Skizofreni og andre primære psykoselidelser

- Diagnostisk udredning af børn, unge og voksne

Version 1.0

GODKENDT
Faglig godkendelse
8. november 2023 (DMPG)
Administrativ godkendelse
13. november 2023 (Retningslinjesekretariatet)
REVISION
Planlagt: 10. november 2026

INDEKSERING
Skizofreni, psykose, diagnostik

Indholdsfortegnelse

Om denne kliniske retningslinje 3
1. Anbefalinger (Quick guide) 4
2. Introduktion 6
3. Grundlag 7
4. Referencer 22
5. Metode 25
6. Monitorering 29
7. Bilag 30

Om denne kliniske retningslinje

Regionernes sundhedsdirektører og psykiatridirektører har besluttet, at der skal arbejdes systematisk med at udvikle kvaliteten på psykiatriområdet, og at arbejdet med fordel kan organiseres og gennemføres med inspiration fra kræftområdet (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper - DMCG´erne). I forlængelse heraf har direktørkredsen besluttet, at der skal udvikles nye evidensbaserede retningslinjer inden for psykiatriområdet med bistand fra Retningslinjesekretariatet i RKKP og med anvendelse af den model, der anvendes der. Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMPG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet.

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på psykiatriområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, ud over de centrale anbefalinger (kapitel 1 – quick guide), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3), referencer (kapitel 4) og anvendte metoder (kapitel 5).

Anbefalinger mærket A baserer sig på stærkeste evidens (typisk systematiske reviews og randomiserede studier) og anbefalinger mærket D baserer sig på svageste evidens (ekspertkonsensus). Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter ”Oxford Centre for Evidence-BasedMedicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations”, findes her.

Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

Retningslinjeskabelonen er udarbejdet på baggrund af internationale kvalitetskrav til udvikling af kliniske retningslinjer som beskrevet af både AGREE II, GRADE og RIGHT.

1. Anbefalinger (Quick guide)

Anamnese og interview

1. **Det anbefales, at udredningen omfatter en tværfaglig vurdering med deltagelse af speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (voksne) eller børne- og ungdomspsykiatri (børn og unge) (C)**

2. **Det anbefales at anvende det semistrukturerede diagnostiske interview PresentState Examination (PSE). Hos børn og unge kan endvidere anvendes Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (B-D)**

3. **Det anbefales at kortlægge den neuropsykiatriske udviklingsanamnese siden fødslen inklusiv en tidslinje for debut af symptomer, funktionstab, belastninger og evt. tidligere udredning og behandling (C)**

4. **Fremmed- eller to-sprogede patienter bør tilbydes tolkesamtale, så det kliniske interview så vidt muligt foregår på modersmålet (B)**

5. **Det anbefales at indhente informationer fra pårørende eller andre informanter (C)**

6. **Ved brug af rusmidler anbefales at udrede med fokus på både psykose og rusmiddelbrug samtidigt (B)**

7. **Det anbefales at screene for problemskabende brug af alkohol med værktøjet AUDIT (C)**

8. **Det anbefales at screene for problemskabende brug af andre rusmidler medredskabet DUDIT (C)**

Somatisk udredning

9. **Der bør gennemføres objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse herunder måling af vitale værdier (BT, P, evt. temperatur) samt BMI (D)**

10. **Der bør som minimum ordineres følgende paraklinik: Rødt og hvidt blodbillede, CRP, elektrolytter, nyrefunktion, leverfunktion, TSH, HbA1c (D)**

11. **Ved mistanke om anden særlig organisk ætiologi eller komorbiditet bør ordineres relevant supplerende paraklinik (kan fx omfatte test ift. reumatologiske sygdomme, jern- og kobbermetabolisme, vitamin B1/B6/B12, HIV, hepatitis, syfilis m.fl.) (D)**

12. **Som led i udredning af akutte (og når relevant ikke-akutte) psykotiske tilstande anbefales urinscreening for brug af euforiserende stoffer (D)**

13. **Ved formodede stofinducerede psykoser bør primær psykoselidelse overvejes ved (C):**

    - **Psykosesymptomer der varer >1 måned efter ophør af rusmiddelbrug**
    - **Gentagne episoder med stofinduceret psykose**
    - **Psykosesymptomer der varer >6 måneder uanset rusmiddelbrug**

14. **Rutinemæssig MR-scanning af alle anbefales ikke, dog med undtagelse af patienter med tidlig (<15 år) eller sen (>45 år) debut (D)**

15. **Ved symptomer, der vækker mistanke om organisk cerebral årsag (herunder neuroinfektion eller autoimmun encefalit), bør gennemføres MR- scanning, lumbalpunktur og evt. EEG (D)**

16. **Overvej genetisk testning hvis indikation på baggrund af anamnese og objektiv undersøgelse (D)**

Supplerende udredning ved diagnostisk usikkerhed

17. **Ved diagnostisk usikkerhed, som ikke kan afklares ambulant, kan observation under indlæggelse overvejes (D)**

18. **Ved særlig kompleks diagnostik anbefales henvisning til højere specialfunktionsniveau (D)**

19. **Overvej at anvende EASE (Examination of Anomalous Self-Experiences) til identifikation af selvforstyrrelser og omfang heraf (B)**

20. **Anvend ikke ADOS/ADOS-2 til differentialdiagnostik mellem autisme og primær psykoselidelse (B)**

21. **Overvej at anvende Rorschach-testning til brug for belysning af forstyrret realitetstestning og perceptionsforstyrrelser (B)**

22. **Overvej at foretage en supplerende kognitiv udredning (D)**

2. Introduktion

Denne retningslinje vedrørende diagnostisk udredning af primære psykoselidelser hviler på en metodisk gennemgang og kvalitetsvurdering af aktuelle internationale guidelines og hvor relevant primærlitteratur på området. Den er udarbejdet parallelt med Sundhedsstyrelsens kommende "Forløbsbeskrivelse for børn og unge med psykoselidelser" og "Forløbsbeskrivelse for voksne med psykoselidelser" og skal ses i tæt sammenhæng hermed. Målgruppen er derfor identisk på tværs af de tre dokumenter og er defineret som alle patienter med mistanke om psykoseudvikling og debut af primær psykoselidelse. Primær psykoselidelse forstås her som en diagnose inden for ICD-10 F20-F29. Herværende dokument supplerer forløbsbeskrivelserne ved at dække emnet diagnostik, medens forløbsbeskrivelserne dækker emnerne opsporing og behandling på tværs af sektorer. Herværende dokument vil blive tilpasset ICD-11, når dette bliver relevant.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret diagnosticeringspraksis af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark.

Der er behov for en national retningslinje for diagnostisk udredning af skizofreni og andre primære psykoselidelser grundet variation i praksis mellem og inden for landets regioner. Symptomgraduering, behandling og monitorering af mere specifikke symptomdomæner, herunder psykotiske symptomer, negative symptomer, neurokognition og socialkognition er ikke omfattet af denne retningslinje.

Retningslinjen indeholder en række anbefalinger og afrundes med et afsnit der beskriver god klinisk praksis for diagnostik ved overlap til andre diagnosekategorier.

Patientgruppe

Patienter med mistanke om psykoseudvikling og debut af primær psykoselidelse i alle aldersgrupper, såvel indlagte som ambulante patienter. Særlige forhold kan gøre sig gældende baseret på alder eller komorbiditet, i så fald er dette beskrevet eksplicit.

For hver anbefaling gælder således, at den er aldersuafhængig og dermed gældende for børn, unge, voksne og ældre, medmindre andet er anført.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udvikling af den kliniske kvalitet.

Til forskel fra forløbsbeskrivelserne, som har bred relevans på tværs af sektorer, har denne retningslinje primært relevans for klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle inden for dansk hospitalsbaseret psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.

3. Grundlag

Anamnese og interview

1. **Det anbefales, at udredningen omfatter en tværfaglig vurdering med deltagelse af speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (voksne) eller børne- og ungdomspsykiatri (børn og unge) (C)**

2. **Det anbefales at anvende det semistrukturerede diagnostiske interview PresentState Examination (PSE). Hos børn og unge kan endvidere anvendes Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (B-D)**

3. **Det anbefales at kortlægge den neuropsykiatriske udviklingsanamnese siden fødslen inklusiv en tidslinje for debut af symptomer, funktionstab, belastninger og evt. tidligere udredning og behandling (C)**

4. **Fremmed- eller to-sprogede patienter bør tilbydes tolkesamtale, så det kliniske interview så vidt muligt foregår på modersmålet (B)**

5. **Det anbefales at indhente informationer fra pårørende eller andre informanter (C)**

6. **Ved brug af rusmidler anbefales at udrede med fokus på både psykose og rusmiddelbrug samtidigt (B)**

7. **Det anbefales at screene for problemskabende brug af alkohol med værktøjet AUDIT (C)**

8. **Det anbefales at screene for problemskabende brug af andre rusmidler medredskabet DUDIT (C)**

Ad anbefaling 1-5

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om anamnese og diagnostisk interview hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6), et systematisk review af moderat kvalitet (7) samt validering af SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), som Present State Examination (PSE) er udarbejdet ud fra (8). I de internationale behandlingsvejledninger er evidensniveauet gradueret som evidensniveau. I forhold til den specifikke anbefaling om brug af det ICD-10 baserede værktøj SCAN/PSE er der tale om evidensniveau B. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) er det værktøj, internationale guidelines anbefaler for børn og unge. Sidstnævnte dogmed forbehold for at være baseret på DSM-systemet D.

Patientværdier og – præferencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at de fleste patienter og pårørende vil være interesseret i at medvirke til en grundig anamnese og klinisk interview.

Rationale

Anbefalingerne lægger vægt på det faglige indhold i udredningen, der går forud for diagnostik, frem for administrative forhold omkring selve det at diagnosticere. Både speciallæger og specialpsykologer uddannes og trænes i udredning og vurdering af psykopatologi, mens vurdering/udelukkelse af evt. organisk årsag eller komorbid organisk lidelse er en speciallægeopgave. Det tværfaglige element i anbefaling 1 (tværfaglig vurdering med deltagelse af speciallæge eller specialpsykolog) fokuserer på at sikre, at tværfaglige observationer og vurderinger af patienten indgår i den samlede diagnostiske proces. Hvilke tværfaglige kompetencer, der vil være relevante at inddrage, vil afhænge af det konkrete patientforløb.

Bemærkninger og overvejelser

Vedrørende anbefaling nr. 1 (tværfaglig vurdering med deltagelse af speciallæge eller specialpsykolog) bemærkes det, at anbefalingen dækker specialpsykolog eller psykolog med tilsvarende specialviden. Det bemærkes endvidere, at der i forhold til børn kræves særlige kompetencer i det tværfaglige team, jf. beskrivelsen til anbefaling 18 (højere specialfunktionsniveau).

Vedrørende anbefaling nr. 2 (semi-struktureret diagnostisk interview) bemærkes det, at PSE (PSE: Kort version til klinisk brug, (9) og SCAN er de eneste semistrukturerede, diagnostiske interview, hvor definitionerne på de psykiske symptomer er godkendt af WHO og dermed identiske med definitionerne i ICD-10 (8). PSE er således den forkortede version af SCAN, som afdækker og definerer de enkelte symptomer og tegn, som indgår i de diagnostiske ICD-10 kriterier. Hos børn og unge står det frit for den enkelte kliniker at vælge mellem PSE og K-SADS. Valget mellem dem bør primært afgøres af hvilket instrument, klinikeren er bedst hjemme i.

