

## Utredning og diagnostisering av psykoselidelser- Status for anbefalinger i veiledere og forslag til klinisk praksis

John Chr. Fløvig  
Overlege  
St. Olavs Hospital, avd Østmarka  
Trondheim

Psykiatriveka 2010

## Schizofreni insidens

- Ca 10-15 per 100000 innbyggere per år
  - Ca 500-700 per år i Norge
  - Ca 3-5 per 30000 innbyggere per år
- 1178 yrkesaktive psykiatere i Norge per 040110, ca 400 i DPS?

## Aktuelle veiledere

- Schizofreni- Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. IK-2726. Statens helsetilsyn utredningsserie 9-2000.
- Referenceprogram for skizofreni. Sundhedsstyrelsen, 2004
- Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition. APA Practice Guidelines, 2004.
- *Utredningsprogram i forskningsprosjekt Tematisk område psykose (TOP- prosjektet), 2004*
- *Clinical Practice Guidelines. Treatment of Schizophrenia. Canadian Psychiatric Association, 2005*
- Distriktpsikiatriske sentre. IS-1388. Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
- *Veileder for utredning av pasienter med førstegangpsykose i Helse Sør-Øst. TIPS Sør-Øst, 2008.*
- *Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). NICE guidance CG82, 2009.*
- Schizofreni- kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Svenska Psykiatriska Föreningen 2009.

## ”Krav til utredning og diagnostikk”

(DPS- veileder, 2006)

”For å sikre en mest mulig korrekt funksjonsbeskrivelse og diagnose bør det i tillegg til grundig anamnestisk intervju brukes standardiserte og strukturerte diagnostiske intervjuer.

Hovedbegrunnelsen for bruk av diagnostiske hjelpemidler (strukturerte diagnostiske intervjuer) er at fagpersonen blir veiledet til å spørre om hele symptomspesifikk. Ved å bruke disse hjelpemidlene minsker sannsynligheten for underrapportering.

MINI intervjuet og SCID-I er eksempler på godt utprøvde diagnostiske hjelpemidler.”

”Det anbefales også å gjøre en mer lidelsesspesifikk kartlegging med standardiserte måleinstrumenter når man har identifisert en hovedlidelse.”

”Vurdering av selvmordsrisiko inngår som standard i alle førstegangsvurderinger og utredninger i psykisk helsevern.

Det anbefales å benytte standardiserte og velprøvde kartleggingsverktøy.”

Vurdering av risiko for å være til fare for andre

”Et velprøvd kartleggingsinstrument som har fått stor internasjonal anvendelse er HCR-20, Historical- Clinical- Risk scheme”

## Hvem skal utrede psykose?

- ”det anbefales at diagnostisering av førstegangssyke gjøres av spesialister i psykiatri eller klinisk psykologi.” (IK-2726)
- DPS ansvar for spesialisert utredning og behandling
- Sentraliserte sykehusfunksjoner ansvar for særlig vanskelige og kompliserte tilstander. (IS-1388)
- ”Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten.” (Pasientrettighetsloven § 2.3)

## Ventetid

Forskrift om prioritering av helsetjenester § 4a:  
*Særskilte fristregler for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet*

"Barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering som nevnt i § 4 første ledd første punktum, innen 10 virkedager fra henvisningen er mottatt."

>Prioriteringsveileder (2008): behandling ved symptomer på mulig psykoseutvikling

Som hovedregel:

- rett til prioritert helsehjelp
- maksimumsfrist 2 uker

Raskere evt. Ø-hjelp ved behov

## Rapportering av VUP

- Varighet av Ubehandlet Psykose  
– (Duration of Untreated Psychosis, DUP)
- Ved første sykdomsepisode med psykotiske symptomer og F20-29
- Skjema med veiledning fra Helsedirektoratet  
– Enkel utfylling på en side  
– [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), søk på "vup"

## Andre vurderinger

- Førerkort
  - Må ha dispensasjon ved psykose
    - IS 1348
- Pass
  - Vurder hvis fare for offentlige utgifter til hjemreise
    - NOU 1994:13, pnkt 3.11
- Våpen
  - Vurder melding hvis "psykisk ustabil" og fare
    - IS-7/2003

