

*Veileder for utredning av pasienter med
førstegangssykose i
Helse Sør-Øst*



Utarbeidet av TIPS Sør-Øst 2008

Versjon 1.0

FORORD	3
GENERELT	5
UTREDNINGSFORLØPET – SENTRALE PRIORITERINGER	8
TABELL 1 MINIMUMSUTREDNING	9
OVERSIKT OVER UTREDNING	10
TABELL 2 OVERSIKT OVER ANBEFALT UTREDNING	11
RASJONALE FOR INNHOLD I UTREDNINGEN	14
<i>Varighet av ubehandlet psykose</i>	14
<i>Stemningsleie og angst</i>	14
<i>Selv mord</i>	15
<i>Aggresjon/vold</i>	16
<i>Rus</i>	17
<i>Somatikk</i>	18
<i>Familie</i>	19
<i>Funksjon</i>	20
<i>Livssituasjon</i>	21
<i>Kognisjon</i>	22
<i>Billeddiagnostikk</i>	23
<i>Prognose, remisjon og effekt av behandling</i>	23
APPENDIX 1 – BESKRIVELSE AV NOEN SENTRALE UTREDNINGSVERKTØY	25
<i>SCI-PANSS</i>	25
<i>M.I.N.I.; Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju</i>	26
<i>SCID-I ; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>	26
<i>PAS – Premorbid Adjustment Scale</i>	27
<i>AUDIT, DUDIT og Drake</i>	27
<i>CDSS – Calgary Depression Scale for Schizophrenia</i>	29
<i>GAF-F- funksjoner og GAF-S-symptomer - Global Assessment of Functioning Scale</i> ...	29
APPENDIX 2. NEVROKOGNITIV UTREDNING AV PSYKOSEPASIENTER	30
<i>Kommentarer</i>	30
APPENDIX 3. ORIENTERING OM VUP SOM KVALITETSINDIKATOR	32
APPENDIX 4. SKJEMAER FOR REGISTRERING AV PASIENTADMINISTRATIVE OPPLYSNINGER, UTREDNING OG BEHANDLING	34
REFERANSER	42
<i>Retningslinjer</i>	42
<i>Øvrig litteratur</i>	42

Forord

Formålet med denne veilederen er at den kan bidra til å kvalitetssikre det kliniske arbeidet, og være et nyttig og praktisk hjelpemiddel for å kunne utrede pasienter med førstegangpsykose på en god måte. Veilederen er ment til bruk for klinikere i spesialisthelsetjenesten, men kan også utgjøre nyttig informasjon for andre i behandlerapparatet, for de som planlegger og organiserer virksomhet innenfor psykisk helsevern, for pasientene selv og deres familier. Dette dokumentet er å betrakte som en første versjon av veilederen. Vi ønsker tilbakemeldinger fra våre brukere slik at den kan gjøres enda bedre i senere versjoner. Det vil også i løpet av høsten 08 bli laget en tilleggsmodul hvor det vil bli gitt anbefalinger vedrørende utredning av barn og ungdom med førstegangpsykose.

Veilederen er utviklet av TIPS Sør-Øst, og ført i pennen av psykologspesialist Tor Gunnar Værnes. TIPS Sør-Øst er et regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose i Helse Sør-Øst. Kompetansesenteret skal bidra til å styrke kompetansen innenfor spesialisthelsetjenesten om utredning og behandling av pasienter som nylig har utviklet en psykotisk lidelse eller hvor det er mistanke om utvikling av en slik lidelse. Det skal også arbeide for at det implementeres bedre, mer enhetlige og systematiske evalueringsrutiner når det gjelder behandling av denne pasientgruppen i Helse Sør-Øst. Denne veilederen kan forhåpentligvis være et bidrag til kompetansestyrking, et bedre behandlingstilbud og bedre behandlingsevaluering i Helse Sør-Øst.

Veilederen baserer seg på aktuell forskning samt i noen grad på retningslinjer for utredning og behandling av førstegangpsykose og/eller schizofreni. Særlig gjelder dette de kanadiske retningslinjene vedrørende schizofreni, utviklet av Canadian Psychiatric Association (2005), som beskriver utredning i mer detalj enn flere av de andre retningslinjene. Innholdet i den anbefalte utredningen (i kolonnen "Undersøkelser/utredningsinstrumenter" i Tabell 2 s. 11) er et resultat av bidrag fra flere miljøer, blant annet Forsknings- og undervisningsavdelingen, Ullevål Universitetssykehus og Avdeling for førstegangpsykosier, Ullevål Universitetssykehus.

Veilederen er først og fremst rettet mot utredning av pasienter med psykose, hvor man har mistanke om at det kan foreligge en schizofren lidelse (F20) eller schizofrenilignende psykoser (F21-29 i ICD-10). Den er imidlertid også aktuell ved mistanke om affektive lidelser

med psykotiske symptomer (F30-F32). Det har blitt vanligere å plassere schizofrene og affektive lidelser langs et kontinuum, der man kan ha prototypiske schizofrene tilstander i det ene ytterpunktet, prototypiske affektive lidelser i det andre ytterpunktet, og overlappende tilstander med fremtredende psykotiske og affektive komponenter i midten (Craddock & Owen 2005). De sistnevnte tilstander beskrives ofte som schizoaffektive, men kan være vanskelige å skille fra affektive lidelser med psykotiske symptomer. Den anbefalte utredning kan forhåpentligvis gi et svar på hvilken type psykotisk lidelse som foreligger, men samtidig er det viktig å være ydmyk i forhold til at en psykotisk lidelse kan forandre seg over tid. Forskning viser at en del pasienter som befinner seg i en ”overlappingsone”, kan ha et ustabil langtidsløp med dels schizoaffektive episoder, dels ”rene” affektive episoder, og dels ”rene” schizofrene episoder. Disse pasientene skiller seg ikke vesentlig fra andre pasienter med kun schizoaffektive episoder (Marneros 2007). Det kan vel også påpekes at diagnostiske retningslinjer vedrørende schizoaffektive lidelser har forandret seg betydelig i revisjonene av DSM- og ICD-systemene fram til dagens retningslinjer (Marneros 2007). Det er vel derfor ikke usannsynlig at de også kan gjennomgå en forandring i fremtidige revisjoner, ved for eksempel i større grad å vektlegge et dimensjonalt perspektiv på psykiske lidelser.

Når det gjelder behandlingsanbefalinger, henvises det til de internasjonale retningslinjene for behandling av førstegangpsykososer, utviklet av IEPA – International Early Psychosis Association i 2002. Det henvises også til retningslinjer for behandling av schizofrene lidelser. Statens helsetilsyns retningslinjer fra 2000 er blant disse, men det finnes retningslinjer i andre land som nok er mer oppdaterte. I en sammenligning mellom ulike lands nasjonale retningslinjer for schizofreni, blir de engelske (NICE – utviklet av National Institute for Clinical Excellence 2002) vurdert til å ha høyest metodologisk kvalitet, og de amerikanske (utviklet av American Psychiatric Association (APA), Lehman et al. 2004) og de australske/new zealandske (utviklet av Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2004) får også god omtale (Gaebel et al. 2005). Retningslinjene fra Statens helsetilsyn er planlagt revidert, og de engelske NICE-retningslinjene er for tiden under revisjon. Det kan også nevnes at Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene og brukerrepresentanter har utviklet prioriteringsveiledere innenfor ulike områder av spesialisthelsetjenesten. De første versjonene av disse er nå tilgjengelige på Helsedirektoratets hjemmeside, www.shdir.no/.

Generelt

Det anbefales å legge vekt på en bred og grundig utredning av pasienter med en førstegangspysykose. Dette vil utgjøre grunnlaget for diagnostisering, funksjonsbeskrivelse og en nyansert problemforståelse i behandlerapparatet, noe som har viktige implikasjoner for prognose, behandling (medisinsk og psykologisk) og psykososiale intervensjoner (for eksempel tilrettelegging av arbeid-/skolesituasjon).

Stress-sårbarhetsmodellen er bredt akseptert som et nyttig rammeverk for å studere årsaksforhold og utvikling av schizofreni og psykose (Myin-Germeys & Van Os 2007). Modellen impliserer at psykoseutvikling skjer via et samspill mellom sosiale, psykologiske og fysiologiske stressorer (aktuelle belastninger) og pasientens sårbarhet (Zubin & Spring 1977). Sårbarhetsfaktorer kan være av genetisk eller ervervet natur. De ervervede faktorene kan for eksempel være fødselskomplikasjoner, infeksjonssykdommer, traumer og psykososiale belastninger i oppveksten. Det kan nevnes at flere studier peker i retning av at traumatiske opplevelser under oppveksten, og da kanskje særlig kumulative traumatiske opplevelser, øker risiko for psykiske lidelser, inkludert psykose, senere i livet (Shevlin et al. 2008, Morrison et al. 2005). Samtidig er flere av disse studiene beheftet med en del metodologiske problemer, og man bør nok per i dag være forsiktig med å trekke klare konklusjoner om et direkte årsaksforhold mellom tidlige traumatiske opplevelser og psykose (Morgan & Fisher 2007).

Sykehistorien bør omfatte en kartlegging av alle episoder med symptomer på psykisk eller somatisk lidelse, sårbarhetsfaktorer, mulige utløsende og vedlikeholdende faktorer (stressorer), samt det unike samspillet mellom disse for hver enkelt pasient. Konsekvenser av lidelsen, pasientens mestringsstrategier, beskyttelsesfaktorer (for eksempel et støttende nettverk) og tidligere behandling blir også viktig å kartlegge i denne sammenheng. Det bør gjøres en grundig anamnese som belyser pasientens livshistorie fra svangerskap og fødsel frem til status nå, og som omfatter utviklingsmessige, relasjonelle (familie, venner), psykologiske og helsemessige forhold. Faktorer som bosted, oppvekstfamiliens sosiale og økonomiske status, skole-/arbeidsliv, viktige hendelser, seksualitet, kjæresteforhold, interesser, livssyn, rusbruk og eventuell kriminalitet bør også kartlegges.

I utredningsprosessen bør man som kliniker ha et fokus på å utforske hvordan pasientene opplever og forstår seg selv, andre og omverden, sin livssituasjon, sin psykiske lidelse

(symptomer og fungering) og konsekvenser av denne (som stigmatisering). Noen kan være preget av en følelse av uvirkelighet, og en sterk opplevelse av fremmedgjøring i forhold til omverden og seg selv (hele eller deler av kroppen, atferd, tanker og følelser kan oppleves fremmede, forståelsen av selvfølgelige sammenhenger og meninger i tilværelsen kan være forstyrret). Slike såkalte selvforstyrrelser kan gi grunnlag for at visse typer vrangforestillinger utvikles, for eksempel at tanker og atferd er styrt av overnaturlige krefter (ICD-10, Møller 2005, Sass & Parnas 2003). Ved en subjektivt orientert tilnærming som utforsker opplevelsdimensjonen av tilværelsen for pasienten, kan man som kliniker få en mer nyansert problemforståelse og et bedre diagnostiseringsgrunnlag. Minst like viktig er det at en slik subjektiv tilnærming også kan ha en terapeutisk betydning, ved at man sammen med pasienten utforsker opplevelsene. Dette kan åpne for at opplevelsene blir satt ord på og gitt mening ut fra nye perspektiver, som den kunnskapen en terapeut har om hvordan psykotiske symptomer kan oppstå. På denne måten kan man som terapeut bidra til at pasienten bedre forstår og håndterer sin psykiske lidelse og situasjon.