Uanset instrument skal barnet/den unge så vidt muligt interviewes uden forældrenes tilstedeværelse, og forældrene uden barnets tilstedeværelse, for at sikre valide svar.

- Særligt vedr. PSE og børn/unge: Der foreligger gode kliniske erfaringer med at anvende PSE i samme aldersspænd (6-18 år) som K-SADS blandt danske klinikere med specialviden på området og erfaring med aldersgruppen. Der skal være opmærksomhed på at udføre 2 interviews, dvs. 1 med barn/ung og 1 med forældre/omsorgsgivere. Forældreinterviewet kan tage udgangspunkt i PSE's spørgeramme eller kan udgøres af K-SADS forældre-del.
- Særligt vedrørende K-SADS: Valideret til 6-18-årige. Psykose-supplementet åbner kun såfremt der opnås tærskelværdi i screeningsspørgsmål som alene omhandler hallucinationer og vrangforestillinger. Perceptionsforstyrrelser, katatone symptomer, disorganiserede symptomer, kognitive symptomer og negative symptomer må dermed opfanges andre steder i interviewet, hvilket betyder at klinikeren konsekvent skal overrule algoritmerne. Valget mellem K-SADS-PL, K-SADS 5 ogK-SADS-COMP må bero på præference og tilgængelighed. Computerversioner bør dog kun anvendes, såfremt de tillader ubegrænset åbning af supplementerne. Det vigtigste er, at instrumentet anvendes som et fleksibelt samtaleværktøj af kliniker med specialviden på området og erfaring med aldersgruppen. K-SADS er udformet til DSM-systemet, og algoritmegenererede diagnose-output bør ikke anvendes i dansk diagnostisk praksis.

Vedrørende anbefaling 3 (kortlægning af neuropsykiatrisk udviklingsanamnese): En neuropsykiatrisk udviklingsanamnese indeholderen kortlægning af psykiatriske symptomer inklusiv symptomer på gennemgribende udviklingsforstyrrelse og opmærksomhedsforstyrrelse siden fødslen, inklusiv debuttidspunkt og tidsmæssig udvikling af hvert enkelt symptom. Der kan med fordel anvendes tidslinje hvorpå belastninger også

noteres.

Vedrørende anbefaling 4 om tolk til fremmed- eller tosprogede patienter så er målgruppen her patienter, der taler og forstår dansk, men hvor modersmålet ikke er dansk, og der derfor er risiko for tab af nuancer.

Patienter, der ikke i tilstrækkelig grad forstår og/eller taler dansk, vil iht. gældende bestemmelser og praksis have krav på tolk (eller på anden vis at sikre kommunikationen) til alle samtaler.

Ad anbefaling 6-8

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om samtidig udredning af psykose og rusmiddelbrug hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6). Anbefaling 7 og 8 med angivelse af specifikke screeningsinstrumenter hviler på den norske retningslinje (moderat kvalitet).

Evidensniveauet er nedgraderet for anbefaling 7 og 8 grundet lidt anden patientpopulation i det underliggende datamateriale (patienter med kendt psykiske lidelse). Samlet set er der tale om evidensniveau B-C.

AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorder Identification Test) er begge udviklet i Sverige ved Karolinska Instituttet i starten af 2000'erne. De afspejler de diagnostiske kriterier for skadeligt brug og afhængighed i ICD-10 og kan bruges til at screene for rusmiddelproblemer bl.a. i psykiatriske populationer. AUDIT består af 10 spørgsmål. DUDIT består af 11 spørgsmål. Det tager ca. 10 minutter at gennemføre screeningen. Ved hvert spørgsmål gives point og pointene bruges til at vurdere, hvor alvorligt rusmiddelproblemet er.

Patientværdier og – præferencer

AUDIT og DUDIT er korte afkrydsningsspørgeskemaer, som kan anvendes som interview eller evt. udfyldes af patienten. Baseret på arbejdsgruppens kliniske erfaring vil mange patienter hilse en kortlægning af rusmiddelbrug og afledte problemer velkommen, når dialogen er åben og ikke-dømmende.

Rationale

Komorbidt rusmiddelbrug har stor betydning for prognosen for patienter med debuterende psykose. Det er derfor afgørende at have et vedvarende fokus på i første omgang identifikation og dernæst behandling (ikke omfattet af denne retningslinje) af problemskabende rusmiddelbrug.

Bemærkninger og overvejelser

Der er erfaring med AUDIT og DUDIT i dansk sammenhæng, men redskaberne er endnu ikke systematisk implementeret nationalt. Det vil således kræve en særlig indsats at få implementeret anbefalingerne omkring udredning af komorbidt rusmiddelbrug herunder sikre tilgængelighed og klinisk registrering via regionernes elektroniske journalsystemer.

AUDIT og DUDIT er baseret på ICD-10 kriterier for skadelig brug og afhængighed. Der er defineret cut-off værdier for hhv. risikofyldt brug, skadelig brug og afhængighed, som kan anvendes til at anskueliggøre problemets omfang over for patienten og ift. behov for yderligere udredning og behandling.

AUDIT er valideret blandt børn fra 12 år, og DUDIT fra 11 år. Det er vigtigt at være opmærksom på, at cut-off

værdierne er defineret væsentlig lavere for børn og unge end for voksne: For AUDIT ligger cut-off for skadeligt brug omkring 2 point (10) og for DUDIT på 8 point (11). I klinisk praksis indgår scoren som en del af det samlede billede, men er ikke i sig selv tilstrækkeligt til at stille en misbrugsdiagnose.

Somatisk udredning

9. **Der bør gennemføres objektiv somatisk og neurologisk undersøgelse herunder måling af vitale værdier (BT, P, evt. temperatur) samt BMI (D)**

10. **Der bør som minimum ordineres følgende paraklinik: Rødt og hvidt blodbillede, CRP, elektrolytter, nyrefunktion, leverfunktion, TSH, HbA1c (D)**

11. **Ved mistanke om anden særlig organisk ætiologi eller komorbiditet bør ordineres relevant supplerende paraklinik (kan fx omfatte test ift. reumatologiske sygdomme, jern- og kobbermetabolisme, vitamin B1/B6/B12, HIV, hepatitis, syfilis m.fl.) (D)**

12. **Som led i udredning af akutte (og når relevant ikke-akutte) psykotiske tilstande anbefales urinscreening for brug af euforiserende stoffer (D)**

13. **Ved formodede stofinducerede psykoser bør primær psykoselidelse overvejes ved (C):**

    - **Psykosesymptomer der varer >1 måned efter ophør af rusmiddelbrug**
    - **Gentagne episoder med stofinduceret psykose**
    - **Psykosesymptomer der varer >6 måneder uanset rusmiddelbrug**

14. **Rutinemæssig MR-scanning af alle anbefales ikke, dog med undtagelse af patienter med tidlig (<15 år) eller sen (>45 år) debut (D)**

15. **Ved symptomer, der vækker mistanke om organisk cerebral årsag (herunder neuroinfektion eller autoimmun encefalit), bør gennemføres MR- scanning, lumbalpunktur og evt. EEG (D)**

16. **Overvej genetisk testning hvis indikation på baggrund af anamnese og objektiv undersøgelse (D)**

Ad anbefaling 9-11

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om somatisk udredning hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6). Samlet set hviler anbefalingerne på evidensniveau D.

Patientværdier og – præferencer

Baseret på klinisk erfaring vil de fleste patienter og pårørende ønske en grundig udredning, men ubehandlede psykotiske symptomer kan i den akutte fase vanskeliggøre patienternes samarbejde til de anbefalede undersøgelser. Der bør i disse situationer gøres, hvad der er muligt for at motivere patienten til at medvirke til undersøgelserne. Ved påvirket almentilstand eller positive objektive fund, skal der efter vanlig praksis i samarbejde med somatisk speciale tages stilling til, om undersøgelserne skal gennemføres med tvang.

Rationale

Selv om der er tale om evidensniveau D for alle anbefalingerne, er de formuleret med 'bør', fordi bestyrket mistanke om organisk årsag til de psykotiske symptomer har stor differentialdiagnostisk og dermed behandlingsmæssig værdi.

Ad anbefaling 12 og 13

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne om somatisk udredning hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6). Samlet set hviler anbefalingerne på evidensniveau C-D.

Patientværdier og – præferencer

Nogle patienter vil kunne opfatte det som grænseoverskridende og som udtryk for kontrol at skulle aflægge urinprøve.

Rationale

Det er vanskeligt i klinisk praksis at skelne mellem primære psykoselidelser og stofinducerede psykoser, når der er et vedvarende komorbidt rusmiddelbrug. Ofte vil det kliniske billede give mistanke om underliggende primær psykoselidelse, men hvis der kun er korte eller ingen pauser i rusmiddelbruget, er det en klinisk udfordring at skelne. Anbefalingerne er tænkt som en rettesnor i disse situationer. Det vil være vigtigt ikke at forholde patienterne relevant antipsykotisk behandling trods usikkerhed om endelig diagnostik.

Bemærkninger og overvejelser

Opfølgning over tid er vigtigt for at skelne mellem stofinducerede og primære psykoselidelser.

Ad anbefaling 14

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6). Samlet set er frekvensen af abnorme behandlingskrævende fund så få, at hovedparten af retningslinjerne ikke finder grundlag for rutinemæssige MR-undersøgelse fraset dog den tyske guideline (3).

Patientværdier og – præferencer

Nogle patienter og pårørende vil formentlig foretrække at få foretaget en MR-undersøgelse rutinemæssigt, da de vil opleve det som en sikkerhed eller tryghed, at organiske årsager er udelukket. På den anden side kan rutinemæssige MR-scanninger også afdække tilfældige fund, som evt. kan vække bekymring hos patienter og pårørende og kan føre til dilemmaer omkring behov for nye/opfølgende undersøgelser.

Rationale

De internationale guidelines har overvejende anbefalet MR på indikation og ikke som rutinemæssig undersøgelse til alle som led i udredningen. De har overvejende angivet skærpet indikation for unge og ældre, dvs. debut uden for forventet aldersinterval, men har ikke angivet specifikke aldersgrænser. De angivne aldersgrænser hviler således på en konsensusbeslutning i arbejdsgruppen understøttet af definitionen af late-onset schizophrenia som debut efter 45 år (12).

Bemærkninger og overvejelser

Intet særligt.

Ad anbefaling 15

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6).

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at de fleste patienter og pårørende vil ønske en grundig somatisk udredning, hvis der findes indikation for det. Nogle patienter vil måske grundet svær grad af symptomintensitet have svært ved at samarbejde om undersøgelserne. I så fald må tyngden af indikationen vurderes i samråd med neurolog/pædiater og afvejes i forhold til at afgøre indikation for at gennemføre undersøgelsen i rus/anæstesi evt. med hjemmel i Psykiatriloven.

