This is a regional multicentre study. Starting March 2012 high-risk patients from two Norwegian treatment centres covering a population of 440 000 are recruited through information campaigns and assessed by low-threshold detection teams. Participants are offered cognitive behavioral therapy (CBT), family therapy, omega-3 and a two year follow-up of symptoms and neuropsychological functioning.

CBT IN POP PROJECT

The efficacy of CBT for patients with psychotic symptoms has been demonstrated in a number of randomized control trials. The current NICE guidelines for psychosis and schizophrenia in children and young people recommend that CBT should be routinely offered for first episode and recurrent psychosis. The guidelines also recommends considering CBT for young people with attenuated psychotic symptoms. This recommendation is based on evidence from randomized controlled trials indicating that providing CBT to people at risk of psychosis can delay and possibly prevent psychosis. It has few sideeffect and promotes skill aquisition that can be beneficial for people who never develop psychosis.

CBT offered in the study is based on protocol by French and Morrison (2004) and is provided by novice CBT therapists. Most of the therapists in the POP project have worked previously with CBT and/or psychosis. The maximum number of sessions is usually around 24-30 and the average around 12. Extra sessions are provided on a need-based principle. The CBT therapists are divided in groups of around 3-5 members and they have regular supervision meetings. The CBT therapists have regular meetings with the project coordinators and the family therapists. Paul French is an overall supervisor for the CBT therapists and there have been 5 workshops with him so far.

The CBT -process for patients at high risk for psychosis will during the therapy sessions include:

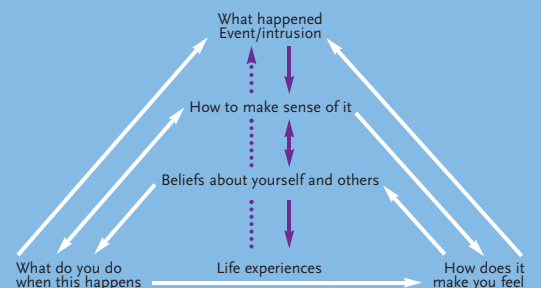
1. Develop a therapeutic relationship.
2. Establish a shared problem list.
3. Case formulation.
4. Interventions derived from formulation.
5. Relapse prevention.

RESULTS

Over the first 15 months, 51 individuals were referred and screened, 21 were eligible and 15 were included. 10 of them have been provided CBT. 1 participant receiving CBT has transitioned to psychosis.

Total individuals referred	51
Fulfilling inclusion criteria	21
Consenting to follow-up	15
Receiving CBT	10
Conversion to psychosis	1

THE MORRISON'S MODEL OF PSYCHOSIS



CONCLUSIONS

The preliminary results are still inconclusive. The project will continue and further data will be collected.

Authors: I. Elvik¹, P. Drosos², A. T. Lundqvist³, I. Joa⁴, P. French⁵, J. O. Johannessen^{1*}
 1. Regional Centre for Clinical Research in Psychosis, Department of Psychiatry, Stavanger University Hospital, Norway
 2. Faculty of Social Sciences, University of Stavanger, Norway
 3. Helse Fonna HF, Psychiatric Clinic, Haugesund, Norway
 4. School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK
 5. Greater Manchester West Mental Health NHS Trust, Manchester, UK