Man bør etterstrebe at utredningen så langt det er mulig blir et samarbeidsprosjekt mellom behandler(e) og pasient, der åpenhet fra behandler(e) er viktig. Pasienten bør få informasjon om sin psykiske lidelse, og de mulige årsakssammenhenger knyttet opp til denne, som er tilpasset hans/hennes forforståelse. Det samme gjelder familie, viktige personer i pasientens nettverk og samarbeidspartnere i det offentlige hjelpeapparat som for eksempel NAV. De vil også være i behov av informasjon om lidelsens natur, adekvat behandling/oppfølging og hvordan man kan være til hjelp for pasienten.

Generelt må det tas forbehold om pasientens samtykke til undersøkelser, og om han/hun tilstandsmessig er i stand til å gjennomføre undersøkelsene. Gjennomføringen av undersøkelsene er ikke å betrakte som et mål i seg selv, men skal være et hjelpemiddel til å få et mest mulig dekkende bilde av tilstand, situasjon og behov. Det er viktig å bruke tid sammen med pasienten og familien på å etablere trygghet og tillit, via en støttende og empatisk væremåte. Dette har en vesentlig betydning for den fremtidige samarbeidsrelasjon med pasienten og dennes familie. En god samarbeidsrelasjon muliggjør at de får hjelp til å forstå og mestre lidelsen og dens konsekvenser. I tillegg er dette viktig for at behandler/e kan få adekvat og nyansert informasjon, for eksempel når det gjelder anamnese. Det er vesentlig å innhente komparentopplysninger fra familie, andre viktige personer i pasientens nettverk og

tidligere behandlere, så fremt pasienten gir samtykke til det. Hvis pasienten ikke gir samtykke, bør man forsøke å motivere for dette.

I tillegg til kliniske intervjuer, kan bruk av semi-strukturerte og/eller strukturerte intervjuer, samt spørreskjema og tester (som nevrokognitive undersøkelser) bidra til å øke reliabiliteten i bruken av diagnostiske kriterier og øvrige vurderinger. De kan også frembringe informasjon som ellers kunne ha blitt oversett. Bruk av utredningsverktøy hvor man graderer symptomer og/eller funksjon i henhold til alvorlighetsgrad, kan være nyttige for å kunne kartlegge/evaluere grad av symptombelastning, funksjonssvikt og effekt av behandling over tid. Etter den første utredningen av pasienten, bør han/hun følges opp av en behandlingsansvarlig kliniker som kan gjøre jevnlig vurderinger av symptomer, fungering og behandlingsrespons. Det anbefales at en og samme kliniker følger opp pasienten over tid.

Utredningsforløpet – sentrale prioriteringer

Når man skal begynne å utrede en pasient med en førstegangpsykose, er man nødt til å gjøre visse prioriteringer med henblikk på hva som er viktigst å kartlegge og vurdere den første tiden, og hva man kan utsette til senere. Disse prioriteringene vil i noen grad være knyttet til alvorlighetsgraden av de aktuelle problemene. Det kan være betydelig forskjell på en pasient som har blitt innlagt på en akuttavdeling på bakgrunn av en akutt preget psykose og suicidrisiko enn en pasient som har hatt en snikende psykoseutvikling over år, og som tross en delvis psykotisk fungering kan klare seg med poliklinisk oppfølging. Selv om prioriteringene kan være noe forskjellig avhengig av pasientens problematikk og fungering, så kan det likevel være en del fellesnevnerne. Nedenfor redegjøres det for et typisk utredningsforløp, med de viktigste undersøkelser uthevet i kursiv.

Ved innkomst

I den første samtalen med pasienten er det viktig å danne seg en oppfatning om den aktuelle psykiske tilstand. Ved en akuttinnleggelse vil det være viktig å vurdere alvorlighet av psykose, suicidalrisiko, stemningsleie, risiko for aggressiv atferd, aktuell rusproblematikk og annen psykopatologi som for eksempel angstplager. Videre bør man få en oversikt over den aktuelle livssituasjon til pasienten, hans/hennes funksjonsnivå, samt en foreløpig sykehistorie og anamnese. Komparentopplysninger blir viktig å innhente i denne sammenheng. En/flere tentative diagnoser bør settes selv om man foreløpig ikke har fått gjort en grundig differensialdiagnostisk vurdering. I løpet av den første uka ved innleggelse, og de første to-tre ukene ved poliklinisk kontakt bør man utforske disse områdene grundigere. Som et minimum bør følgende undersøkelser gjennomføres:

Første uke ved innleggelse/første 2-3 uker ved poliklinisk kontakt

- *SCI-PANSS*
- *GAF*
- *Somatisk/nevrologisk undersøkelse (se tabell 2 for anbefalinger)*
- *AUDIT, DUDIT, Drake*

Se for øvrig anbefalinger i tabell 2 når det gjelder vurdering av annen psykopatologi enn psykose.

Første måned ved innleggelse/poliklinisk kontakt

En grundig sykehistorie og anamnese, samt kartlegging av familieforhold og slektsbelastning bør gjennomføres i løpet av den første måneden. Det samme gjelder en grundigere differensialdiagnostisk vurdering ved hjelp av ICD-10 og et diagnostisk intervju.

Hjerneorganisk status bør vurderes ved hjelp av MRI. Hvis den aktuelle diagnosen befinner seg innenfor F20-29-spekteret, skal man fylle ut VUP-skjema. Somatisk status er viktig å følge opp, særlig med tanke på bivirkninger av medisiner. Et anbefalt minimum av undersøkelser i denne perioden vil være:

- *MINI eller SCID I*
- *VUP (ved F20-29)*
- *MRI*

Første tre måneder ved innleggelse/poliklinisk kontakt

Det bør gjøres en vurdering av *nevrokognitiv funksjon* når pasientens tilstand tillater det. Det samme gjelder *premorbid fungering*. Disse områdene er viktig å kartlegge med tanke på hvilke anbefalinger man som behandler skal gi når det gjelder fremtidig behandling, oppfølging og pasientens fremtidsplaner. Se tabell 2 og appendix 2 for anbefalinger vedrørende undersøkelser av nevrokognitiv og premorbid fungering.

I tabell 1 oppsummeres hva en minimumsutredning av en pasient med førstegangpsykose bør inneholde.

Tabell 1 Minimumsutredning

	Undersøkelser
Innen første uke v/innleggelse/første 2-3 uker ved poliklinisk kontakt	Klinisk status, livssituasjon SCI-PANSS GAF Somatisk/nevrologisk undersøkelse AUDIT, DUDIT, Drake
Innen første måned ved innleggelse/poliklinisk kontakt	MINI eller SCID I VUP (ved F20-29) MRI Sykehistorie/anamnese, familieforhold, slektsbelastning Somatisk oppfølging, evt. bivirkninger
Innen første tre måneder ved innleggelse/poliklinisk kontakt	Nevrokognitiv undersøkelse (undersøk premorbid fungering, hvis ikke gjort tidligere)

Oversikt over utredning

I tabell 2 vises en mer detaljert og grundigere oversikt over anbefalt utredning av den aktuelle pasientgruppen. I noen tilfeller kan det nok være vanskelig å gjennomføre alle de anbefalte undersøkelser, men alle områdene som er nevnt i kolonnen ”Hva bør undersøkes/utredes” bør utforskes. Tabellen skiller mellom undersøkelser som TIPS Sør-Øst anser som aktuelle for alle i pasientgruppen, og undersøkelser som i tillegg anbefales ved behov. Kolonnen ”Undersøkelser/utredningsinstrumenter” omfatter de førstnevnte undersøkelsene (i kursiv og blå skrift), mens kolonnen ”Supplerende undersøkelser” omfatter de sistnevnte. Selv om det ikke er nevnt i forhold til alle områdene som inngår i utredningen, så er det viktig at man i tillegg til de nevnte undersøkelser baserer vurderinger på kliniske intervjuer, observasjoner og komparentopplysninger.

Undersøkelsene kategoriseres også med henblikk på når de bør gjøres. De fleste av undersøkelsene bør man iverksette i en akutt fase, og mange av dem bør gjentas i stabile faser. Med akutt fase menes at pasienten har uttalte positive psykotiske symptomer, og en fungering preget av dette. Med stabil fase menes at symptomer og fungering har stabilisert seg etter at pasienten har fått adekvat psykosebehandling over tid, og at det da kan foreligge varierende grad av bedring. Noen kan tilfredsstillende kriteriene for remisjon (se s. 23), mens andre kan ha residualsymptomer av intermitterende eller vedvarende natur. I den akutte fasen vil fokus være rettet mot å komme frem til en nyansert problemforståelse og initial diagnose, både i forhold til symptomer, fungering og livssituasjon. Dette er viktig som et utgangspunkt for å planlegge og starte behandling. I en akutt fase kan man imidlertid som regel ikke vente med å gi behandling til alle nødvendige undersøkelser er gjennomført. En symptombasert tilnærming til behandling kan være hensiktsmessig, der man retter behandlingsmessig fokus mot manifeste symptomer som for eksempel hallusinasjoner og psykotisk angst (Spencer et al. 2001). Etter en diagnostisk avklaring kan behandling og behandlingsmålsetninger bli justert. Hensikten med undersøkelser i den stabile fasen vil være å følge med på symptomer og funksjonsnivå, og å evaluere diagnose(r) og effekt av behandling i forhold til behandlingsmålsetninger.

I appendix 4 er det lagt inn en del skjemaer, utformet av TIPS Sør-Øst, som kan brukes til å registrere pasientadministrative opplysninger, skårer på noen sentrale utredningsverktøy og type behandling som har vært gitt.