Rationale

Selv om der er tale om evidensniveau D, er anbefalingen formuleret med 'bør', fordi bestyrket mistanke om organisk årsag til de psykotiske symptomer har stor differentialdiagnostisk og dermed behandlingsmæssig værdi.

Bemærkninger og overvejelser

Symptomerne, der afgiver indikation for paraklinik omfattet af anbefalingen, inkluderer hurtigt progredierendetab af arbejdshukommelse <3 måneder, påvirket bevidsthedsniveau, udtalt sløvhed eller personlighedsforandringer, motoriske forstyrrelser inkl. usikker gang, autonom instabilitet, hurtigt progredierende psykotiske symptomer, hyponatriæmi, katatoni, hovedpine med uklar årsag, fluktuerende psykopatologi og tidlig behandlingsresistens.

Ad anbefaling 16

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6).

Patientværdier og – præferencer

Baseret på klinisk erfaring vil de fleste patienter og pårørende ønske og tage imod tilbud om genetisk udredning, hvis det lægefagligt anbefales.

Rationale

Faktorer, der indikerer behov for genetisk testning, omfatter bl.a. livslange udtalte neurokognitive vanskeligheder, dysmorfe træk, hypernasal tale, og medfødte hjertemisdannelser. Fund af visse copy number variants (herunder 22q11.2 syndrom) har somatisk behandlingsmæssig konsekvens, herunder ift. organmisdannelser.

Bemærkninger og overvejelser

Skærpet indikation for tilbud om genetisk udredning ved debut <13 år (1).

Supplerende udredning ved diagnostisk usikkerhed

Ovenstående anbefalinger (1-16) udgør en form for basisudredning, der vil være tilstrækkeligt til at diagnosticere skizofreni (eller anden primær psykoselidelse) hos de fleste patienter. Nedenstående anbefalinger (17-22) er supplerende tiltag, der kan anvendes som støtte til udredning og diagnostik ved mere komplekse patientforløb, hvor de øvrige tiltag (anbefaling 1-16) ikke har givet tilstrækkeligt med informationer.

17. Ved diagnostisk usikkerhed, som ikke kan afklares ambulant, kan observation under indlæggelse overvejes (D)

18. Ved særlig kompleks diagnostik anbefales henvisning til højere specialfunktionsniveau (D)

19. Overvej at anvende EASE (Examination of Anomalous Self-Experiences) til identifikation af selvforstyrrelser og omfang heraf (B)

20. Anvend ikke ADOS/ADOS-2 til differentialdiagnostik mellem autisme og primær psykoselidelse (B)

21. Overvej at anvende Rorschach-testning til brug for belysning af forstyrret realitetstestning og perceptionsforstyrrelser (B)

22. Overvej at foretage en supplerende kognitiv udredning (D)

Ad anbefaling 17

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på en konsensusbeslutning i arbejdsgruppen, da de internationale guidelines fraset en enkelt ikke forholder sig til emnet.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at der vil være en del variation i patientpræferencer ift. udredning og observation under indlæggelse. For børn og unge er det en væsentlig patientværdi, at omsorgspersoners mulighed for at bidrage positivt tænkes ind ved tilrettelæggelsen af udredning under indlæggelse og ligeledes ved henvisning til højere specialfunktionsniveau.

Rationale

Ved tvivl om diagnostik kan observation under indlæggelse bidrage med vigtige oplysninger, som kan overses ved udelukkende ambulante kontakter.

Bemærkninger og overvejelser

Udredning under indlæggelse bør i særlig grad overvejes ved børn < 14 år for at sikre tilstrækkelig information og observationer.

Ad anbefaling 18

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingerne hviler på Sundhedsstyrelsens specialeplan samt faglig anbefaling i amerikansk retningslinje (4), der med henvisning til specialeplanen er oversat til dansk kontekst.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at de fleste patienter og pårørende vil være positivt stemt for udredning på specialistniveau. Nogle patienter vil ikke ønske den højtkvalificerede udredning pga. geografiske afstande, eksempelvis findes højtspecialiserede centre for børn og unge kun i hhv. Glostrup, Odense og Skejby.

Rationale

Anbefalingen har sundhedsjuridisk hjemmel i Sundhedsstyrelsens specialeplan.

Bemærkninger og overvejelser

Det bemærkes, at udredning af børn pr. definition er særlig kompleks, kræver indgående specialviden og særlige kompetencer og dermed bør varetages i specialenheder. Der er i Danmark praksis for, at der indgår en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri i det specialiserede udredningsteam. Konkrete aldersgrænser og krav til specialenhedernes organisering fastlægges af specialeplanen. Det bemærkes, at specialeplanen aktuelt er under revision.

Ad anbefaling 19

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på et systematisk review og meta-analyse (moderat kvalitet), der dokumenterer en højere forekomst af selvforstyrrelser målt ved EASE totalscoren hos patienter i skizofreni-spektret end hos andre diagnosegrupper, men som samtidig viser, at selvforstyrrelser ikke forekommer hos alle patienter med skizofreni (13). Der var diskrepans blandt studierne mht. hvilke EASE subskalaer, der forklarede forskellene i totalscoren. EASE-skalaen anbefales således ikke i review'et til rutinemæssig udredning, hvilket også begrundes i stort tids- og ressourceforbrug.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at en del patienter vil foretrække ikke at gennemgå et EASE-interview grundet det omfattende tidsforbrug. Andre patienter vil føle sig mødt og forstået og vil via interviewet få hjælp til at italesætte oplevelser, de ellers har svært ved at formulere.

Rationale

Identifikation af selvforstyrrelser vil bidrage med større forståelse af patientens perspektiv og diagnostisk information i udredning af patienter, hvor der på baggrund af basisudredning fortsat er diagnostisk usikkerhed. Instrumentet kan dog ikke anvendes som diagnostisk test, da resultaterne tyder på stor variation og manglende forekomst af selvforstyrrelser hos alle patienter med skizofreni. Hertil kommer at selvforstyrrelser ikke indgår i de diagnostiske kriterier for skizofreni i hverken ICD-10 eller ICD-11. Samlet set er der formuleret en svag anbefaling for brug af instrumentet til at indhente supplerende oplysninger ved diagnostisk usikkerhed, men altså ikke som en del af basisudredningen.

Bemærkninger og overvejelser

Der er regionale forskelle i Danmark i forhold til, hvor udbredt anvendelsen af EASE instrumentet er. Erfaring med og anvendelse af instrumentet internationalt er begrænset, og udredning af selvforstyrrelser er ikke nævnt i de anvendte internationale guidelines. Brug af EASE kræver uddannelse og træning. EASE har været anvendt i enkelte forskningsprojekter ned til 13-14 år, hvor de unge scorer på samme måde som de voksne.

Det er uvist, om instrumentet kan anvendes til børn/unge <13 år, da det kræver et vist niveau af refleksions-og

formuleringsevne at kunne italesætte denne type oplevelser.

Ad anbefaling 20

Litteratur og evidensgennemgang

Arbejdsgruppen lavede en systematisk søgning af studier, som sammenlignede ADOS/ADOS-2 scorer hos patienter med skizofreni og andre psykoselidelser med patienter med autismespektrumforstyrrelser og fandt frem til 10 studier. Studierne anvendte både den nye og den gamle algoritme for Modul 4 (Se uddybende forklaring på de to algoritmer i Bilag 2). Et enkelt studie undersøgte børn og unge med modul 1,2,3.

Resultaterne var de samme, uanset om man benyttede den nye eller den gamle algoritme for Modul 4, og uanset om man så på subskalaniveau eller totalscore. Der sås udtalte problemer med falsk positive svar ift. ADOS/ADOS-2 cut-off scores i gruppen af deltagere med skizofreni og anden primær psykoselidelse på op til 37%. Se mere detaljeret beskrivelse i Bilag 2.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer ikke, at der er specifikke præferencer ift. denne anbefaling.

Rationale

ADOS/ADOS-2 er designet således at patienten i løbet af 30-60 minutters samvær med undersøger (som skal være fremmed for patienten) gives en række strukturerede lege/opgaver/stimuli, som tilbyder mulighed for at observere stereotypier samt verbal og især nonverbal social og kommunikativ interaktion med den fremmede (= undersøger). Testen er dermed egnet til at kortlægge sociale og kommunikative vanskeligheder som et øjebliksbillede. Testen har især sin styrke i forhold til at skelne mellem rent sproglige vanskeligheder versus autismespektrumforstyrrelser hos børn. Testens sensitivitet over for autismespektrumforstyrrelser er god, men dens specificitet er dårlig, idet social og kommunikativ interaktion med fremmede uvægerligt påvirkes kraftigt af patient-faktorer såsom depression, angst og paranoia. Dertil kommer problemet med den høje forekomst af socialkognitive og kommunikative vanskeligheder hos patienter med skizofreni, som ikke kan skelnes fra træk ved autismespektrumforstyrrelser, fraset at de er nytilkomne. Vores litteraturgennemgang bekræftede entydigt, at der er store udfordringer med falsk positive i forhold til cut-off scorer på ADOS/ADOS-2, og der dermed er forhøjet risiko for, at en patient med skizofreni eller anden primær psykoselidelse fejlagtigt diagnosticeres som havende en autismespektrumforstyrrelse. Se i øvrigt punktet "Retningslinjer for diagnostik når symptomer overlapper med andre diagnostiske hovedgrupper" vedrørende god klinisk praksis ved differentialdiagnostik imellem primær psykoselidelse og autismespektrumforstyrrelser.

Bemærkninger og overvejelser

Det bør overvejes at udbrede kendskabet i klinikken til negative symptomer og socialkognitive vanskeligheder ved skizofreni og andre primære psykoselidelser med henblik på at forebygge fejldiagnosticering af autismespektrumforstyrrelser hos disse patienter.

Ad anbefaling 21

Litteratur og evidensgennemgang

I Danmark anvendes Rorschach-testning både inden for voksen- samt børne- og ungdomspsykiatrien som supplerende undersøgelse i forbindelse med udredning og diagnosticering af psykoser, herunder skizofreni. Som udgangspunkt er Rorschach-testen udviklet til at være en implicit empirisk baseret perceptionstest, der oplyser om personens habituelle måde at organisere perceptuelle oplevelser på, dvs. den måde som behovstilstande, følelser og tanker påvirker personens indre arbejdsmodeller over verden, og den måde hvorpå nye oplevelser forstås og indpasses deri. Skønt Rorscach-testen i udgangspunktet ikke er direkte diagnostisk rettet, kan den i forhold til psykosespektret bidrage med information om forvrængninger i perception, forstyrrelser i tankegang og forringet evne til realitetstestning, baseret på empirisk sammenligning af data fra normale og diagnostiske grupper.

Arbejdsgruppen lavede en systematisk litteratursøgning med udgangspunkt i enkelte udvalgte scores af særlig relevans ved psykoser for at undersøge Rorschach-testens egnethed som bidrag til differentialdiagnostisk udredning af primære psykoselidelser, herunder skizofreni ud fra Exners Comprehensive System og fandt frem til 20 relevante artikler. Vi fandt ingen studier, der anvendte det nye scoringssystem, CS-R. Vi fandt ingen studier af børn og unge, men dette skyldes formentlig det snævre fokus på udvalgte scores og skizofreni sammenholdt med den sjældne forekomst af skizofreni hos denne aldersgruppe. Der findes imidlertid omfattende forskning indenfor brug af Rorschach i forbindelse med psykotiske symptomer hos børn og unge, men dette blev vurderet at være for omfattende at inkludere i nærværende litteratursøgning.