- "Retningslinjene kan ikke brukes som pålegg overfor den enkelte behandler, men representerer en praksis som er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og allment aksepterte faglige normer." IK-2726

## Anamnese og sosiale forhold

Psykisk sykdom i slekten – familietre

Sykdom, påkjenninger i svangerskapet

Perinatale komplikasjoner (barselsjournal)

Familieforhold

Oppvekst og utvikling

Egne barn

Bosted, flytting

Kultur, etnisitet, migrasjon

(understreket det som jeg har forandret i forhold til IK-2726)

## Tidligere helse

Somatisk sykdom, infeksjoner, hodetraumer

Tidligere psykiatrisk undersøkelse og sykdom

Sykehusinnleggelse og behandling

Medisinering

Mosjon

Kosthold

Vaner/ livsstil

Tidligere bruk av tobakk, alkohol og narkotika

## Skole, utdanning, arbeid, økonomi

Skolegang  
Utdanning  
Arbeid  
Verneplikt/ siviltjeneste  
Inntekt, trygd, gjeld (inkl. privat)  
Høyeste funksjonsnivå

## Personlige forhold

Personlighet, interesser, aktiviteter  
Forhold til andre, evne til etablere og holde på kontakt, seksualanamnese  
Livsfase-adekvate mål og utvikling i forhold til disse  
Sosialt nettverk

## Sykdomsutvikling

Debut av symptomer  
Sykdomsutvikling  
Behandling inkl. medisiner, effekt og bivirkninger  
Selvmordsforsøk  
Aktuelle belastninger og problemer  
Pasientens eget forhold til sin lidelse og livssituasjon  
Bruk av tobakk, alkohol, narkotika  
Tidligere vold, både som utøver og offer  
Kontakt med politiet, dommer og soning

## Symptomvurdering

SCI-PANSS (med manual for skåring)  
CDSS, Calgary Depression Scale for Schizophrenia  
AUDIT, DUDIT, Drake (AUS, DUS)  
V-RISK-10 (se IS-9/2007)  
GAF

Mange andre mulige skjema ved behov, se bla. TIPS Sør-Øst 2008, bla om livskvalitet, pårørende og behov  
EASE kan oppleves svært nyttig

## Suicidalvurdering

Risikofaktorer for selvmord som bør kartlegges (IS-1511):

- Psykisk lidelse
- Rusmiddelavhengighet/rusmiddelmisbruk
- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)
- Brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnhet)
- Selvmord i familien
- Tap av selvaktelse/ærekrenkelse (media)
- Manglende nettverk

Andre faktorer ved tidlig psykose:

kort sykdomsvarighet, høyt premorbid funksjonsnivå, frykt for mental oppløsning, håpløshetsfølelse, depresjon, agitasjon/motorisk uro, lav etterlevelse av behandling

Vurdering av aktuell suicidalfare i MINI del C

## Somatisk utredning

Somatisk status: cor, pulm, abd  
Neurologisk us: pupiller, reflekser, gange  
BT, puls  
Høyde  
Vekt  
Livvidde  
Tannstatus  
Syn, hørsel

## Laboratorieundersøkelser

Rutineblodprøver

Narkotika-screening

MR cerebrum

Kompletterende undersøkelser

## Rutineprøver

- Hb, røde, hvite, trc, mcv, mch, mchc, CRP
- ASAT, ALAT, GT, CK, LD
- Kreat, Albumin, Na, K, Cl, Mg, Ca total, P
- TSH, FT4
- TG fastende, kolesterol inkl HDL/ LDL, bls fastende
- Folat i erythrocytter, Vit B12
  
- Urinprøve: Amfetamin, amfetaminlignende, kokain, cannabis, opiater, benzodiazepiner, phencyclidin
  - Tilpass lokal rusbruk