Tabell 2 Oversikt over anbefalt utredning

SYMPTOMER OG FUNKSJON				
Hva bør undersøkes/utredes	Undersøkelser/utredningsinstrumenter	Akutt fase	Stabil fase	Supplerende undersøkelser
Psykoserelaterte symptomer. Konsekvenser, innsikt, holdning til behandling.	<i>SCI-PANSS</i> – se Appendix 1.	Tidligst mulig etter inntak, når pasientens tilstand tillater det. Bør vurderes minst ukentlig deretter, men ikke nødvendigvis med SCI-PANSS	Bør vurderes minst hver tredje måned. SCI-PANSS/PANSS anbefales ved 6 og 12 md etter inntak, og deretter årlig, samt ved overføring til annet behandlingsnivå og ved utskriving. Vurder ut fra remisjonskriterier	EASE (Examination of Anomalous Self-Experience) – ved subjektivitetsforstyrrelser. PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scale) - alvorlighetsgradering av vrangforestillinger og hallusinasjoner
Aktuelle psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	<i>ICD-10 - retningslinjer</i> Diagnostisk intervju: <i>MINI</i> eller <i>SCID I</i> - se Appendix 1.	Klinisk status ved første samtale med pasienten, diagnostisk intervju i løpet av 1. måned.	Revurdering av diagnose(r) bør gjøres etter 6 md, deretter ved klinisk indikasjon	SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised) – generelt screeningverktøy SCID-II – ved personlighetsforstyrrelser Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) DES (Dissociation Experience Scale)
Varighet av ubehandlet psykose (VUP)	<i>VUP- skjema</i> – se Appendix 3	Etter en diagnostisk avklaring (en lidelse innenfor F20-29-spekteret).	Etter en diagnostisk avklaring (hvis ikke avklart i akutt fase)	
Suicidalfare, aggresjon, impulsivitet	<i>Klinisk intervju, observasjoner, komparent-opplysninger</i>	Tidligst mulig etter inntak, 1. uke ved innleggelse, minst ukentlig deretter ved foreliggende risiko	Minst hver tredje måned og ved klinisk indikasjon	Voldsrisiko: V-RISK-10
Rusbruk/rusmisbruk	<i>AUDIT-DUDIT Drake</i> se Appendix 1	Tidligst mulig etter inntak, 1. uke ved innleggelse. Rusanamnese bør gjøres når pasientens tilstand tillater det	Det anbefales at man gjentar Drake etter 6 og 12 md, og deretter årlig, samt ved utskriving/overføring. I tillegg ved klinisk indikasjon	SCID-I - differensialdiagnostiske avveininger ved samtidig rusmisbruk og psykose.
Stemningsleie	<i>CDSS</i> se Appendix 1	Tidligst mulig etter inntak, 1. uke ved innleggelse, minst ukentlig deretter men ikke nødvendigvis med CDSS	Det anbefales at man gjentar CDSS etter 6 og 12 md, og deretter årlig, samt ved utskriving/overføring. I tillegg ved klinisk indikasjon	MADRS og BDI-II (Beck Depression Inventory-II) er alternativer til CDSS, CDSS bedre på å skille depresjon fra negative og extrapyramidale symptomer. YMRS (Young Mania Rating Scale) ved indikasjon på mani/hypomani

SYMPTOMER OG FUNKSJON				
Hva bør undersøkes/utredes	Undersøkelser/utredningsinstrumenter	Akutt fase	Stabil fase	Supplerende undersøkelser
Funksjonsnivå - sosiale relasjoner, evne til egenomsorg, ADL-ferdigheter arbeid/skole, frekvens av innleggelse.	<i>GAF</i> - se Appendix 1	GAF skal registreres ved inntak	GAF bør som et minimum registreres ved 6 og 12 md, og deretter en gang i året, i tillegg til ved overføringer til annet behandlingsnivå og utskrivinger.	SCLF – Strauss Carpenter Level of Functioning scale. DIS ASS SCHED II-spørreskjema om helserelatert fungering. MMPI-2-Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, bred symptom- og funksjonsprofil, særlig sosioemosjonell fungering
Premorbid fungering	<i>Klinisk intervju, komparent-opplysninger</i>	Når pasientens tilstand tillater det		<i>PAS</i> - se Appendix 1
BAKGRUNN, LIVSSITUASJON OG FAMILIE				
Hva bør undersøkes/utredes	Undersøkelser/utredningsinstrumenter	Akutt fase	Stabil fase	Supplerende undersøkelser
Anamnese	<i>Klinisk intervju, komparent-opplysninger</i>	Foreløpig anamnese i løpet av 1. uke. Grundig anamnese i løpet av 1. måned.		
Sykehistorie	<i>Klinisk intervju, komparent-opplysninger</i>	Foreløpig sykehistorie i løpet av første uke. Grundig sykehistorie i løpet av 1. måned.		
Livssituasjon - bolig, økonomi, skole/arbeid, nettverk. Livskvalitet	<i>Klinisk intervju, komparent-opplysninger. Spørsmål hentet fra Lehmans livskvalitetsintervju, se s. 19</i>	Innen 3 uker etter inntak	Minst hver 3 md.	Nettverkskart Lehmans livskvalitetsintervju (L-QoLI)
Familie – kvalitet på relasjoner, opplevd belastning	<i>Klinisk intervju, observasjoner, komparent-opplysninger.</i>	Innen 3 uker etter inntak	Etter 9 md bør kartlegging gjentas	Genogram The Family Questionnaire The Caregiver Burden Inventory (CBI)
Slektsbelastning. Forekomst av psykiske lidelser i slekt.	<i>Klinisk intervju, komparent-opplysninger</i>	Innen 3 uker etter inntak		

SOMATIKK OG KOGNISJON

Hva bør undersøkes/utredes	Undersøkelser/utredningsinstrumenter	Akutt fase	Stabil fase	Supplerende undersøkelser
Somatisk utredning	<i>Somatisk status presens:</i> Blodtrykk, organundersøkelse, høyde, vekt, livvidde. Røyking/snusing og koffeinholdige drikker	Tidligst mulig, når pasientens tilstand tillater det. Livvidde bør måles månedlig de 6 første måneder etter oppstart med nytt antipsykotikum	Livvidde bør måles hver 3 md ved stabil antipsykotisk medisinerings	EKG: evt. som forundersøkelse til behandling med visse antipsykotika og hvis sykehistorie indikerer dette. Ved mistanke, test for hepatitt, HIV, evt. andre infeksjonssykdommer
	<i>Biokjemiske prøver:</i> Hb, Røde, Hvite, Plater, MCV og MCHC, ASAT, ALAT, CRP, Gamma, LD og CK, TSH, Fritt T4, Kreatinin, Albumin, Folat i ert, Vit B12, Na, K, Cl, Mg, Fosfat og Calcium tot.	Tidligst mulig etter inntak, når pasientens tilstand tillater det.	Hver 3 md. det første året og så minimum 1 gang i året. Ofte ved klinisk indikasjon.	
Bivirkninger av antipsykotika	Fastende triglycerider, kolesterol (LDL, HDL, total), fastende glukose. Ekstrapyramidale bivirkninger. Endokrin og seksualfungering.	Tidligst mulig, når pasientens tilstand tillater det. Undersøk før oppstart med antipsykotika (baseline). Ekstrapyr. biv. undersøkes ved behov (primært ved bruk av 1. gen. antipsykotika)	Hver 3 md etter oppstart av antipsykotika det første året, deretter årlig. Ofte ved symptomer og vektøkning. Ved endringer i antipsykotika, igjen prøver hver 3 md. Ekstrapyr. biv. – hver 6 md eller oftere ved høy risiko	Undersøk aktuelle genetiske mutasjoner hvis pasienten ligger uventet høyt eller lavt på serumspeil. Ved klinisk indikasjon – undersøke prolaktinnivå
Hjerneorganisk status: bevissthetsnivå, forvirring, mulige nevrologiske lidelser, mulig hjerneorganisk dysfunksjon	<i>Orienterende nevrologisk undersøkelse</i> <i>MRI – Magnetic Resonance Imaging</i>	Tidligst mulig etter inntak, når pasientens tilstand tillater det.	Ved klinisk indikasjon	Mini Mental Status. Hvis MRI ikke er tilgjengelig, kan CT være et alternativ. Ved klinisk indikasjon - EEG og/eller SPECT. Grundigere nevrologisk og nevropsykologisk/nevrokognitiv utredning ved klinisk indikasjon
Kognitiv funksjon	<i>Nevrokognitiv undersøkelse</i> – se Appendix 2	Når pasientens tilstand tillater det. Hvis pasientens tilstand ikke tillater det, utsett til stabil fase	Tidligst mulig, hvis ikke gjort i akutt fase.	Ved indikasjon på kognitiv svikt, bør en fullstendig nevropsykologisk/nevrokognitiv utredning gjøres

Rasjonale for innhold i utredningen

Som man kan se av tabell 1, omfatter en utredning av en førstegangpsykose langt mer enn bare en utforsking av den aktuelle psykiske symptomatologi. Rasjonale for å utforske de forskjellige områdene som inngår i en bred utredningsprosess, vil her bli beskrevet i mer detalj.

Varighet av ubehandlet psykose

Lang varighet av ubehandlet psykose (VUP) har vist seg å være assosiert med dårligere respons på behandling og dårligere utfall på sikt, både vedrørende symptombelastning og funksjonssvikt (Marshall et al. 2004). Sammenholdt med andre opplysninger om pasienten, kan registrering av VUP gi en indikasjon på behandlingsrespons og prognose. VUP har blitt en nasjonal kvalitetsindikator både i Psykisk helsevern for voksne og Psykisk helsevern for barn og ungdom, som skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister når det foreligger en førstegangs psykose innenfor F20-29-spekteret. Selv om det ikke er påvist noen klar årsakssammenheng mellom VUP og langtidsprognose, er det likevel gode grunner til å forsøke og redusere VUP (Johannesen et al. 07). Det å være psykotisk kan være en stor byrde, både for den som er direkte rammet og for familie og venner. Hvis man kommer tidlig til, kan det være lettere å etablere og vedlikeholde tillit til behandler(e), slik at pasientene i større grad kan ta i mot og akseptere den tilbudte behandling. Ved et psykosegjennombrudd kan dermed varighet og styrke av symptombelastning med større sannsynlighet reduseres, og en innleggelse kan kanskje unngås. Se appendix 3 for en nærmere orientering om VUP som kvalitetsindikator.

Stemningsleie og angst

Emosjonelle forstyrrelser kan være ganske vanlige forut for, under og i etterkant av en psykose (Birchwood 2003, Michail & Birchwood 2007). Forekomst av depresjon ved psykotiske tilstander varierer betydelig fra studie til studie, men alle viser ganske høye tall, fra 22% til 75% (Michail & Birchwood 2007). Psykotiske symptomer, som for eksempel paranoide vrangforestillinger, kan være forbundet med frykt, sinne og skam. En del pasienter kan også ha posttraumatiske symptomer, og forskning tyder på at slike symptomer kan ha en tendens til å bli oversett eller tolket som en del av den psykotiske lidelsen (Seedat et al. 2003). Omvendt kan det også være en risiko for at man overser psykotiske symptomer, når pasienten blir diagnostisert med PTSD (Read et al. 2005). Andre angstlidelser kan også være tilstede,

som sosial angst (Michail & Birchwood 2007). Det er viktig at man er oppmerksom på angst- og depresjonssymptomer, og ikke automatisk ser disse som ”underordnet” de psykotiske symptomene når man vurderer aktuelle behandlingstiltak.