Studierne viste, at Rorschach kan anvendes til påvisning af perceptuelle forstyrrelser, formelle tankeforstyrrelser samt ego-forstyrrelser. Studierne fandt en høj specificitet og sensitivitet ift. klinikervurderet psykosediagnose på udvalgte indeks af særlig interesse ved mistanke om psykose (perceptuel tænkning / Perceptual thinking og ego-forstyrrelser / Ego Impairment). Se uddybende litteraturgennemgang i Bilag 3.

Patientværdier og – præferencer

Arbejdsgruppen vurderer, at patienterne oftest vil være positivt indstillet over for Rorschach testningen.

Rationale

I forbindelse med diagnosticering af primære psykoselidelser kan Rorschach testen anvendes ved patienter, som har svært ved at give udtryk for psykotiske oplevelser, enten på grund af manglende begrebsapparat, garderethed eller ung alder.

Bemærkninger og overvejelser

Rorschach testen har et særdeles kompliceret scoringssystem og kræver foruden efteruddannelse også supervision og regelmæssig praktisk brug. En Rorschach test kan ikke stå alene. Ved patienter med mistanke om skizofreni eller anden primær psykoselidelse bør Rorschach testen altid suppleres med kognitiv (og evt. socialkognitiv) testning. Der kan også suppleres med andre projektive test. Herudover skal man være opmærksom på indvirkning fra euforiserende stoffer på testresultatet. Vi fandt ingen studier af børn og unge med skizofreni, men testen er velvalideret til brug hos denne aldersgruppe. Der er for ganske nyligt udviklet et nyt og forbedret scoringssystem med europæiske normdata (CS-R), hvorfor det anbefales at udbrede dette system til klinisk praksis.

Ad anbefaling 22

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen om en supplerende kognitiv udredning ved diagnostisk usikkerhed hviler på anbefalingerne i seks internationale behandlingsvejledninger af hhv. høj (1, 2, 3, 4, 5) og moderat kvalitet (6) med evidensniveau D.

Patientværdier og – præferencer

Det er arbejdsgruppens vurdering, at de fleste patienter vil ønske at deltage i en supplerende kognitiv udredning, da der er tale om korte, overskuelige opgaver med stor variation i indhold.

Rationale

I forbindelse med diagnostisk usikkerhed kan man overveje at supplere med en kognitiv udredning. Begrebet supplerende kognitiv udredning henviser i denne sammenhæng til et testbatteri, som er målrettet de konkrete differentialdiagnostiske overvejelser. Der er ikke tale om et på forhånd fastlagt testbatteri. I stedet bør sammensættes et testbatteri, som er tilpasset den aktuelle problematik og de differentialdiagnostiske overvejelser. En supplerende kognitiv udredning i differentialdiagnostisk øjemed kan derfor være mere omfattende, herunder mere tidskrævende, og dækker flere kognitive domæner, end den neurokognitive og socialkognitive testning, der anbefales af RKKP ved patienter, der allerede er blevet diagnosticeret med skizofreni. Men testningen kan også bestå af færre, fokuserede test, hvis det drejer sig om en konkret vurdering af et afgrænset kognitivt domæne. Man kan evt. overveje at udføre et testbatteri, der også omfatter RKKP domænerne i udredningsfasen, da kortlægning af patientens støttebehov (eksempelvis socialkognitive, opmærksomhedsmæssige eller andre neurokognitive deficits), ikke behøver afvente diagnosticering og ikke kun er relevant for patienter med en skizofrenidiagnose.

Bemærkninger og overvejelser

Der foretages altid IQ test (WISC-V eller WAIS-IV) i differentialdiagnostisk øjemed hos børn og unge < 18 år samt hos voksne med mistanke om nedsat kognitiv funktionsevne. Der må i vurderingen af testresultatet tages højde for den forventelige skæve profil hos psykosepatienter - se punktet "Retningslinjer for diagnostik når symptomer overlapper med andre diagnostiske hovedgrupper" om god klinisk praksis vedrørende diagnostisk afrapportering af kognitiv funktionsnedsættelse ved psykoselidelser. Derudover skal man være opmærksom på, at WAIS-IV og WISC-IV ikke omhandler social kognition, eksekutive funktioner, verbal hukommelse og indlæring eller visuel hukommelse og indlæring, hvorfor der bør foretages supplerende test ift. disse domæner, såfremt man ønsker at dække de anbefalede RKKP domæner.

Resultaterne fra den supplerende kognitive udredning skal (på lige fod med andre psykiatriske undersøgelser) altid vurderes i forhold til information om patienten fra pårørende, patientens egne beskrivelser af egne oplevede vanskeligheder samt det kliniske indtryk undervejs i testningen.

Der bør som udgangspunkt anvendes test med danske normer samt test, der er afprøvet og valideret på patienter med skizofreni og primære psykoselidelser.

Det kræver særlig efteruddannelse og supervision af de psykologer, som skal varetage denne opgave.

Retningslinjer for diagnostik når symptomer overlapper med andre diagnostiske hovedgrupper - på vej fra ICD-10 til ICD-11

Nedenstående oversigt søger at sikre en fælles diagnostisk kultur ved differentialdiagnostisk tvivl og komorbiditet. Den er en forkortet version af de "Boundaries with Other Disorders and Conditions (Differential Diagnosis)" som beskrives systematisk i ICD-11, men hviler på ICD-10-kriterier i tilfælde hvor der er diskrepans imellem ICD-10 og ICD-11 (markeret med *)

Symptomer under tærsklen for psykosediagnose

Oplevelser af realitetsbrist og fænomener såsom hallucinationer forekommer på et kontinuum og dermed også som forbigående fænomener i den raske baggrundsbefolkning. Man kan forstå sådanne fænomener som helt uspecifikke symptomer på linje med symptomet feber i somatikken: I mange tilfælde er fænomenerne selvlimiterende og ikke forvarsler for en senere psykisk lidelse. Skillelinjen på dette kontinuum mellem normalfænomener og psykisk lidelse beror i høj grad på spørgsmål om intensitet og frekvens, og dette gør sig særligt gældende for skizofreni, hvor subjektiv lidelse og funktionstab ikke er nødvendige kriterier. Således er der en diagnostisk gråzone, hvor ønsket om kort varighed af ubehandlet psykoselidelse skal balanceres op imod de potentielle negative effekter af overdiagnosticering. Ved diagnostisk tvivl foreslår arbejdsgruppen at støtte sig til guidelines fra European Psychiatric Association: "EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses" og "EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses" (13, 14) - begge vurderet af høj kvalitet vha. AGREE.

Gennemgribende udviklingsforstyrrelser (=autismespektrumforstyrrelser)

Mange psykosepatienter præsenterer autistiske træk som led i psykoselidelsen, såsom socialkognitive vanskeligheder, konkret tænkning, monoton stemmeføring, nedsat mimik/gestik, nedsat blikkontakt, mannerismer etc. Det eneste autistiske træk som sjældent ses ved psykoselidelser er de indsnævrede, stereotype adfærds- og interessemønstre. Ved gennemgribende udviklingsforstyrrelser (=autismespektrumforstyrrelser) er de grundlæggende deficits i modsætning hertil karakteriseret ved at være livslange og stabile, og såkaldt autistisk regression (tab af færdigheder) er sjælden, udspiller sig typisk i 12-24 mdrs. alderen og kun yderst sjældent efter 3 års alderen. Visse velbegavede autister kan have kompenseret for deres grundlæggende deficits via ekseptionel indsats og først præsentere sig med manifest subjektiv lidelse i psykiatrien i ungdoms- eller voksenlivet, men de grundlæggende deficits har i retrospekt været tilstede livslangt. I modsætning hertil er skizofreni og andre psykoselidelser sjældne hos præpubertære børn, og oftest først fuldt symptomatiske i ungdom/voksenliv. Differentialdiagnostisk tvivl mellem gennemgribende udviklingsforstyrrelse versus primær psykoselidelse afgøres dermed af en grundig udviklingsanamnese: Tydelige autistiske træk i spædbarns- og førskolealderen, som har været stabile over tid, taler for en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, mens nytilkomne autistiske træk (fx grundet manglende udvikling af komplekse aspekter af social kognition i teenagealderen eller gradvis udvikling af negative symptomer) ikke er forenelige hermed - men derimod forenelige med en primær psykoselidelse. Dette gælder uanset den aktuelle grad af autistiske træk. Dette betyder, at hverken det aktuelle objektive kliniske indtryk eller en aktuel ADOS-2 kan adskille de to diagnosegrupper. Udviklingsanamnesen kræver interview med gode informanter vedrørende tidligste barndom, oftest forældrene. Andre gode kilder er beskrivelser fra vuggestue/børnehave/indskoling, hvis disse er tilgængelige. Psykosediagnoserne har forrang, forstået sådan at såfremt kriterier for en psykoselidelse

er opfyldt, anses ledsagende autistiske træk som en del af psykoselidelsen. Såfremt en patienti forvejen er diagnosticeret med autismespektrumforstyrrelse og på et senere tidspunkt opfylder kriterier for en psykoselidelse, må man overveje om de autistiske træk i stedet skal forstås som prodromalsymptomer og autismediagnosen dermed ophæves. Atypisk autisme-debuttidspunkt (senere end 3 års alder), eller atypisk autisme-symptomatologi (især fravær af indsnævrede repetitive adfærdsmønstre) taler for dette.

Note: ICD-11 skriver følgende: Skizofreni differentieres fra autismespektrumforstyrrelser på basis af tilstedeværelse af psykotiske symptomer (hallucinationer og vrangforestillinger), samt fravær af indsnævrede, stereotype adfærdsmønstre i tidlig barndom. I ICD-11 er autismespektrumforstyrrelse et eksklusionskriterie ved skizotypi. ICD-11 skriver: Skizotypi og autismespektrumforstyrrelser deler visse symptomer, men autisme er også karakteriseret ved indsnævrede, repetitive og stereotype adfærds- interesse- og aktivitetsmønstre.

Opmærksomhedsforstyrrelser (=ADHD/ADD)

Mange psykosepatienter har opmærksomhedsvanskeligheder som led i psykoselidelsen, såsom vanskeligheder med vedvarende opmærksomhed, delt opmærksomhed, letafledelighed eller motorisk uro og manglende impulskontrol. Differentialdiagnostisk tvivl mellem opmærksomhedssforstyrrelse versus primær psykoselidelse afgøres af en grundig udviklingsanamnese: Tydelige symptomer før 7*-års alderen taler for en opmærksomhedsforstyrrelse, mens nytilkomne opmærksomhedsvanskeligheder ikke er forenelige med dette - men til gengæld forenelige med psykoselidelse. Dette gælder uanset den aktuelle grad af opmærksomhedsvanskeligheder. Det betyder at hverken det aktuelle objektive kliniske indtryk eller neuropsykologiske tests af opmærksomhedsfunktionen kan adskille de to diagnoser. Udviklingsanamnesen kræver interview med gode informanter vedrørende tidligste barndom, oftest forældrene. Andre gode kilder er beskrivelser fra vuggestue/børnehave/indskoling, hvis disse er tilgængelige. Psykosediagnosen har forrang, forstået sådan at man kun stiller begge diagnoser i de tilfælde hvor der bekræftes tilstedeværelse af uomtvistelige opmærksomhedsvanskeligheder med debut før <7*-års alderen. I øvrige tilfælde anses opmærksomhedsvanskeligheder som en del af psykoselidelsen og dens prodromalfase.