## Kompletterende undersøkelser ved begrunnet mistanke

- Infeksjonsprøver
- Hepatittserologi
- HIV, lues (syfilis), Borrelia
- Endokrinologisk utredning
- EEG
- Kromosomavvik (22q11.2, fragilt X osv)
- EKG
- PEF
- Kondisjon

## Nevropsykologisk utredning

- Motorisk tempo
- Psykomotorisk tempo
- Oppmerksomhet
- Arbeidsminne
- Verbal hukommelse
- Visuell hukommelse
- Intelligens
- Eksekutiv funksjon
- Premorbid evne

## Allment funksjonsnivå, psykososiale forhold og omsorgsbehov

Ressurskartlegging (egen, familie, nærmiljø)

Funksjonsnivå i dagliglivets aktiviteter (ADL)

Nettverk og familieforhold (funksjonelle/ dysfunksjonelle forhold, støtte- og/eller behandlingsbehov)

Boligforhold

Interesser og fritidsaktiviteter

Vurdering av livskvalitet

Vurdering av individuelt optimal omsorg

## Diagnostisering

- Bruk MINI eller SCID I (begge DSM-IV)
- Intervju hvis mulig eller bruk journalopplysninger
- Diskuter diagnose i enheten/ med kolleger
- Diagnose etter ICD 10 kriterier
- Bruk all tilgjengelig informasjon i vurdering
- Revurder andre diagnoser når man setter psykosediagnose
  - Bruk ikke samme symptomer til flere diagnoser
  - Sett ikke annen diagnose i tillegg hvis symptomer skyldes schizofrene opplevelser

## Tidlige tegn til psykose

- Sosial isolering og minsket omgang med familie og venner
- Endret oppfatning om egen person eller kjenner ikke igjen seg selv
- Endret virkelighetsoppfatning og realitetstesting
- Unndrar seg fra arbeide eller skole over lengre tid
- Endret interesser eller endret intensitet
- Uforståelige følelsesutbrudd og merkelig atferd
- Økt følsomhet for sanseintrykk
- Endret døgnrytme eller endring av søvnlengde
- Forstyrret selvopplevelse

## Økt risiko for kronisk psykose

- Schizotyp lidelse med økende funksjonssvikt
- Kortvarige eller svake psykosesymptomer
- Gjentatte rusutløste psykoser
- Arvelig belastning

## Differensialdiagnoser

- Affektive lidelser
- Autistiske lidelser, Aspergers syndrom
- Schizotyp lidelse
- Rusutløst/ medikamentutløst psykose
- Tvangslidelse
- Dissosiasjon
- Organiske lidelser
  - Febersykdommer, temporallappsepilepsi, hjernesvulst, annen hjerneskade, kromosomavvik, endokrine- og metabolske forstyrrelser, infeksjoner, multipel sklerose, autoimmune sykdommer

## Komorbide lidelser

- Ruslidelser
- Depresjon
- Tvangslidelse
- PTSD
- Angstlidelser
- Personlighetsforstyrrelse
  
- Somatisk: metabolsk syndrom, astma/ bronkitt, hjertesykdom, virushepatitt

## Hvordan få til god utredning

- Tilgjengelig informasjon om hjelp
- Tilgjengelig behandlingsapparat
- Tilpasset hjelp inkl. ambulant
- Etablere kontakt, tillit, arbeidsallianse
- Omfattende informasjonsinnhenting fra pasient, pårørende, tidligere behandlere, politi, andre
- Kort, systematisk realistisk utredningsprogram som brukes
- Kartlegg pasientens opplevelse
- Ekspertvurdering i spesialteam
- Bruk både verktøy og klinisk skjønn
- Håndter reaksjoner på diagnosen
- Overføre informasjon om diagnose og behov for behandling
- Følg opp uavklarte tilfeller
- Revurdere diagnosen etter ½- 1 år
- Delta i forskningssamarbeid

## Trondheim, Østmarka, post 3

- <http://folk.ntnu.no/flovig/p3>
- Linker til diverse instrumenter, veiledninger og til en utrednings- og behandlingsplan for innlagte pasienter i posten
  
- [john.chr.flovig@ntnu.no](mailto:john.chr.flovig@ntnu.no)