Det har vært vanlig å skille mellom affektive og ikke-afektive psykoser. Samtidig kan emosjonelle forstyrrelser være tilstede i betydelig grad også ved de ikke-afektive psykosene . Noen hevder at for mange av de som er rammet av psykoser, så kan slike forstyrrelser foreligge som en sentral del av psykoseutviklingen og den psykotiske lidelsen (Birchwood 2003). Uavhengig av hva slags forhold det er mellom emosjonelle forstyrrelser og psykoser, så bør man utrede eventuelle forstyrrelser, og tilby adekvat behandling for dem.

Det er også viktig å kartlegge depressive og/eller maniske/hypomane symptomer, og eventuelle tidligere episoder med depresjon eller mani, for å kunne vurdere hvorvidt det kan foreligge en bipolar lidelse, en schizoaffektiv lidelse eller en depressiv lidelse med psykotiske symptomer. Selv om noen differensialdiagnostiske avveininger kan være vanskelige, viser flere studier at diagnosene som ble satt initialt ved førstegangpsykose, har tendens til å være ganske stabile (Baldwin et al. 2005, Addington et al. 2006, Schimmelmann et al. 2005).

Selv mord

Stemningsleie er også viktig å utrede fordi depressive tilstander er velkjente risikofaktorer vedrørende selvmord (Sosial- og helsedirektoratet 2008, nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern). Schizofreni er assosiert med betydelig høyere risiko for selvmord enn i normalbefolkningen, med 4-5 % livstidsprevalens (Sortland & Egeland 2008). Livstidsprevalens vedrørende selvmordsforsøk hos pasienter med schizofreni er 20-40% (Melle et al. 2006). Den mest kritiske perioden er ofte tidlig i sykdomsforløpet, det vil si i den første tiden etter sykdomsdebut, og det første året etter utskriving for innlagte pasienter. 15-26% av personer som debuterer med en førstegangpsykose har gjort minst ett selvmordsforsøk før de kommer til behandling (Melle et al. 2006). Det er således særdeles viktig å være oppmerksom på fare for selvmord i tiden før, under og i etterkant av en førstegangpsykose. Det bør gjøres en grundig klinisk vurdering av selvmordsfare med bakgrunn i kunnskap om statistiske risikofaktorer og med fokus på aktuelle selvmordstanker/planer. Sentrale risikofaktorer som bør kartlegges er:

- Tidligere selvmordsforsøk (antall og alvorlighetsgrad)
- Psykisk lidelse, særlig depresjon
- Rusavhengighet
- Brudd i relasjon (inkludert utskrivelse fra døgnavdeling)
- Selvmord i familien

(Ullevål universitetssykehus, E-håndbok, Selvmordsrisikovurdering - innhold)

I tillegg til disse faktorene, bør man også være oppmerksom på følgende risikofaktorer som man har særlig funnet ved schizofrene lidelser: høyt premorbid funksjonsnivå, innsikt i egen dysfunksjon, håpløshetsfølelse, agitasjon/motorisk uro, frykt for mental oppløsning og dårlig etterlevelse av behandling ("compliance") (Sortland & Egeland 2008).

Når det gjelder aktuelle selvmordstanker og planer er det viktig å kartlegge om de foreligger og hvor ofte de foreligger. Hvis det foreligger planer, hvor konkrete er de? Hører pasienten stemmer som sier at han skal ta livet av seg selv eller andre? Hvor stor grad av håpløshet og dødsønske foreligger? Nettverk og den totale livssituasjon bør også kartlegges i denne forbindelse (Ullevål universitetssykehus, E-håndbok, Selvmordsrisikovurdering - innhold).

Aggresjon/vold

Det bør alltid gjøres en vurdering av voldsrisiko hos pasienten. Det har i lengre tid vært kjent at det er en sammenheng mellom det å ha schizofreni og økt risiko for aggresjon og voldelig atferd, men det er ikke nødvendigvis et kausalt forhold (Walsh et al. 2002). Stort sett er det slik at faktorer som predikerer vold innenfor normalpopulasjonen også predikerer vold innenfor gruppen av pasienter med schizofreni, som antisosiale trekk og atferd, tidligere voldsepisoder og rusmisbruk (Rasmussen & Levander 2002), samt kombinasjonen av å være en ung mann med lav sosioøkonomisk status (Walsh et al. 2002). I schizofreni-gruppen ser det ut til at kombinasjonen rusmisbruk og positive psykotiske symptomer øker risikoen betydelig (op.cit.).

Det har ikke vært gjort så mange studier av sammenhengen mellom det å ha en første episode psykose og aggresjon, men det er grunn til å anta at det også ved førstegangspysykoser foreligger en økt risiko for aggresjon og vold. De samme risikofaktorer ser ut til å gjøre seg gjeldende også for denne gruppen. I tillegg har man funnet at behandling med tvang, mangel

på innsikt i egen lidelse og maniske symptomer også kan være risikofaktorer (Foley et al. 2005, Dean et al. 2006). Tidlig oppdagelse og intervensjon i forhold til pasienter med økt risiko for aggressiv atferd vil kunne redusere denne risikoen (Dean et al. 2006).

Rus

En tidlig utredning av aktuell og tidligere rusbruk er viktig av flere grunner. Rusmisbruk er utbredt blant pasienter med førstegangpsykose, selv om forekomsten av dette varierer mye i internasjonale studier (alkohol: fra 3 til 35%, stoff: 6 til 44%, Larsen et al. 2006). I den skandinaviske TIPS-studien fant man at 23 % misbrakte eller var avhengige av stoff og 15 % misbrakte eller var avhengige av alkohol de siste 6 måneder frem til behandlingsstart. Særlig unge menn er overrepresentert når det gjelder rusmisbruk (Larsen et al. 2006). Alvorlig rusmisbruk ser ut til å være assosiert med dårligere symptomatisk og funksjonell ”outcome” i etterkant av en førstegangpsykose, som økt risiko for reinnleggelse, tilbakefall av positive psykotiske symptomer, og mer alvorlige positive psykotiske symptomer ved tilbakefall (Wade et al. 2007).

Rus kan utløse psykoser, men det er også evidens for at bruk av cannabis øker risiko for schizofreni og schizofrenilignende psykoser, særlig hos de som har en predisposisjon for psykose, og/eller som begynner å bruke cannabis i ung alder (DiForti et al. 2007, Moore et al. 2008). Dette innebærer naturlig nok en del utfordringer med henblikk på diagnostisering. I sin fremtredelsesform kan rusutløste psykoser være vanskelige å skille fra andre psykosediaoser, og det er gjort få studier vedrørende eventuelle forskjeller. I to studier av Caton et al. (2005, 2007) fant man at visuelle hallusinasjoner var hyppigere hos pasienter med rusutløste psykoser. Videre hadde de oftere rusavhengighetsdiagnoser og foreldre med et rusproblem. Gruppen med primære psykotiske lidelser hadde en høyere total PANNS-skåre, og hadde oftere foreldre med psykiske lidelser.

En riktig diagnose fordrer at man observerer pasienten over tid, og at pasienten holder seg rusfri i observasjonperioden. Hvis symptomer vedvarer i mer enn fire uker etter rusintoksikasjon eller en abstinensstilstand, peker dette i retning av en primær psykotisk lidelse (DSM-IV). Samtidig kan det være slik at noen restsymptomer på en rusutløst psykotisk tilstand kan være tilstede i lenger tid enn dette (i ICD-10 sies det at symptomene forsvinner delvis innen 1 måned, og fullstendig innen 6 måneder), slik at det kan ta lenger tid å stille en diagnose med sikkerhet.

De temporære sammenhengene mellom rusbruk og symptomer blir viktig å kartlegge. Dette gjelder både aktuell og tidligere rusmisbruk, noe som kan nedfelles i en rusanamnese. Et viktig spørsmål å stille seg er hvorvidt psykose- eller psykosenære symptomer var til stede før pasienten begynte å ruse seg. SCID I er utviklet for å kunne gjøre differensialdiagnostiske avveininger mellom rusutløste psykoser og primære psykotiske lidelser (et annet semistrukturert intervju til bruk for dette formål er PRISM - Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders, Hasin et al. 1996, www.columbia.edu/~dsh2/prism/ . Dette har nylig blitt oversatt til norsk, i regi av Valborg Helset ved Aker universitetssykehus HF/Universitetet i Oslo, men er under utprøving og foreløpig ikke tilgjengelig for vanlig klinisk praksis).

Somatikk

I tillegg til forhøyet risiko for å dø av suicid, så har pasienter med schizofreni og affektive lidelser høyere risiko for å dø av somatiske årsaker enn normalbefolkningen, og opp mot 20 % kortere livslengde (Newcomer 2007, kanadiske retningslinjer 2005). Somatiske sykdommer har en tendens til å bli oversett og ikke behandlet adekvat hos pasienter med schizofreni (kanadiske retningslinjer 2005). Dette kan skyldes at pasientene i mindre grad enn andre søker hjelp for helseplagene, i mindre grad spontant rapporterer om symptomer, kan ha mindre tilgang på medisinsk hjelp, og at de i mindre grad følger behandlingsanbefalinger på grunn av sine psykiske symptomer (Newcomer 2007).

Det er påvist en overhyppighet av overvekt, type II diabetes, og forhøyede verdier av fettstoffer i blodet (hyperlipidemia) hos pasienter med schizofreni (kanadiske retningslinjer 2005). Dette er symptomer på det såkalte metabolske syndrom, som mange pasienter med schizofreni er rammet av (Newcomer 2007). Det metabolske syndrom er karakterisert av stor livvidde (94 cm eller mer for menn, 80 cm eller mer for kvinner), samt minst to av følgende: økt nivå av triglyserider i blodet (over 1,7 mmol/l), lavt nivå av "det gode" kolesterolet HDL (under 0,9 mmol/ for menn, 1,1 for kvinner), økt blodtrykk (systolisk: 130 eller høyere, diastolisk: 85 eller høyere, evt. får behandling for høyt blodtrykk), og for høyt fastende blodsukker (5,6 mmol/l eller over, evt. har diagnosen type II diabetes)(kriteriene og verdiene, er foreslått av Den Internasjonale Diabetesføderasjonen (IDF) i 2005, se Folkehelseinstituttets nettside, <http://www.fhi.no>). Overvekt rundt magen og insulinresistens er medvirkende årsaker til det metabolske syndrom (Folkehelseinstituttet, nettside). Det metabolske syndrom gir økt risiko for type II diabetes, hjertesykdom og tidlig død. Kardiovaskulære sykdommer

har vist seg å være den viktigste årsaken til død hos pasienter med schizofreni (Newcomer 2007).

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har en høyere forekomst av risikofaktorer forbundet med livsstil, som røyking, rusmisbruk, lite fysisk aktivitet, usunt kosthold og overvekt. Videre er det funnet evidens for at de atypiske antipsykotika olanzapin og clozapin øker risikoen for det metabolske syndrom, via vektøkning forbundet med disse preparatene, blant annet i CATIE-studien (The Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness study). Noen studier har også funnet evidens for at disse preparatene også direkte øker risiko for insulinresistens, høyt blodsukker og type 2 diabetes (Newcomer 2007).