*) i ICD-11 ændres aldersgrænsen til 12 år.

Mental retardering

Psykose kan opstå hos patienter med præmorbid kognitiv funktionsnedsættelse svarende til mental retardering eller inferioritas intellectualis. Omvendt kan selve psykoselidelsen og dens prodromalfase medføre kognitive funktionstab/stagneret udvikling i relation til specifikke kognitive domæner. I begge tilfælde diagnosticeres kognitive udfordringer komorbidt til psykoselidelsen kun, såfremt de opfylder kriterier for hhv. mental retardering eller inferioritas intellectualis. Er der derimod tale om en "skæv profil", dvs. en blanding af neurokognitive domæner i og under normalområdet, anses de kognitive vanskeligheder for at være rummet i psykosediagnosen, og den kognitive profil og specifikke støttebehov beskrives med en forklarende tekst.

Personlighedsforstyrrelser

Mange psykosepatienter har vanskeligheder med at opfatte, fortolke og respondere på indre tilstande samt ydre forhold, samt vanskeligheder med social kognition, affektregulering og impulskontrol, og der ses derfor ofte vanskeligheder som kan ligne symptomer på personlighedsforstyrrelse. Differentialdiagnostisk tvivl mellem personlighedsforstyrrelse versus primær psykoselidelse afgøres primært af tilstedeværelsen af hallucinationer og vrangforestillinger, som ved personlighedsforstyrrelser kun er ganske kortvarige, og begrænset til episoder

med høj emotionel arousal. Psykosediagnosen har forrang, forstået sådan at man kun stiller begge diagnoser i de tilfælde hvor der - i en periode med remission eller velbehandlede psykosesymptomer - bekræftes tilstedeværelse af en komorbid personlighedsforstyrrelse. I øvrige tilfælde anses vanskelighederne som en del af psykoselidelsen og dens prodromalfase. Såfremt en patient i forvejen er diagnosticeret med personlighedsforstyrrelse og på et senere tidspunkt opfylder kriterier for en psykoselidelse, må man overveje om de personlighedsforstyrrede træk i stedet skal forstås som prodromalsymptomer og personlighedsforstyrrelses-diagnosen dermed ophæves.

Akutte belastningsreaktioner og tilpasningsreaktioner

Mange psykosepatienter oplever at belastende hændelser forværrer psykosesymptomerne. I disse tilfælde stilles ikke en tilpasningsdiagnose i tillæg til psykosediagnosen.

Tilpasnings- og belastningsreaktioner hos patienter uden forud eksisterende psykoselidelse medfører ikke persisterende psykosesymptomer. Ses psykosesymptomer at persistere udover 2-3 dage ved akut belastning, eller opstå gentagne gange ved ikke-ekstreme belastninger, er der ikke tale om en belastnings- eller tilpasningsreaktion men derimod tale om en primær psykoselidelse. Eksempelvis kan anvendes F23 ved hurtigt indsættende klart abnorm psykotisk tilstand som indtræder indenfor 1-2 uger efter en belastende begivenhed, eller F28 ved så lav belastningstærskel at almindelige dagligdags krav udløser behandlingskrævende hallucinationer og vrangforestillinger, og hvor kriterier for skizofreni eller paranoid psykose ikke på noget tidspunkt har været opfyldt. Tilpasnings- og belastningsdiagnoser og psykosediagnoser kan ikke stilles komorbidt.

Posttraumatisk belastningsreaktion (=PTSD)

Mange psykosepatienter har oplevet traumatiske hændelser og kan have symptomer på PTSD, og begge diagnoser kan stilles komorbidt. Differentialdiagnostisk tvivl mellem PTSD og psykose (eksempelvis paranoia eller flashbacks af hallucinatorisk kvalitet), afgøres af hvorvidt samtlige symptomer omhandler traumet, kan forklares herved, og ikke bedre forklares ved en akut og forbigående psykose.

Dissociative tilstande

Mange psykosepatienter oplever dissociative symptomer, og omvendt ses også psykoselignende symptomer ved dissociative tilstande såsom depersonalisation, derealisation og influensfænomener. Derimod ses vrangforestillinger, sproglige tankeforstyrrelser og negative symptomer ikke. Psykosediagnosen har forrang, og man stiller ikke begge diagnoser komorbidt.

4. Referencer

1. (NICE) NIfHaCE. Psychosis and Schizophrenia in Children and Young People: Recognition and Management: British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2013.
2. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. Can J Psychiatry. 2017;62(9):594-603.
3. DGPPN. S3 Guideline for Schizophrenia. 2019;1.
4. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Am J Psychiatry. 2020;177(9):868-72.
5. McClellan J Fau - Stock S, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. (1527-5418 (Electronic)).
6. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2022 Juni 2013. 218 p.
7. Erkoreka L, Ozamiz-Etxebarria N, Ruiz O, Ballesteros J. Assessment of Psychiatric Symptomatology in Bilingual Psychotic Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11).
8. Wing JK, Sartorius, N., & Üstun, T. B. . WHO diagnosis and clinical measurement in psychiatry. A reference manual for SCAN. Cambridge: Cambridge University Press. 1998:86-109.
9. Pedersen K BA, Mors O. Present State Examination: Kort version til klinisk brug. 5 ed. København: Munksgaard; 2018. 176 p.
10. Knight JR, Sherritt L Fau - Harris SK, Harris Sk Fau - Gates EC, Gates Ec Fau - Chang G, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. (0145-6008 (Print)).
11. Basedow LA, Riemer TG, Reiche S, Kreutz R, Majić T. Neuropsychological Functioning in Users of Serotonergic Psychedelics - A Systematic Review and Meta-Analysis. (1663-9812 (Print)).
12. Stępień-Wyrobiec O, Nowak M, Wyrobiec G, Morawiec E, Wierzbik-Strońska M, Staszkiewicz R, et al. Crossroad between current knowledge and new perspective of diagnostic and therapy of late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: An update. (1664-0640 (Print)).
13. Burgin S, Reniers R, Humpston C. Prevalence and assessment of self-disorders in the schizophrenia spectrum: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2022;12(1):1165.
14. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. (1778-3585 (Electronic)).
15. Lord C, Rutter, M., Goode, S, Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L. & Schopler E. . Austism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. Journal of Autism and Developmental Disorders. 1989;19:185–212.
16. Lord C RM. Autism Diagnostic Observation Schedule—2nd edition. Los Angeles: Western Psychological Services. 2012.
17. Hus VL, C. The Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 4: Revised Algorithm and Standardized Severity Scores. J Autism Dev Disord. 2014;44(8):1996–2012.

18. Yon-Hernández JA-O, Wojcik DA-O, García-García L, Franco-Martín MA-O, Canal-Bedia RA-O. Differences in daily life executive functioning between people with autism and people with schizophrenia. (1573-3432 (Electronic)).

19. Barlati S, Deste G, Gregorelli M, Vita A. Autistic traits in a sample of adult patients with schizophrenia: prevalence and correlates. (1469-8978 (Electronic)).

20. de Bildt A, Sytema S, Meffert H, Bastiaansen J. The Autism Diagnostic Observation Schedule, Module 4: Application of the Revised Algorithms in an Independent, Well-Defined, Dutch Sample (n = 93). (1573-3432 (Electronic)).

21. Fusar-Poli LA-O, Ciancio A, Gabbiadini A, Meo V, Patania F, Rodolico AA-O, et al. Self-Reported Autistic Traits Using the AQ: A Comparison between Individuals with ASD, Psychosis, and Non-Clinical Controls. LID - 10.3390/brainsci10050291 [doi] LID - 291. (2076-3425 (Print)).

22. Kästner A, Begemann M, Michel TM, Everts S, Stepniak B, Bach C, et al. Autism beyond diagnostic categories: characterization of autistic phenotypes in schizophrenia. (1471-244X (Electronic)).

23. Lugo-Marín J, Díez-Villoria E, Magán-Maganto M, Pérez-Méndez L, Alviani M, de la Fuente-Portero JA, et al. Spanish Validation of the Autism Quotient Short Form Questionnaire for Adults with Autism Spectrum Disorder. (1573-3432 (Electronic)).

24. Maddox BB, Brodkin ES, Calkins ME, Shea K, Mullan K, Hostager J, et al. The Accuracy of the ADOS-2 in Identifying Autism among Adults with Complex Psychiatric Conditions. (1573-3432 (Electronic)).

25. Riccioni A, Siracusano M, Vasta M, Ribolsi M, Nastro FF, Gialloreti LE, et al. Clinical profile and conversion rate to full psychosis in a prospective cohort study of youth affected by autism spectrum disorder and attenuated psychosis syndrome: A preliminary report. (1664-0640 (Print)).

26. Treise C Fau - Simmons C, Simmons C Fau - Marshall N, Marshall N Fau - Painter M, Painter M Fau - Perez J, Perez J. Autism Spectrum Disorder in Early Intervention in Psychosis Services: Implementation and Findings of a 3-step Screening and Diagnostic Protocol. (1538-1145 (Electronic)).

27. Trevisan DA, Foss-Feig JH, Naples AJ, Srihari V, Anticevic A, McPartland JC. Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms. (1664-0640 (Print)).

28. Exner JE. Vejledning til fortolkning af Rorschachprøven. Virum: Hogrefe Psykologisk; 2008. 355 sider p.

29. Benedik E, Čoderl S Fau - Bon J, Bon J Fau - Smith BL, Smith BL. Differentiation of psychotic from nonpsychotic psychiatric inpatients: the Rorschach Perceptual Thinking Index. 2013(1532-7752 (Electronic)).

30. Biagiarelli M, Curto M, Di Pomponio I, Comparelli A, Baldessarini RJ, Ferracuti S. Antipsychotic treatment and the Rorschach Perceptual Thinking Index (PTI) in psychotic disorder patients: Effects of treatment. 2017(1872-7123 (Electronic)).

31. Biagiarelli M, Roma P, Comparelli A, Andraos MP, Di Pomponio I, Corigliano V, et al. Relationship between the Rorschach Perceptual Thinking Index (PTI) and the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in psychotic patients: a validity study. 2015(1872-7123 (Electronic)).

32. Campo V. SCZI or PTI – schizophrenia or psychosis? A follow-up study. Rorschachiana. 2018;39(1):76-102.

33. Dao TK, Prevatt F. A psychometric evaluation of the Rorschach comprehensive system's perceptual thinking index. 2006(0022-3891 (Print)).

34. Dao TK, Prevatt F Fau - Horne HL, Horne HL. Differentiating psychotic patients from nonpsychotic patients with the MMPI-2 and Rorschach. 2008(1532-7752 (Electronic)).