I tillegg til de her nevnte metabolske bivirkninger av antipsykotika, bør man også kartlegge og vurdere om pasienten har andre bivirkninger, som ekstrapyramidale symptomer, endokrine endringer og påvirkning av seksuell funksjon. På bakgrunn av at pasienter med førstegangpsykose har forhøyet risiko for helseproblemer, bør det legges vekt på å kartlegge og vurdere somatisk helse tidlig og jevnlig, i tråd med anbefalingene i tabell 1.

Familie

Familien er for mange pasienter den viktigste omsorgsgiver og kilde til støtte i hverdagen. Familiemedlemmer vil derfor være en svært viktig ressurs når det gjelder oppfølging av pasientene, og bør involveres så tidlig som mulig i et behandlingsforløpet. Familien er også sentral når det gjelder innhenting av komparentopplysninger vedrørende anamnese, slektsbelastning vedrørende alvorlige psykiske lidelser, sykehistorie og aktuelle forhold.

Samtidig vil familien ofte oppleve det belastende å måtte forholde seg til et familiemedlem som utvikler en alvorlig psykisk lidelse. Studier har vist at familiemedlemmer til pasienter med en første episode av schizofreni, kan oppleve en større grad av belastning enn pårørende til pasienter som har en kronisk schizofren lidelse (Addington et al. 2005). De kan være preget av følelser som redsel, tristhet, håpløshet, skyld og sinne, og vil ofte kjenne seg overveldet og maktesløse i forhold til lidelsen. Dette kan blant annet handle om manglende erfaring med, og forståelse av, psykoseproblematikk (Addington et al. 2005, Askey et al. 2007). For at familien skal kunne være en ressurs for sitt syke familiemedlem, vil det derfor viktig at man tilbyr hjelp til å forstå og takle slike belastninger.

Forskning har vist at familieatmosfære har betydning for hvordan det går med pasienter med schizofreni. Den såkalte Expressed Emotion (EE) forskningen har vært sentral her (Askey et al. 2007). EE kan forstås som grader av engasjement, der familiemedlemmenes holdninger til pasienten, i form av grad av kritikk, følelsesmessig engasjement og fiendtlighet er sentrale faktorer. EE kan kartlegges ved selvutfyllings-skjemaer som The Family Questionnaire (Wiedemann et al. 2002, oversatt av Anne Fjell ved TIPS Sør-Øst) eller ved semistrukturerte intervjuer (Camberwell Family Interview (CFI) og Five Minute Speech Sample (FMSS)). EE-nivået i en familie har vist seg å ha stor prognostisk verdi. Pasienter som bor i et miljø preget av en høy grad av EE vil ha en betydelig større risiko for tilbakefall enn pasienter som bor i et miljø preget av lav EE (Van Humbeeck et al. 2002, Askey et al. 2007) Måling av EE kan også anvendes til å måle effekt av behandlingen. Undersøkelser har vist at høy EE er tilstede i ca. halvparten av familiene tidlig i en psykoseutvikling (Raune et al. 2004).

Studier har vist at det ikke er symptomenes alvorlighetsgrad som predikerer og bidrar mest til familiemedlemmenes vanskelige situasjon og høy EE. Det som har vist seg å ha størst betydning for hvordan situasjonen utvikler seg, er familiemedlemmenes forståelse av pasientens fungering, den psykotiske lidelsens natur, og deres mestringsstrategier (Barrowclough & Parle 1997, Raune et al. 2004, Addington et al. 2005). Det blir derfor viktig å kartlegge familiemedlemmenes subjektive opplevelse av stress og belastning, samt deres holdninger til og forståelse av sykdommen og dens konsekvenser, som et utgangspunkt for et virkningsfullt familiearbeid. The Caregiver Burden Inventory (CBI), har vist seg å ha god reliabilitet og validitet i forhold til å kartlegge hvordan familiemedlemmer opplever sin situasjon (McCleery et al. 2007).

Funksjon

I etterkant av en førstegangpsykose, kan funksjonsnivået og det individuelle hjelpebehovet være svært forskjellig, også innad i gruppen av personer som får en schizofrenidiagnose. Det er vesentlig at man både kartlegger pasientens styrker og svakheter. Dette inkluderer sosiale ferdigheter, fungering i forhold til familie og venner, ADL-funksjon, fungering i skole- og/eller arbeidsliv, ressurser, interesser og hobbyer. Pasientens sterke sider er viktig å få frem fordi de kan si noe om pasientens potensiale for mestring og vekst, og gi en pekepinn når han/hun skal legge planer for fremtiden. Det er ikke tilstrekkelig å vurdere det aktuelle funksjonsnivået. For å kunne vurdere hjelpebehovet, er det viktig å bruke tid på å kartlegge anamnese og sykehistorie, igjen med henblikk på både styrker og svakheter i fungeringen.

Sykehistorien bør inneholde en longitudinell kartlegging av endringer i atferd og funksjon som kan være assosiert med den senere psykiske lidelse. En kartlegging av utviklingshistorie, som inkluderer informasjon om sosial og faglig fungering på skolen og andre arenaer, kan gi viktig informasjon om premorbid fungering og endringer i fungering.

Premorbid fungering har vist seg å være en viktig prognostisk faktor. Hos pasienter med en førstegangpsykose er dårlig premorbid fungering assosiert med kognitiv svekkelse, dårlig tilpasning til skole, dårlig sosial, sosioseksuell og arbeidslivsfungering, lang varighet av ubehandlet psykose, negative symptomer, og forsinket remisjon av positive symptomer. Flere menn enn kvinner har en dårlig premorbid fungering (Van Mastrigt & Addington 2002). Det er derfor viktig å vurdere det premorbide funksjonsnivå, for å kunne gjøre en kvalifisert vurdering av prognose og adekvate behandlingsmål. Dette kan for eksempel gjøres med PAS (Premorbid Adjustment Scale). Se Appendix 1.

Livssituasjon

Mange pasienter med første episode psykose kan ha hatt en lengre periode bak seg med fallende funksjon og økende grad av symptomer. Dette kan ha medvirket til en livssituasjon preget av vanskelig økonomi og boforhold, og at man har falt ut av skole eller arbeidsliv. Mange kan ha trukket seg vekk fra venner og familie, og nettverket til pasienten kan være lite og sårbart. Derfor er det viktig å skaffe seg en oversikt over den aktuelle livssituasjon, inklusive både vanskelige forhold og de ressurser som kan foreligge hos pasienten selv, i det sosiale nettverket og det offentlige hjelpeapparatet. Et nettverkskart kan være fornuftig å lage.

Pasientens opplevde livskvalitet bør også kartlegges jevnlig, da det kan være et viktig mål i forhold til nytte av oppfølging og behandling. Som et minimum kan man bruke et spørsmål hentet fra Lehmans livskvalitetsintervju (L-QoLI)(Lehman 1988) til dette formål:

”Hva synes du om livet ditt i det store og hele?”

Svar graderes via ”Fornøydhetsstigen”:

1. Svært misfornøyd
2. Misfornøyd
3. Nokså misfornøyd
4. Både-og
5. Nokså fornøyd
6. Fornøyd
7. Svært fornøyd

For en mer grundig kartlegging av livskvalitet, kan hele Lehmans livkvalitetsintervju gjennomføres. Dette intervjuet har tidligere blitt vurdert til å ha god reliabilitet og validitet i forhold til pasienter med kroniske lidelser, og i en studie av Melle et al. (2005) blir intervjuet vurdert til å beholde sine psykometriske egenskaper når det brukes i en gruppe av pasienter med førsteepisode psykose.

Kognisjon

Tidligere studier har hevdet at nedsatt kognitiv funksjon er den sterkeste prediktor for ”outcome” (Green 1996). I en oversiktsartikkel av Emsley et al. (2008) påpekes det imidlertid at man neppe, ut fra de studier som er gjort, kan bruke en generelt nedsatt kognitiv funksjon som en prediktor for alle aspekter ved ”outcome”. I stedet kan det se ut til at visse typer kognitive utfall, kan ha en innvirkning på spesifikke områder av funksjon. For eksempel fant en studie at prosesseringshastighet og arbeidshukommelse var de eneste kognitive domener som predikerte sosial kompetanse (Emsley et al 2008), men resultatene fra studier som er gjort er ikke entydige med henblikk på slike spesifikke sammenhenger.

I sin gjennomgang av nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni gjengir Sundet (2006) resultater fra det såkalte Bergen – Oslo prosjektet om mennesker med schizofreni, som viser at

- ca 1/3 er kognitivt uberørt
- ca 45 % har lette vansker
- ca 15 % har omfattende kognitive funksjonsvansker, spesielt påvirket er
 - o arbeidshukommelse
 - o eksekutiv funksjon
 - o visuell hukommelse
 - o verbal hukommelse

Som denne og andre studier viser, så er kognitive vansker ofte tilstede ved psykotiske lidelser, og de bør alltid kartlegges. En oversikt over nevrokognitivt funksjonsnivå kan gi bedre innblikk i hvilket ambisjonsnivå et behandlingstiltak bør ha. Det kan dreie seg om slike forhold som hvor mange ting en person kan forholde seg til på en gang, hvor lang tid en forvente at en person har utholdenhet, og så videre. Det er også viktig å gjøre en vurdering av personens tidligere funksjonsnivå. Er det grunn til å tro at det har tilkommet klar forverring,

så bør det vurderes om tidligere planer for skolegang, utdanning og annet, kanskje bør endres.

Resultater fra en utredning kan presenteres som funksjonsprofiler. Det er interessant å vite om en person gjør det godt eller svakt i forhold til andre (samme alder, utdanningsnivå og kjønn), og å se hvor en person har sine styrker og svakheter. Med dette som utgangspunkt, er det mulig å vurdere eventuelle konsekvenser for hverdagsfunksjon (praktisk og sosialt). Det er viktig å ta høyde for at mange andre faktorer enn de rent kognitive spiller inn.

Tidlig i et sykdomsforløp kan enkle tradisjonelle nevrokognitive tester også anvendes som supplement til en orienterende nevrologisk undersøkelse og annen medisinsk metodikk, for å avklare om det foreligger mistanke om et organisk grunnlag for sykdom (som tumor eller annen sykdom/skader).

I appendix 2 beskrives mer i detalj anbefalinger vedrørende nevrokognitiv kartlegging og utredning.