35. Dzamonja-Ignjatovic T, Smith Bl Fau - Djuric Jocic D, Djuric Jocic D Fau - Milanovic M, Milanovic M. A comparison of new and revised Rorschach measures of schizophrenic functioning in a Serbian clinical

sample. 2013(1532-7752 (Electronic)).

36. Hilsenroth MJ, Eudell-Simmons EM, DeFife JA, Charnas JW. The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): An examination of reliability, validity, and diagnostic efficiency. International Journal of Testing. 2007;7(3):269-91.
37. Kleiger JH, Mihura JL. Developments in the Rorschach assessment of disordered thinking and communication. Rorschachiana. 2021;42(2):265-80.
38. Kumar R, Khess CRJ. Diagnostic efficiency of Schizophrenia Index and Perceptual-Thinking Index in schizophrenia and mania. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health. 2005;12(2):115.
39. Auslander LA, Perry W Fau - Jeste DV, Jeste DV. Assessing disturbed thinking and cognition using the Ego Impairment Index in older schizophrenia patients: paranoid vs. nonparanoid distinction. 2002(0920-9964 (Print)).
40. Diener MJ, Hilsenroth Mj Fau - Shaffer SA, Shaffer Sa Fau - Sexton JE, Sexton JE. A Meta-Analysis of the relationship between the Rorschach Ego Impairment Index (EII) and psychiatric severity. 2011(1099-0879 (Electronic)).
41. Perry W, Minassian A Fau - Cadenhead K, Cadenhead K Fau - Sprock J, Sprock J Fau - Braff D, Braff D. The use of the Ego Impairment Index across the schizophrenia spectrum. 2001(0022-3891 (Print)).
42. Perry W. Incremental validity of the Ego Impairment Index: a re-examination of Dawes (1999). 2003(1040-3590 (Print)).
43. Viglione DJ, Perry W Fau - Meyer G, Meyer G. Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the human representational variable. 2003(0022-3891 (Print)).
44. Ilonen T, Salokangas RKR. The Rorschach Coping Deficit Index as an indicator of neurocognitive dysfunction. Rorschachiana. 2016;37(1):28-40.
45. Hartmann E, Nørbech Pb Fau - Grønnerød C, Grønnerød C. Psychopathic and nonpsychopathic violent offenders on the rorschach: discriminative features and comparisons with schizophrenic inpatient and university student samples. 2006(0022-3891 (Print)).
46. Kishimoto N, Yamamuro K, Iida J, Ota T, Tanaka S, Kyo M, et al. Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. 2016(1176-6328 (Print)).
47. Mishra D, Kumar R, Prakash J. Rorschach thought disorders in various psychiatric conditions. SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health. 2009;16(1):8.
48. Mondal A, Kumar M. Rorschach inkblot test and psychopathology among patients suffering from schizophrenia: A correlational study. (0972-6748 (Print)).

5. Metode

Litteratursøgning

Litteratursøgningen til denne kliniske retningslinje er foretaget i perioden 4. april 2023 - 2. maj 2023.

Der er foretaget tre systematiske søgninger: 1) En søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines fra 2013 til 4. april 2023, 2) En opfølgende søgning efter sekundærlitteratur (systematiske reviews og metaanalyser) fra 2017 til 17. april 2023 og 3) En søgning efter supplerende primærlitteratur fra 2017 til 2. maj 2023. Søgeprotokollerne med søgestrategier for de tre søgninger på de enkelte databaser er tilgængelige ved kontakt til Retningslinjesekretariatet på rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk.

Generelle søgetermer på engelsk: Schizophrenia, schizophrenic disorders, psychotic, psychoses, first-episode schizophrenia, FES, early-onset schizophrenia, EAS, diagnosis, diagnostic, recognition, assessment, detection.

Guidelines søgningen: Den systematiske søgning efter kliniske retningslinjer og guidelines blev foretaget i følgende informationskilder: Guidelines International Network (G-I-N), NICE (UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Australian Clinical Guideline Database, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Sundhedsstyrelsen samt Pubmed og PsycInfo.

Derudover blev der søgt ad hoc via referencer og google efter yderligere referencer.

Systematiske reviews søgningen: Den systematiske søgning efter systematiske reviews blev foretaget i følgende databaser: PubMed, PsycInfo, Embase, Cochrane.

Derudover blev der søgt ad hoc via referencer og google efter yderligere referencer.

Primær litteratursøgningen: Den systematiske søgning efter primærstudier blev foretaget i følgende databaser: PubMed, PsycInfo, Embase.

Derudover blev der søgt ad hoc via referencer og google efter yderligere referencer.

Der blev søgt i perioden 2013-2023 efter studier publiceret på dansk, engelsk, tysk, svensk og norsk.

Litteraturgennemgang

Arbejdsgruppen har anvendt systemet COVIDENCE til at understøtte udvælgelsen af studier. Alle studier er derfor vurderet af minimum to personer uafhængigt af hinanden, hvorefter der er opnået konsensus om de endeligt inkluderede studier.

Alle evidensvurderinger er foretaget af Retningslinjesekretariatet ved hjælp af validerede instrumenter. Guidelines er kritisk vurderet ved AGREE II, systematiske reviews ved AMSTAR, diagnostiske tests studier ved QUADAS-2, prognostiske studier ved QUIPS, observationelle studier ved ROBIN-I og RCT studier ved ROB 2. Alle evidensvurderinger kan rekvireres ved kontakt til Retningslinjesekretariatet på rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk.

I vægtningen af inddraget evidens fra guidelines har arbejdsgruppen lagt vægt på kvaliteten vurderet ved AGREE II. Arbejdsgruppen har ekstraheret anbefalinger fra eksisterende guidelines med relevans for diagnostisk udredning, sammenholdt dem med hinanden og kvaliteten og på den måde diskuteret sig frem til den bedst mulige syntese.

Formulering af anbefalinger

Arbejdsgruppen har i perioden slut marts til juni 2023 mødtes online ugentligt samt haft et fysisk heldagsmøde hvor evidensen og udkast til anbefalinger er blevet drøftet. Anbefalingerne er formuleret i fællesskab af arbejdsgruppen og diskuteret på DMPG-skizofreni møde i efteråret 2023 hvor der blev opnået endelig enighed om anbefalingerne.

Anbefalingerne er formuleret ud fra styrken af den tilgrundliggende evidens, således at 'skal' er anvendt ved evidensniveau A (iht. Oxford-kriterierne), 'bør' ved evidensniveau B og 'overvejes' eller 'anbefales' er valgt ved evidensniveau C eller D. I nogle tilfælde er formuleringen af anbefalingen dog enten op- eller nedjusteret, hvis særlige forhold gør sig gældende, i disse tilfælde er det beskrevet.

Interessentinvolvering

Patienter samt andre ikke-DMPG´er har ikke været involveret direkte i udarbejdelse af retningslinjen, men har været inddraget i høringsfasen (se nedenfor) og bidraget med input til retningslinjen her.

Høring

Den kliniske retningslinje var i offentlig høring i efteråret 2023. For høringsbrev og oversigt over høringspartere kontakt da venligst Retningslinjesekretariatet på rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk. Efter endt høring gennemgik arbejdsgruppen gennemgå alle høringssvar, justerede retningslinjen hvor det vurderes relevant og sendte til endelig organisatorisk godkendelse i Lægedirektør Forum.

Godkendelse

Faglig godkendelse:

DMPG'en godkender det faglige i retningslinjen og beslutter processen i den eksterne høring. Lægedirektør Forum godkender herefter retningslinjerne, for at vurdere implementeringsmuligheder - ogudfordringer. Ikke som en kontrolmekanisme, men som en måde at sikre økonomisk og organisatorisk opbakning til retningslinjerne, og dermed understøtte succesfuld implementering i praksis.

Retningslinjen er godkendt den 8. november 2023.

Administrativ godkendelse

Retningslinjen er godkendt af Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet den 14. november2023.

Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Anbefalingerne i denne kliniske retningslinje er ikke forbundet med betydelige merudgifter.

Behov for yderligere forskning

Forskning bør rette sig mod udvikling og videreudvikling af diagnostiske redskaber, der kan fungere som støtte i forbindelse med diagnostisk udredning. Særligt er det vigtigt at designe studier, der undersøger sensitivitet, specificitet samt positiv og negativ prædiktiv værdi ved et givent instrument mhp. at etablere et sikkert grundlag for at vurdere relevansen af at inkludere et redskab som del af basisudredning eller som led i udredning af særlige differentialdiagnostiske problemstillinger.

Forfattere og habilitet

- Lone Baandrup, speciallæge i psykiatri, ph.d., dr.med., cheflæge, Psykiatrisk Center København. Ingen interessekonflikter.
- Jesper Nørgaard Kjær, speciallæge i psykiatri, afdelingslæge, Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital, Psykiatrien. Ingen interessekonflikter.
- Vibeke Bliksted, specialpsykolog i voksenpsykiatri, ph.d., lektor, Psykiatrisk Afdeling Odense - universitetsfunktion. Ingen interessekonflikter.
- Ulla Schierup Nielsen, speciallæge i børne - og ungdomspsykiatri, overlæge, ph.d., Klinik Psykiatri Syd - Børn og Unge, Psykiatrien - Region Nordjylland. Ingen interessekonflikter

Jf. Habilitetspolitikken henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside for detaljerede samarbejdsrelationer: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

Arbejdsgruppen ønsker at takke:

- Specialpsykolog, ph.d., adjungeret lektor Nicolai Ladegaard, Aarhus Universitetshospital – Psykiatrien, for at have ydet faglig bistand ved gennemgangen af ADOS og Rorschach litteratur og faglig sparring i forbindelse med disse afsnit.
- Rose-Marie Mollerup, Specialist i psykopatologi, Aarhus Universitetshospital – Psykiatrien, Retspsykiatrisk Afdeling, for faglig sparring ift. ADOS- og Rorschach-afsnittet.
- Lone Hjerrild Møller, Specialpsykolog, Børne- og Ungdomspsykiatrien Odense, Syddansk Universitetshospital, Neuroambulatoriet, for faglig sparring ift. Rorschach-afsnittet.
- Jette Vorup, Specialpsykolog, Børne og Ungdomspsykiatri Sydjylland, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Ambulatorium Esbjerg, for faglig sparring ift. Rorschach-afsnittet.
- Majken Fløjstrup Hansen, Specialpsykolog, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien, Børne- og Ungdomspsykiatrien, for faglig sparring ift. Rorschach-afsnittet.
- Gry Schytte, Specialpsykolog, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien, Retspsykiatrisk Afdeling, for faglig sparring ift. Rorschach-afsnittet.

Plan for opdatering

Retningslinjen skal opdateres hvert 3. år, dvs. næste gang med udgangen af 2026.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 9.3 af skabelonen.

6. Monitorering

I forhold til monitorering via Den Nationale Skizofrenidatabase kan med fordel monitoreres på anbefaling 6-8 om problemskabende brug af alkohol og andre rusmidler. Ved hjælp af strukturerede data i de elektroniske patientjournaler kan trækkes data på anvendelse af AUDIT og DUDIT, som iht. retningslinjen anbefales gennemført for størstedelen af populationen i databasen. Den del af populationen for aktuelle retningslinje, der ikke er indeholdt i Den Nationale Skizofrenidatabase, registreres der ikke systematisk kvalitetsdata for, men vil kunne trækkes som led i lokale kvalitetssikringsprojekter. I et senere trin vil der kunne monitoreres på, hvilken andel af patienter med et problemskabende brug af rusmidler, der modtager specifik behandling herfor. Dette vil være relevant at kunne følge de kommende år med omlægning af specialiseret dobbeltdiagnosebehandlingfra kommunerne til regionerne. Komorbidt rusmiddelbrug er en stor udfordring i behandling af skizofreni og andre primære psykoselidelser og har prognostiske implikationer, hvorfor det er særdeles vigtigt med et fokus på at sikre udrednings- og behandlingskvaliteten på dette område

7. Bilag

Bilag 1 – Søgestrategi

Kontakt venligst Retningslinjesekretariatet (rkkp.retningslinjesekretariatet@rm.dk) for yderligere detaljer vedr. søgninger, herunder søgeprotokoller med søgetermer, søgedatabaser, søgestrategier osv.

Systematisk litteratursøgning efter guidelines (PubMed):

(("schizophrenia"[MeSH Terms] OR "schizophrenia"[All Fields] OR "schizophrenias"[All Fields] OR "schizophrenia s"[All Fields] OR "Schizophrenic disorders"[All Fields] OR ("psychotic disorders"[MeSH Terms] OR ("psychotic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "psychotic disorders"[All Fields] OR "psychosis"[All Fields]) OR ("psychotic"[All Fields] OR "psychotically"[All Fields] OR "psychotics"[All Fields]) OR ("psychose"[All Fields] OR "psychotic disorders"[MeSH Terms] OR ("psychotic"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "psychotic disorders"[All Fields] OR "psychoses"[All Fields]) OR "first-episode schizophrenia"[All Fields] OR "FES"[All Fields] OR "early onset schizophrenia"[All Fields] OR "EAS"[All Fields]) AND ("diagnosable"[All Fields] OR "diagnosi"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Terms] OR "diagnosis"[All Fields] OR"diagnose"[All Fields] OR "diagnosed"[All Fields] OR "diagnoses"[All Fields] OR "diagnosing"[All Fields] OR "diagnosis"[MeSH Subheading] OR ("diagnosis"[MeSH Terms] OR "diagnosis"[All Fields] OR "diagnostic"[All Fields] OR "diagnostical"[All Fields] OR "diagnostically"[All Fields] OR "diagnostics"[All Fields]) OR ("recognition, psychology"[MeSH Terms] OR ("recognition"[All Fields] AND "psychology"[All Fields]) OR "psychology recognition"[All Fields] OR "recognition"[All Fields] OR "recognitions"[All Fields]) OR ("assess"[All Fields] OR "assessed"[All Fields] OR "assessement"[All Fields] OR "assesses"[All Fields] OR "assessing"[All Fields] OR "assessment"[All Fields] OR "assessment s"[All Fields] OR "assessments"[All Fields]) OR ("detect"[All Fields] OR "detectabilities"[All Fields] OR "detectability"[All Fields] OR "detectable"[All Fields] OR "detectables"[All Fields] OR "detectably"[All Fields] OR "detected"[All Fields] OR "detectible"[All Fields] OR "detecting"[All Fields] OR "detection"[All Fields] OR "detections"[All Fields] OR "detects"[All Fields]))) AND ((guideline[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR german[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND (2013:2023[pdat]))

Systematisk litteratursøgning efter systematiske reviews (PubMed):

(("Schizophrenia"[Title] OR "Schizophrenic disorders"[Title] OR "Psychosis"[Title] OR "Psychotic"[Title] OR "Psychoses"[Title] OR "first-episode schizophrenia"[Title] OR "FES"[Title] OR "early onset schizophrenia"[Title] OR "EAS"[Title]) AND ("Diagnosis"[Title] OR "diagnostic"[Title] OR "recognition"[Title] OR "assessment"[Title] OR "detection"[Title])) AND ((systematicreview[Filter]) AND (2017/5/1:2023/4/17[pdat]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR german[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]))

Systematisk litteratursøgning efter primær studier (PubMed):

(("Schizophrenia"[Title] OR "Schizophrenic disorders"[Title] OR "Psychosis"[Title] OR "Psychotic"[Title] OR "Psychoses"[Title] OR "first-episode schizophrenia"[Title] OR "FES"[Title] OR "early onset schizophrenia"[Title]

OR "EAS"[Title]) AND ("Diagnosis"[Title] OR "diagnostic"[Title] OR "recognition"[Title] OR "assessment"[Title] OR "detection"[Title])) AND ((observationalstudy[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter]) AND (danish[Filter] OR english[Filter] OR german[Filter] OR norwegian[Filter] OR swedish[Filter]) AND(2017:2023[pdat]))

Bilag 2 – Supplerende oplysninger til anbefaling 20

Anvend ikke ADOS/ADOS-2 til differentialdiagnostik mellem autisme og primær psykoselidelse (B).

Litteratur og evidensgennemgang

ADOS blev publiceret i 1989. Man havde oprindeligt tre kategorier Autisme (AS), Autismespektrumforstyrrelse (ASF) og Nonspektrum. Cut-off scorer var henholdsvis 10 for autisme, 7≥ autismespektrumforstyrrelse og <7 non-spektrum (15). I 2012 kom der en ny og forbedret udgave i forhold til sensitivitet og specificitet for modul 1-3 - ADOS-2 (16). I 2014 udarbejdede Lord & Hus en forbedret algoritme for modul 4 (ADOS-2 modul 4 revised algorith), hvor man inddelte rå-scorerne i to domæner (Social affektiv adfærd (SA) og Indskrænket og repetitiv adfærd (IR)) i overensstemmelse med DSM-5, og samtidigt ændrede man på, hvilke items der var indeholdt i den nye algoritme (17). Nu er der kun to kategorier; autismespektrumforstyrrelse (ASF) og Nonspektrum. AS-kategorien er derved gledet ud.

Vi lavede en systematisk søgning af studier, som sammenlignede ADOS/ADOS-2 scores på patienter med skizofreni og andre psykoselidelser med autismespektrum-forstyrrelser og fandt frem til 10 studier. Studierne anvendte både den nye og den gamle algoritme for Modul 4. Et enkelt studie undersøgte Børn og Unge med modul 1,2,3.

Kun et enkelt studie fandt forskel på ADOS-2 Modul 4 scores på patienter med skizofreni og højt fungerende autismespektrumforstyrrelser (18) [2b]. Men det pågældende studie havde en række begrænsninger (kun 12 patienter med skizofreni, autismespektrum-patienterne havde højere IQ og ingen angivelse af kønsfordeling i grupperne). Alle de øvrige 9 studier fandt ensartede ADOS/ADOS-2 scores hos patienter med primære psykoselidelser (herunder skizofreni) og autismespektrumforstyrrelser ((19) [3b]; (20) [3b]; (21) [3b]; (22) [3b];

(23) [3b]; (24) [2b]; (25) [1b]; (26) [3b]; (27) [2b]). Helt overordnet fandt man, at ADOS/ADOS-2 ikke kunne skelne mellem negative symptomer og sociale/kommunikative færdigheder. Desuden kunne ADOS/ADOS-2 ikke skelne mellem prodromale psykosesymptomer og autismespektrumforstyrrelser selv i de studier, hvor der var adgang til information om deltagernes opvækst. Resultaterne var de samme, uanset om man benyttede den nye eller den gamle algoritme for Modul 4. Der sås udtalte problemer med falske positive ift ADOS/ADOS-2 cutt off scores i gruppen af deltagere med skizofreni og anden primær psykoselidelse på op til 37%.

Et enkelt studie ((25) [1b]) undersøgte to grupper børn og unge med autismespektrumforstyrrelser, hvor denene gruppe desuden havde tidlige tegn på psykose. Man fandt ingen forskel i ADOS score på de to grupper. Ved follow-up havde knap 1/3 af børnene i gruppen med begyndende psykose udviklet en egentlig psykoselidelse.

Gennemgående for alle ovennævnte studier, fandt man heller ingen forskel på autismespektrum-grupperne og psykosegrupperne i forhold til forskellige former for selvrapportereringsskemaer (SRS, ADI-R, EQ, AQ, PAUSS).

Bilag 3 – Supplerende oplysninger til anbefaling 21

Overvej at anvende Rorschach-testning til brug for belysning af forstyrretrealitetstestning og perceptionsforstyrrelser (B)

Litteratur og evidensgennemgang

I Danmark anvendes Rorschach-testning inden for voksen- samt børne- og ungdomspsykiatrien) som supplerende undersøgelse i forbindelse med udredning og diagnosticering af psykoser, herunder skizofreni. Som udgangspunkt er Rorschach-testen udviklet til at være en projektiv personlighedstest, der kan bidrage med information om perception, tankeforstyrrelser og psykologiske forstyrrelser og således ikke udarbejdet med henblik på diagnostik. Der findes flere forskellige scoringssystemer. I Danmark har man tradition for at score Rorschach test efter John Exners Comprehensive System (CS). Der er for nylig kommet en ny, revideretudgave af dette system (CS-R) med tilhørende nyt computerbaseret scoringsprogram (CHESSSS).

Arbejdsgruppen lavede en systematisk litteratursøgning for at undersøge Rorschach-testens egnethed som bidrag til udredning af primære psykoselidelser, herunder skizofreni ud fra Exners Comprehensive System og fandt frem til 20 relevante artikler. Arbejdsgruppen fandt ingen studier, der anvendte CS-R. De studier, som vi fandt frem til viste en høj specificitet og sensitivitet på udvalgte indeks af særlig interesse ved mistanke om psykose (perceptuel tænkning / Perceptual thinking og ego-forstyrrelser / Ego Impairment).

Perception-Tænkning Indekset (PTI) har særlig interesse i forbindelse med kortlægning af forstyrret realitetstestning, perceptionsforstyrrelser og tankeforstyrrelse i forbindelse med psykosemistanke. Det understreges dog, at PTI indekset "ikke bør anvendes som et primært grundlag for specifikke beslutninger omkring diagnoser" (28). Vi fandt frem til 10 studier, der undersøgte PTI i relation til udredning af skizofreni og andre primære psykoselidelser ((29) [4], (30) [3b], (31) [1b], (32) [3b], (33) [3b], (34) [2b], (35) [2b], (36) [3b],

(37) [5], (38) [2b]). Studiernes kvalitet var moderat (5) og høj (5). Der var gennemgående fund, der pegede påen høj PTI score ved skizofreni og andre primære psykoselidelser. Endvidere sås signifikant højere PTI scoreved skizofreni sammenlignet med andre psykiske lidelser med psykotiske symptomer (fx Borderline personlighedsforstyrrelser, skizotypisk sindslidelse, bipolar lidelse i manisk fase med psykose).