Billeddiagnostikk

Noen ganger kan hjerneorganisk sykdom medføre schizofrenilignende symptomer. For å undersøke hvorvidt det kan foreligge slik sykdom og/eller andre hjerneorganiske strukturelle avvik, kan man gjøre en undersøkelse med MRI (magnetic resonance imaging). MRI bør rutinemessig gjennomføres hos alle pasienter med førstegangpsykose, vanligvis for å ekskludere klare organiske årsaker til lidelsen. MRI avdekker kun strukturelle forhold, slik at det kan foreligge dysfunksjonelle forhold i hjernen uten at det nødvendigvis blir avdekket ved hjelp av MRI. Nevrokognitiv/psykologisk testing og en orienterende nevrologisk undersøkelse kan noen ganger gi indikasjoner på hjerneorganisk dysfunksjon. Metoder som EEG (elektroencefalogram), der man måler den elektriske aktiviteten i hjernebarken eller SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), som registrerer blodgjennomstrømming i ulike deler av hjernen (særlig i hjernebarken), kan også gi indikasjoner på dysfunksjon, som for eksempel epilepiform aktivitet.

Prognose, remisjon og effekt av behandling

Når en pasient har dårlig effekt av behandling bør man i første omgang gjøre en revurdering av diagnose. Det kan for eksempel foreligge en depresjon som har blitt mistolket som

negative symptomer. Effekt av behandling kan også gi indikasjoner på prognose og hjelpebehov. Tidlig respons på antipsykotisk behandling ser ut til å være forbundet med bedre prognose på lang sikt, mens lang varighet av ubehandlet psykose og mangel på innsikt i egen lidelse er forbundet med dårligere prognose (Emsley et al. 2008). Det er viktig å kartlegge pasientens holdninger til egen lidelse, og til behandling og oppfølging som har vært gitt, for å kunne evaluere effekt av intervensjoner og tilpasse disse.

På bakgrunn av at hjelpebehovene er forskjellige, vil det naturlig nok også være forskjeller når det gjelder frekvens og omfang av gjentatt kartlegging og vurdering. Ved svak fungering etter en psykose og/eller rusbruk/misbruk, dårlig sosial støtte, endringer i behandling og belastende livshendelser, bør man gjøre vurderinger oftere enn stipulert i Tabell 1.

For å kunne vurdere effekt av behandling, bør man ta utgangspunkt i etablerte remisjonskriterier, det vil si kriterier for hva tilfriskning eller bedring innebærer. I 2005 ble det utarbeidet slike kriterier for schizofreni av ”The Remission in Schizophrenia Working Group” (Andreasen et al. 2005). Kriteriene er basert på symptomatisk bedring, og er operasjonelt definert som en skåre på ”mild” eller lavere på alle utvalgte ledd av PANSS (≤ 3) eller BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) eller SAPS og SANS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms, Scale for the Assessment of Negative Symptoms). De utvalgte leddene på PANSS er P1 - vrangforestillinger, P2 – tankemessig desorganisering, P3 – hallusinatorisk atferd, N1 – affektmatthet, N4 – passiv/apatisk sosial tilbaketrekning, N6 – mangel på spontanitet og ledighet i samtale, G5 – unaturlig, maniert motorisk atferd og kroppsholdning, og G9 – uvanlig tankeinnhold. Bedringen skal være tilstede i minst 6 måneder for at man skal kunne si at remisjon foreligger. I tillegg til kriteriene, sier arbeidsgruppen at remisjon foreligger når symptomene ikke innvirker på daglig funksjon og subjektivt velvære i nevneverdig grad (”...absence of appreciable effects on daily function and subjective well-being.”, Andreasen et al. 2005, s. 447).

I en studie gjort av Emsley et al. (2007), der de brukte disse remisjonskriteriene, fant de blant annet at kriteriene så ut til å identifisere pasienter som gjorde det bra også på andre ”outcome”-mål enn symptomreduksjon, som livskvalitet, holdning til medisiner, færre tilbakefall m.m.. Studien var gjort på pasienter som i løpet av siste år hadde blitt psykotisk for første gang, og som tilfredsstilte kriteriene for en lidelse innenfor det schizofrene spekter.

Appendix 1 – Beskrivelse av noen sentrale utredningsverktøy

SCI-PANSS

PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ble utviklet av Kay, Opler & Fiszbein (1987). Kay videreutviklet dette til den strukturerte intervju-versjonen SCI-PANSS (1991). Copyright: forfatterne og Multi-Health Systems, Inc. SCI-PANSS er oversatt til norsk av Bentsen, Notland og Munkvold i samarbeid med forfattere/rettighetsinnehavere. Lisens til å kopiere den norske oversettelsen av PANSS/SCI-PANSS selges av Multi-Health Systems Inc.

SCI-PANSS ble utviklet for å måle alvorlighetsgrad av psykopatologi hos voksne pasienter med lidelser innenfor det schizofrene spekter og med andre psykotiske lidelser. Andre bruksområder er monitorering av behandlingsrespons og identifikasjon av symptomer for intervensjon. SCI-PANSS er ikke laget for å være et diagnostisk intervju, men kan være et supplement i en diagnostiseringsprosess. Symptomene som vurderes, kategoriseres som henholdsvis positive, negative og almenne symptomer. Vurdering og skåring baseres på intervju, observasjoner under intervjuet og komparentopplysninger. Skåringen tar utgangspunkt i en gradert skala som går fra 1 til 7 for hvert symptom, der 1 tilsvarer at symptomet ikke er tilstede, og 7 høyest grad av psykopatologi.

Reliabiliteten ved bruk av det strukturerte intervjuet SCI-PANSS vurderes som god, og betydelig bedre enn ved bruk av PANSS, særlig vedrørende negativ skala. Intraklassekorrelasjonskoeffisienter >0.80 for positiv, negativ og generell skala (von Knorring & Lindström 1995). Intern konsistens vurderes som god og det samme gjelder sammenfallende validitet med andre sammenlignbare intervjuer/inventorier (Selvik, NPF 2006). På bakgrunn av disse studiene anbefales det at man bruker SCI-PANSS fremfor PANSS. Hvis man har lang erfaring med SCI-PANSS, kan PANSS være et alternativ.

Utviklingen av PANSS og SCI-PANSS baserte på seg en teori om at pasienter med schizofreni kan være rammet av et av to syndromer, henholdsvis positivt og negativt syndrom. Denne teorien har blitt mye kritisert, og det samme har kategoriseringen av symptomer i de tre ovennevnte skaler. En fem-faktor modell har i stedet blitt foreslått som en mer valid inndeling av symptomer. Modellen inkluderer en positiv, en negativ, en agitasjon (excited), en angst/depresjon og en kognisjon faktor (von Knorring & Lindström 1995). Det vises til denne

artikkelen for beskrivelse av hvilke symptomer i PANSS/SCI-PANSS som inngår i disse faktorene.

M.I.N.I.; Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju

Utviklet av Sheehan og Lecrubier et al. (1998). Første versjon i 1994. Copyright: Sheehan & Lecrubier. Oversatt til norsk av Leiknes, Leganger, Malt EA og Malt U etter tillatelse fra forfattere/rettighetsinnehavere. Den oversatte versjonen kan fritt kopieres.

Intervjuet tar utgangspunkt i DSM-IV akse I diagnoser, og er i utgangspunktet ment som et screeningverktøy, ikke et fullgodt diagnostisk verktøy. Forfatterne anbefaler å bruke DSM-IV ved endelig fastsettelse av diagnose. Data på reliabilitet og validitet er ikke gjengitt i den norske oversettelsen. Studier har vist tendens til høy falsk positiv rate i klinisk praksis (Selvik 2006, s.4).

På bakgrunn av disse forhold anbefales det at M.I.N.I. bare er et av flere hjelpemidler for å komme frem til riktig diagnose. Instrumentet bør ikke brukes av uerfarne eller ukvalifisert helsepersonell. De kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer i ICD-10 bør ligge til grunn i diagnostiseringsprosessen.

SCID-I ; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

Utviklet av First, Spitzer, Gibbon og Williams (1996). Rettighetene innehas av American Psychiatric Press (American Psychiatric Association - APA). Norsk versjon til forskningsformål utført i regi av Senter for klinisk psykologisk forskning, Psykologisk institutt, UiO (1996). Oversettelsen er utført i et samarbeid mellom Eric Vogel, Patric Vogel, Iben Kardel, Jon Monsen og Svein Torgersen. Distribusjon og salg av oversettelsen er ikke godkjent (men kopier av intervjuet benyttes nok allikevel i utstrakt grad).

Reliabilitetsstudier har vist "fair" til "good" reliabilitet for DSM-III-R diagnoser for pasientpopulasjoner, men dårlig for ikke-pasientpopulasjoner (Selvik 2006). En norsk studie har også vist god reliabilitet vedrørende de fleste av DSM-III-R lidelsene. Reliabilitet for DSM-IV diagnoser ikke fastslått. Vedrørende validitet synes det å være få studier og få svar (Selvik 2006). SCID-I er nok mest brukt til forskningsformål, siden man i Norge er pålagt å bruke ICD-10 diagnostiske kriterier i klinisk praksis. I og med at det ikke er utviklet et diagnostisk intervju for ICD-10-lidelser og forstyrrelser på norsk, kan det likevel være til god

hjelp ved differensialdiagnostikk i klinisk praksis. Samtidig kan administrering av SCID-I være tidkrevende, og kan derfor være vanskelig å bruke i situasjoner der pasienten har lav utholdenhet eller der det foreligger andre tidsbegrensende faktorer.

I likhet med M.I.N.I. er altså SCID-I knyttet til DSM-IV akse I diagnoser, og det gjentas derfor at de kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer i ICD-10 bør danne det sentrale grunnlaget for diagnostiseringsprosessen.

PAS – Premorbid Adjustment Scale

Utviklet av Cannon-Spoor et al. i 1982. Oversatt og utformet av Paul Møller i 1994.

Oversettelsen kan fritt distribueres, så lenge den er merket med oversetterens navn og årstall for oversettelsen.

PAS er utviklet for å måle premorbid funksjon ut fra et utviklingsperspektiv. God premorbid tilpasning blir forstått som aldersadekvat sosial og øvrig fungering, mer spesifikt vedrørende sosial kontakt/tilbaketrekning, vennskap med jevnaldrende, fungering utenfor familien (tilpasning til skole, skoleprestasjoner) og evne til nære sosioeksuelle relasjoner. I tillegg består den opprinnelige skalaen også av en generell skala som måler aspekter som nivå av best fungering hos pasienten, karakteristika ved sykdomsdebut m.m.

Det har vært gjort få reliabilitets- og validitetsstudier av skalaen, men en studie av Krauss et al. (1998) fant høye interkorrelasjoner mellom hver av subskalaene og generell PAS-skåre. Van Mastrigt & Addington (2002) har vurdert skalaen med henblikk på hvor nyttig den er i forhold til unge pasienter med en første episode av schizofreni. De har kommet frem til at den er brukbar, men bare hvis den generelle skalaen utelates fra PAS. De nevner flere grunner til dette, og av disse kan nevnes at flere av leddene i denne skalaen ikke er tilpasset unge pasienter, og at de måler nåværende eller beste fungering oppnådd i stedet for premorbid fungering. I den norske oversettelsen til Paul Møller er den generelle skalaen tatt ut.

AUDIT, DUDIT og Drake

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) er utviklet av Saunders, Aasland og Babor med flere (1993) på oppdrag fra Verdens helseorganisasjon. Oversatt til norsk av Olaf Aasland, og tilgjengelig på www.pasienthandboka.no. Manual for AUDIT kan lastes ned fra www.helsebiblioteket.no.

AUDIT er et screeningverktøy for å avdekke alkoholmisbruk/avhengighet hos personer med psykiske lidelser. Det består av et spørreskjema, der det spørres etter frekvens, mengde, sug etter stoff, og konsekvenser av rusbruk i løpet av det siste året.

Reliabilitet og validitet ved bruk av AUDIT i forhold til pasienter med første episode psykose har blitt vurdert i en studie av Cassidy med flere (2007). De konkluderte med at AUDIT var et reliabelt instrument for å identifisere pasienter med alkoholmisbruk, og at det fungerte best ved å bruke en cut-off skåre på 10 (sensitivitet 85 %, spesifisitet 91 %). I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (nr 21-2007) ble det konkludert med at AUDIT og et annet instrument, CAGE, var de beste screeningverktøyene når det gjaldt å identifisere alkohollidelser hos personer med alvorlig psykisk lidelse.

DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) har blitt utviklet av Berman et al. (2005). Oversatt til norsk av Anne Landheim & Kjell Bakken (Østnorsk kompetansesenter for rus og avhengighet). Oversettelsen kan lastes ned på nettsiden til European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, <http://eib.emcdda.europa.eu/html.cfm/index10451EN.html>.

DUDIT er et screeningverktøy for kartlegging av stoff- og medikamentbruk, som har omtrent samme utforming som AUDIT. Psykometriske egenskaper ble vurdert i en studie på personer med rusmisbruk (på avrusningsenheter og i fengsel) og i en generell befolkningsgruppe. Forfatterne konkluderte med at DUDIT er effektiv (høy sensitivitet og spesifisitet) når det gjelder screening av rusrelaterte problemer i klinisk selekterte grupper, og at det kan være et nyttig instrument også i forhold til helseundersøkelser av den generelle befolkningen (Berman et al. 2005). Nasjonalt folkehelseinstitutt og SINTEF helse har pågående prosjekter for å vurdere dette verktøyets validitet og anvendelighet for norske forhold (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2007).

Drake består av to skalaer for klinikerens vurdering av misbruk hos pasienter med alvorlige psykiske tilstander. Drake inneholder to deler – Alcohol Use Scale og Drug Use Scale. Vurderingen gjelder de siste 6 måneder. Hvis personen er innlagt, er rapporteringsintervallet perioden forut for innleggelsen. Skalaene er utviklet av Drake et al (1996), og oversatt til norsk av Emily Pape Ellefsen i 1996. De anses som reliable mål, korresponderer godt med

pasienters selvrappotering i intervjuer og kan brukes for å registrere endringer over tid (Carey 2002).

CDSS – Calgary Depression Scale for Schizophrenia

Utviklet av Addington og Addington ved University of Calgary. Forfatterne har copyright. En norsk versjon, oversatt av Tor Severinsen, kan lastes ned på <http://www.ucalgary.ca/cdss/>.

CDSS er utviklet for å måle nivå av depresjon hos pasienter med en kjent schizofreni. Skalaen kan imidlertid også brukes ved andre ikke-affektive psykoser. Hensikten med CDSS er å avdekke depressive symptomer til forskjell fra positive, negative og extrapyramidale symptomer. Skalaen gjennomføres som et semistrukturert intervju. CDSS har vist seg å ha god validitet og reliabilitet (Addington et al. 1992, Addington et al. 1993). Studier tyder på at CDSS i større grad enn andre depresjonsinventorier som BDI-II, klarer å skille ut depressive symptomer fra positive, negative og extrapyramidale symptomer, og at det således har god spesifisitet (Addington et al. 1994).

GAF-F- funksjoner og GAF-S-symptomer - Global Assessment of Functioning Scale

GAF er utgitt som del av DSM-IV. Instrumentet er en modifisert versjon av GAS (Global Assessment Scale). GAS ble utviklet av Endicott et al. i 1976. GAF ble inkludert først i DSM-III-R og senere i DSM-IV. De amerikanske versjonene av GAF og GAS er fritt tilgjengelig for bruk til forskning og klinisk praksis. Mange norske oversettelser foreligger, men disse er ikke klarert for bruk/distribusjon av rettighetsinnehaverne American Psychiatric Association (Selvik 2006).

Instrumentet brukes til vurdering av psykisk symptombelastning (GAF-S), og sosial og yrkesmessig fungering (GAF-F). Symptomer og fungering blir vurdert ut fra en hypotetisk kontinuerlig skala som går fra 1 til 100, der 1 er dårligst/alvorligst symptombelastning og 100 best fungering/ingen symptomer. Skalaen brukes for å vurdere behandlingsbehov, og for å kunne måle endringer over tid. Skalaen har vist seg å ha god reliabilitet, når klinikere får opplæring og bruker mer presise retningslinjer for vurdering. Innenfor noen spesifikke områder har validitet blitt demonstrert, for eksempel vedr. prediksjon av reinnleggelser (Selvik 2006).

Appendix 2. Nevrokognitiv utredning av psykosepasienter

OMRÅDER	SCREENING I	SCREENING II	NEVROPSYK US	MATRICES CCB
Motorisk tempo, Sansemotorikk			(Fingertap) Grooved Pegboard	
Psykomotorisk tempo	Koding *	Koding * TMT-A	Koding * TMT-A	BACS – Symbol Coding Kategori fluency (dyr) TMT-A
Oppmerksomhetsspenn (kort tids hukommelse)	Tallspenn f.l. *	Tallspenn f.l. *	Tallspenn f.l. * Spatial Span f.l. ** CPT-II CalCap Noart	CPT-IP Spatial Span f.l.
Arbeidsminne	Tallspenn b.l. * Bokstav-tall *	Tallspenn b.l. * Bokstav-tall *	Tallspenn b.l. * Bokstav-tall * Spatial Span b.l. **	Spatial Span b.l. Bokstav-tall spenn
Verbal hukommelse		Hopkins VLT-R Luria 10 ord CVLT-2	CVLT-2 WMS-III	Hopkins VLT-R
Visuell hukommelse			RCFT BRIEF	Brief VMT-R
Reson og problm løsn			Likheter Matriser	NAB – Mazes
Eksekutiv funksjon		TMT-B Ordflyt	Stroop interf *** Ordflyt *** WCST-64 TMT-B	
Intelligens	Matriser *	WASI	WASI WAIS-III	
Premorbid evnenivå			NART	
Sosial fungering			Social Function Scale	MSCEIT–managing emot

* WAIS-III ** WMS-III *** DKEFS

Kommentarer

Fullstendige nevrokognitive utredninger gjøres av nevropsykologer eller psykologer med spesialkunnskaper innen nevropsykologi.

Det kan ofte være nyttig å hente ut informasjon ved mer avgrenset testing / screening. Det kan være mange grunner til dette; en har ikke kvalifisert personale til å gjøre en full utredning, det vil være for stor belastning for pasienten å gjøre en omfattende utredning, en ønsker en foreløpig indikator på funksjonsnivå, mv.

For nevropsykologer vil det variere hvilke tester de anvender. Noen vil anvende faste batterier, andre endrer testutvalget hyppig (avhengig av problemstillinger). Det overforstående forslag er ikke ment som absolutte eller obligatoriske.

Ad Screening I. Disse testene inngår alle i WAIS-III, og bør følgelig kunne være tilgjengelig de fleste steder. Den største mangelen ved en slik screening, er at det mangler et mål for innlæring.

Ad Screening II. Her får man et bredt bilde av funksjon. For verbal hukommelse (men også enkelte av de andre funksjonsområdene) er det foreslått flere alternativ. Valgene vil kunne bestemmes ut fra hva en antar det vil være behov for fremover (eks. valg av Hopkins hvis en ønsker retesting flere ganger).

Ad nevropsykologisk undersøkelse. De foreslåtte tester inkluderer for flere områder ulike alternativer. Det viktige for mange vil være at man kjenner testen godt, og har antakelser om hva det vil innebære for hverdagsfunksjon om man presterer svakt – og gjerne på bakgrunn av dette kan gi råd om tiltak.

Ad MATRICS. Dette batteriet er ikke oversatt i sin helhet til norsk. Det er spesielt tilrettelagt for å gjøre repeterte tester. Sammensetningen av testene er et resultat av et omfattende konsensus arbeide, initiert av NIMH (National Institute of Mental Health) i USA.

Appendix 3 - Orientering om VUP som kvalitetsindikator

(hentet fra Helsedirektoratet www.shdir.no)

TIPS Sør-Øst skjema

VUP – Varighet av ubehandlet psykose

Pasient ID:

Pasient initialer:

Behandler initialer:

Dato for registrering: (dd/mm/aa) ____ / ____ / ____

Registrering av varighet av ubehandlet psykose (VUP) hos pasient med første sykdomsepisode med ikke-afektiv psykose (F20-29). Skjemaet gir grunnlag for rapportering til Norsk pasientregister for bruk som en nasjonal kvalitetsindikator innen psykisk helsevern. Bare datoene skal rapporteres. Skjemaet bes oppbevart ved institusjonen for eventuell bruk ved evaluering av VUP som indikator.

VUP er definert slik: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og til start av den første adekvate behandling av disse. (se skjemaets s. 2)

Skjemaet fylles ut ved behandlingsstart av pasienter som fyller de tre kriteriene nedenfor.

- Første sykdomsepisode med psykotiske symptomer som beskrevet nedenfor
- Alder ____
- Diagnose ICD-10 i området F20-29. Diagnose: F ____ . ____

Dato (omtrent) da pasienten ble psykotisk første gang: ____ . ____ . ____

Kryss av hvilke av kriteriene nedenfor som var oppfylt da pasienten ble psykotisk første gang, ut fra det dere kjenner til.

- Vrangforestillinger.** Disse kan ha vært vage eller tydelige, stabile eller ikke stabile. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Hallusinasjoner.** Disse skal ha vart hele dagen i flere dager, eller flere ganger i uken, ikke begrenset til kun korte øyeblikk. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Uttalt mistenksomhet eller forfølgelsesideer.** De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.
- Storhetsideer.** Urealistisk følelse av påtagelig overlegenhet i forhold til andre, eller vrangforestillinger som gjelder egen posisjon eller egne evner.
- Uvanlig tankeinnhold.** Forvrengte eller bisarre tanker eller ideer om seg selv eller om andre mennesker eller forhold. De kan i ulik grad ha påvirket tenkning, relasjoner eller atferd.

Dato da adekvat medikamentell behandling ble startet: ____ . ____ . ____

(Eventuell tidligere behandlingsepisode uten adekvat behandling skal regnes med i tiden fra første tegn på psykose til start av adekvat behandling (se baksiden)).