Ego-Impairment indeks (EII og EII-2) er et mere omfattende mål for forstyrrelser i realitetstestning, perception, tankeprocesser samt psykologiske forstyrrelser (fx interpersonelle relationer, emotionsregulering, impulshæmning, dømmekraft). Vi fandt frem til 7 studier, der undersøgte EII/EII-2 i relation til psykose ((39) [4], (40) [2a], (35) [2b], (36) [3b], (41) [3b], (42) [3b], (43) [5]). Studierne varierede i kvalitet fra høj (1), moderat (4) til lav (2). Der ses højere EII/EII-2 værdier ved stigende grad af psykopatologi, højest ved patienter med skizofreni. Herudover har EII/EII-2 næsten lige så stor præcision som PTI til at skelne mellem skizofreni og andre diagnoser.

Herudover fandt arbejdsgruppen frem til et enkelt studie af moderat kvalitet ((44) [3b]), der undersøgte Coping Deficit Indekset (CDI, et mål for kognitive vanskeligheder) med neurokognition målt med kognitiv testning, hvor man fandt en sammenhæng mellem CDI og især verbale vanskeligheder hos ungdomspsykiatriske patienter (hvor 24% havde en primær psykoselidelse), samt en sammenhæng mellem CDI og mere generelle kognitive vanskeligheder på flere domæner (sprog, hukommelse, eksekutive funktioner) hos voksne indlagte patienter (hvoraf en del havde skizofreni eller psykotiske symptomer).

Endelig var der 4 studier ((45) [4], (46) [3b], (47) [2b], (48) [3b]), med kvaliteten høj (1), moderat (2) samt lav (1), hvor man fandt forskelle på skizofrenipatienter og andre diagnostiske grupper i forhold til mere specifikke råscores fra Rorschach profilen, fx Special Scores der omhandler formelle tankeforstyrrelser.

Bilag 4 – AUDIT

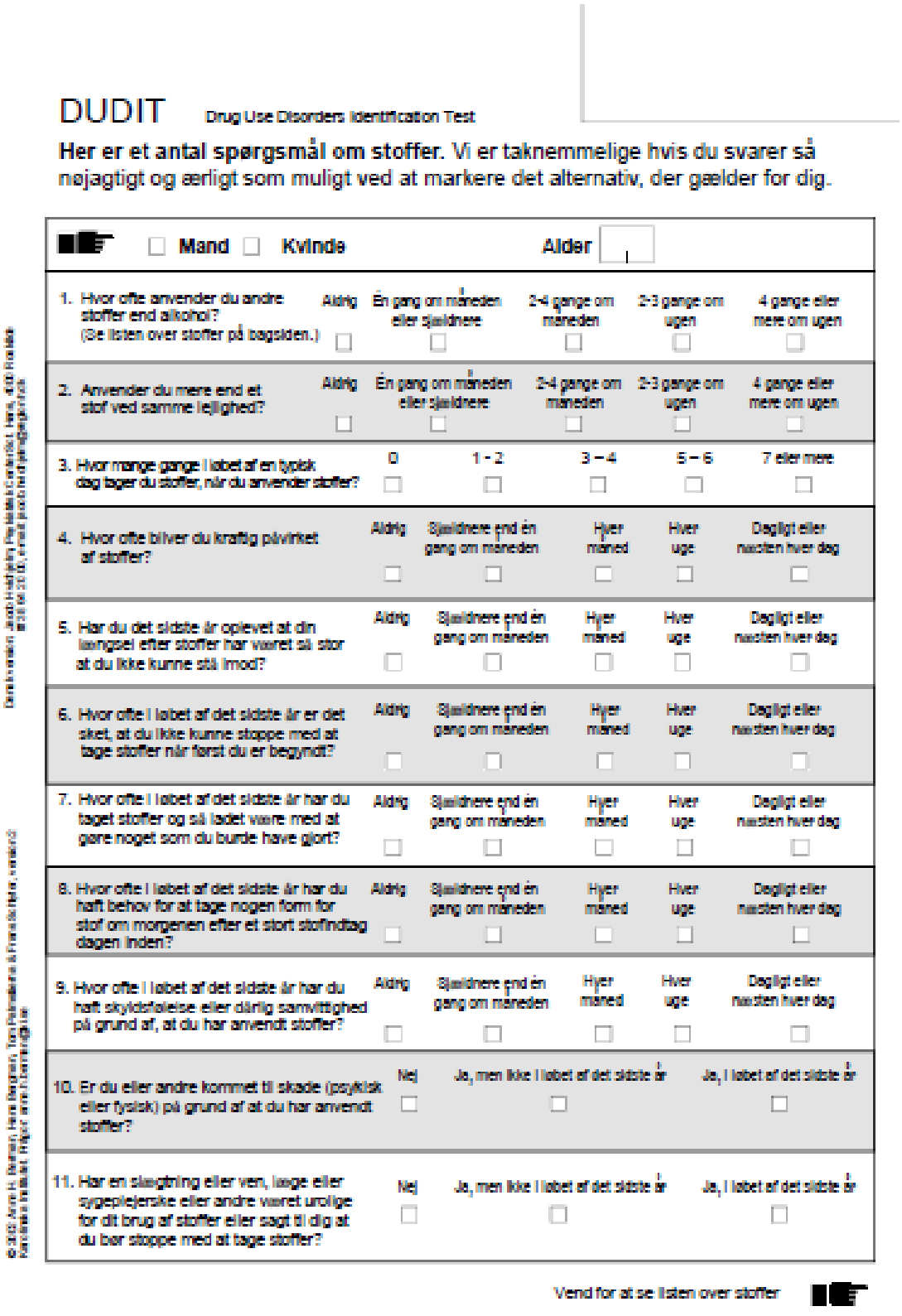
Kontakt venligst sashaa@rkkp.dk ved rekvirering af AUDIT i bedre opløsning/PDF

AUDIT – til borgeren

	Aldrig	Højst én gang om måneden	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere
1. Hvor tit drikker du noget, der indeholder alkohol?					
	1-2 genstande	3-4 genstande	5-6 genstande	7-9 genstande	10 eller flere genstande
2. Hvor mange genstande drikker du almindeligvis, når du drikker noget?					
	Aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt eller næsten dagligt
3. Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?					
4. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?					
5. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?					
6. Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før?					
7. Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter du har drukket?					
8. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket?					
	Nej	Ja, men ikke inden for det seneste år		Ja, inden for det seneste år	
9. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket?					
10. Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at sætte forbruget ned?					

Bilag 5 – DUDIT

Kontakt venligst sashaa@rkkp.dk ved rekvirering af DUDIT i bedre opløsning/PDF



DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Her er et antal spørgsmål om stoffer. Vi er taknemmelige hvis du svarer så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

☐ Mand ☐ Kvinde Alder ☐

1. Hvor ofte anvender du andre stoffer end alkohol? (Se listen over stoffer på bagsiden.)	Aldrig ☐	Én gang om måneden eller sjældnere ☐	2-4 gange om måneden ☐	2-3 gange om ugen ☐	4 gange eller mere om ugen ☐
2. Anvender du mere end et stof ved samme lejlighed?	Aldrig ☐	Én gang om måneden eller sjældnere ☐	2-4 gange om måneden ☐	2-3 gange om ugen ☐	4 gange eller mere om ugen ☐
3. Hvor mange gange i løbet af en typisk dag tager du stoffer, når du anvender stoffer?	0 ☐	1 - 2 ☐	3 – 4 ☐	5 – 6 ☐	7 eller mere ☐
4. Hvor ofte bliver du kraftig påvirket af stoffer?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
5. Har du det sidste år oplevet at din længsel efter stoffer har været så stor at du ikke kunne stå imod?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
6. Hvor ofte i løbet af det sidste år er det sket, at du ikke kunne stoppe med at tage stoffer når først du er begyndt?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
7. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du taget stoffer og så ladet være med at gøre noget som du burde have gjort?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
8. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft behov for at tage nogen form for stof om morgenen efter et stort stofindtag dagen inden?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
9. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft skyldsfølelse eller dårlig samvittighed på grund af, at du har anvendt stoffer?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐
10. Er du eller andre kommet til skade (psykisk eller fysisk) på grund af at du har anvendt stoffer?	Nej ☐	Ja, men ikke i løbet af det sidste år ☐		Ja, i løbet af det sidste år ☐	
11. Har en slægtning eller ven, læge eller sygeplejerske eller andre været urolige for dit brug af stoffer eller sagt til dig at du bør stoppe med at tage stoffer?	Nej ☐	Ja, men ikke i løbet af det sidste år ☐		Ja, i løbet af det sidste år ☐	

Vend for at se listen over stoffer

LISTE OVER STOFFER

(OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Halluoinogener	Opløsningsmidler	GHB og andre
Marijuana	Methamfetamin	Crack	Heroin	Ecstasy	Fortynder	GHB
Hash	Fenmetraline	Freebase	Opium	LSD	Triklorætylen	Anabolske steroider
Hasholie	Khat	Koka-blade	Rygeheroin	Mescaline	Benzin	Lattergas
	Betelnød			Peyote (kaktus)	Gas	Amylnitrit (poppers)
	Ritaline			PCP, Englestøv	Opløsningsmiddel	Antikolinergika
	(Methylphenidat)			Psilocybin (svampe)	Lim	(Disipal, Akineton)
	Dexamin			DMT		
	(Amfetamin)			Muskat		

TABLETTER - LÆGEMIDLER

Tabletter tæller som stoffer når du tager:

- lægemidler mere eller oftere end lægen har sagt du bør gøre
- tabletter for at have det sjovt, føle velbehag, blive "høj" eller for at prøve deres virkning
- tabletter du har fået fra et familiemedlem eller en ven
- tabletter du har købt på det "sorte marked" eller stjålet

SOVE/BEROLIGENDE MIDLER

Alopam	Lexotan	Risolid
Alprazolam	Midazolam	Ronal
Alprox	Mogadon	Sonata
Apodorm	Nimadorm	Stilnoct
Apozepam	Nitrazepam	Stesolid
Broman	Noctamide	Tafil
Diazepam	Oxabenz	Temesta
Dormicum	Oxapax	Trizolam
Flunipam	Oxazepam	Valaxona
Flunitrazepam	Pacisyn	Vallum
Frisium	Pronoctan	Zolpidem
Halcion	Imoclone	Zonoct
Hexalid	Imovane	Zopiclone
Klopoxid	Imozop	

SMERTESTILLENDE

Abalgin	Kodimagnyl	Paracetamol
Actiq	Kodein	Paratabs
Buprenorfin	Kodipar	Perfalgan
Bupivacain-morfin	Mafin	Petidin
	Mandolgin	Pinex
Contalgin	Matrifen	Pinex comp.
Depolan	Metadon	Skopolamin
Dolol	Metracop	Suboxone
Doltrad	Morfin	Subutex
Doloxene	Nobligan	Tadol
Durogesic	Norspan	Temgesic
Fentanyl	OxyContin	Tradolan
Fortamol	OxyNorm	Tramadol
Jurnista	Palladon	Transtec
Ketogan	Pamol	Vilan
Kodamid	Panodil	

Tabletter tæller IKKE som stoffer når du har fået dem udskrevet af læge og du tager dem i rette mængde.

© 2003 Anneli Dalman, Hans Dalgaard, Tom Pedersen & Frank Schjøtt, version 2
Kopiering kræver tilladelse. Følg gerne vejledningen på www.