Dato da annen adekvat behandling ble startet: ____ . ____ . ____

Dersom det tok lengre tid fra innleggelse/ første behandlingskontakt til oppstart av medikamentell behandling – før opp tidspunkt for start av behandling for psykose (psykoterapi)

Definisjonen nedenfor er hentet fra indikatorbeskrivelsen. Varighet av ubehandlet psykose (VUP) i antall uker ved første episode ikke-affektiv psykose (F 20-29 ICD-10).

VUP: Tiden mellom første psykotiske symptomer (basert på alle tilgjengelige informasjonskilder) og start på den første adekvate behandling av disse.

Psykose: Pasienten er (eller i tilfelle av kortvarige psykoser, har nylig vært) aktivt psykotisk med symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller upassende/bisarr atferd som ikke åpenbart kan forklares med organiske årsaker. Symptomene må ha vart hele dagen i flere dager eller flere ganger i uken i flere uker, ikke begrenset til noen korte øyeblikk. Det tilsvarer at pasienten skårer minst 4 på en eller flere av de følgende PANSS- symptomene: P1 (vrangforestillinger), P3 (hallusinatorisk atferd), P5 (storhetsideer), P6 (mistenksomhet) og A9 (uvanlig tankeinnhold).

Første episode ikke-affektiv psykose: Pasienten fyller kriteriene i ICD-10 (F 20-29) for schizofreni, schizofreniform lidelse, schizoaffektiv lidelse, vrangforestillingsforstyrrelse, kortvarig psykotisk forstyrrelse, eller psykotiske lidelser NOS.

Første episode/første behandling og adekvat medikamentell behandling: Nåværende episode er første episode med tilstanden som blir adekvat behandlet med medikamenter, eller med adekvat psykoterapeutisk behandling.

Tidligere adekvat behandling er: Hospitalisering eller poliklinisk behandling for psykosesymptom, der pasienten har mottatt behandling i form av medikamenter i anbefalt antipsykotisk dosering, dvs. nevroleptisk behandling tilsvarende 133 mg chlorpromazinekvivalenter, (10 mg perfenazin /dag, evtl. 5 mg zuclepenthixol eller tilsvarende, risperidon 2mg/dag, olanzapine 8 mg/dag eller tilsvarende i ekvivalente doser, i mer enn 12 uker (eller kortere hvis pasienten gikk i remisjon). Pasienter med en tidligere ubehandlet episode, eller ufullstendig behandlet episode, etterfulgt av residualsymptomer, betraktes som første episode med en VUP fra starten av episode 1. Når pasienten har hatt en tidligere ubehandlet psykoseepisode med full remisjon, defineres VUP lik første episodes varighet pluss varighet ved aktuell episode.

Appendix 4: Skjemaer for registrering av pasientadministrative opplysninger, utredning og behandling

TIPS Sør-Øst skjema A					
OVERSIKTSSKJEMA - UTREDNING OG BEHANDLING					
Pasient ID:		Pasient initialer:		Behandler initialer:	
Bakgrunnsopplysninger					
Fødselsår:			Varighet av ubehandlet psykose i uker:		
Kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>			Bor pasienten alene? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>		
Symptomer					
Hovedskåre	Inntak (dd.mm.åå)	Etter 6 mnd. (dato):	Etter 12 mnd. (dato):	Årlig status (dato):	Utskrivning/ overføring (dato):
	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PANSS - Positiv					
PANSS - Negativ					
PANSS - Generell					
PANSS - Total					
GAF-S					
GAF-F					
Drake					
CDSS					
AUDIT		Skal	ikke fylles	ut	
DUDIT					
ICD-10					
DSM-IV					
Behandling					
Behandlings- form	Inntak	Etter 6 mnd.	Etter 12 mnd.	Årlig status	Utskrivning/ overføring
Individual- terapi	Nei..... <input type="checkbox"/>	Nei..... <input type="checkbox"/>	Nei..... <input type="checkbox"/>	Nei..... <input type="checkbox"/>	Nei..... <input type="checkbox"/>
	Hver uke... <input type="checkbox"/>	Hver uke... <input type="checkbox"/>	Hver uke... <input type="checkbox"/>	Hver uke... <input type="checkbox"/>	Hver uke... <input type="checkbox"/>
	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>	Hver 2.uke <input type="checkbox"/>	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>
	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>	Hver 3.uke <input type="checkbox"/>	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>
	Sjeldnere... <input type="checkbox"/>	Sjeldnere <input type="checkbox"/>	Sjeldnere <input type="checkbox"/>	Sjeldnere <input type="checkbox"/>	Sjeldnere... <input type="checkbox"/>
Hoved- behandlere i perioden	Antall ____	Antall ____	Antall ____	Antall ____	Antall ____
Gruppeterapi	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Familie- samtaler	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Medikamenter					
	Inntak	Etter 6 mnd.	Etter 12 mnd.	Årlig status	Utskrivning/ overføring
Antipsykotikum	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Antidepressiva	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

TIPS Sør-Øst skjema B			
Bakgrunnsopplysninger			
Pasient ID:		Pasient initialer:	Behandler initialer:
Dato for registrering: (dd/mm/åå) ___ / ___ / ___			
Kjønn: Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>			
Fødselsår (åååå): _____			
Bostedskommune nr: _____		Evt. bydelsnummer i Oslo: _____	
Etnisk tilhørighet (hvilken tilhørighet foreldre/omsorgsperson(er) til pasienten har)			
Norsk	<input type="checkbox"/>	Afrikansk	<input type="checkbox"/>
Samisk	<input type="checkbox"/>	Latin-Amerikansk	<input type="checkbox"/>
Nordisk	<input type="checkbox"/>	Nord-Amerikansk	<input type="checkbox"/>
Europeisk	<input type="checkbox"/>	Australsk (Oseania)	<input type="checkbox"/>
Asiatisk	<input type="checkbox"/>		
Født i Norge: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Sivil status			
Ugift	<input type="checkbox"/>	Skilt	<input type="checkbox"/>
Gift	<input type="checkbox"/>	Registrert partnerskap	<input type="checkbox"/>
Enke(mann)	<input type="checkbox"/>	Ukjent	<input type="checkbox"/>
Separert	<input type="checkbox"/>		
Lever i parforhold			
	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ukjent <input type="checkbox"/>
Omsorg for egne barn			
	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ukjent <input type="checkbox"/>
Bor sammen med/alene		Boligtype	
Ektefelle/Samboer	<input type="checkbox"/>	Egen bolig (inkl. leieboli)	<input type="checkbox"/>
Aleneforelder med barn	<input type="checkbox"/>	Kommunal bolig	<input type="checkbox"/>
Hjemme hos foreldre/slektning	<input type="checkbox"/>	Hospits	<input type="checkbox"/>
I bofellesskap (f.eks. studenthjem, hybelhus)	<input type="checkbox"/>	Bolig med tilsyn	<input type="checkbox"/>
Bor alene	<input type="checkbox"/>	Uten fast bolig	<input type="checkbox"/>
		Annen boligtype	<input type="checkbox"/>
Hovedinntektskilde			
Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>	Studielån	<input type="checkbox"/>
Forsørget	<input type="checkbox"/>	Alderspensjon	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledighetstrygd	<input type="checkbox"/>	Sosial stønad	<input type="checkbox"/>
Syke/rehabiliteringspenger	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>
Attføringspenger	<input type="checkbox"/>	Ukjent	<input type="checkbox"/>
Uførepensjon	<input type="checkbox"/>		
Høyeste fullførte utdanning:			
Folkeskole/ungdomsskole	<input type="checkbox"/>	Yrkesmessig utdanning	<input type="checkbox"/>
Noe videregående	<input type="checkbox"/>	2-årig høyskole, inntil 2 års universitetsutdanning (for eksempel grunnfag og/eller mellomfag), eller teknisk skole	<input type="checkbox"/>
Videregående eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	4. årig høyskole, eller universitetsutdanning	<input type="checkbox"/>
Noe utdanning over videregående	<input type="checkbox"/>	Embetsksamen, hovedfag eller yrkesutdanning over 4 år	<input type="checkbox"/>

TIPS Sør-Øst skjema C**Individuell plan og Pasientadministrative opplysninger**

Pasient ID:	Pasient initialer:	Behandler initialer:	
Dato for registrering: (dd/mm/aa) / /			
Status for individuell plan (kryss av ett alternativ)			
Oppfyller ikke kriteriene	<input type="checkbox"/>		
Ønsker ikke individuelle plan, eller har ikke gitt samtykke	<input type="checkbox"/>		
Arbeidet med individuell plan ikke startet	<input type="checkbox"/>		
Arbeidet med individuell plan påbegynt	<input type="checkbox"/>		
Individuell plan foreligger	<input type="checkbox"/>		
Pasientadministrative opplysninger			
Pasienten er henvist fra (kryss av nedenfor):			
Pasienten selv	<input type="checkbox"/>	Sosialtjeneste/barnevern	<input type="checkbox"/>
Fastlege/primærlege	<input type="checkbox"/>	Politi, fengsel, rettsvesen	<input type="checkbox"/>
Øvrige primærhelsetjeneste	<input type="checkbox"/>	Rehabiliteringsinstitusjoner, sykehjem	<input type="checkbox"/>
Spesialisthelsetjenesten	<input type="checkbox"/>	Privatpraktiserende spesialister	<input type="checkbox"/>
Skolesektor/PPT	<input type="checkbox"/>	Andre tjenester	<input type="checkbox"/>
Behandlingsnivå			
Pasienten behandles ved (kryss av nedenfor):			
Poliklinisk	<input type="checkbox"/>	Utredningspost	<input type="checkbox"/>
Akuttavdeling	<input type="checkbox"/>	Spesialavdeling	<input type="checkbox"/>
Intermediær	<input type="checkbox"/>	Annet	<input type="checkbox"/>
Formalitet ved innleggelse (tvang m.v.)			
Dato for spesialistvedtak: (dd/mm/aa) / /			
Fattet av (kryss av):	Spesialist i psykiatri	<input type="checkbox"/>	
	Spesialist i klinisk psykologi	<input type="checkbox"/>	
	Annen bemyndiget person	<input type="checkbox"/>	
Dato for vedtak om tvangsinnleggelse : (dd/mm/aa) / /			
Innleggelsesparagraf (kryss av nedenfor):			
Frivillig (§ 2-1)	<input type="checkbox"/>	Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (§ 3-8, § 3-1)	<input type="checkbox"/>
Kontrakt (§ 2-2)	<input type="checkbox"/>	Dømt til tvungent psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>
Tvungen observasjon uten døgnopphold (§ 3-6)	<input type="checkbox"/>	Barnevernloven	<input type="checkbox"/>
Tvungen observasjon med døgnopphold (§ 3-7)	<input type="checkbox"/>	Sosialtjenesteloven	<input type="checkbox"/>
Tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (§ 3-8, § 3-1)	<input type="checkbox"/>	Annen lovhjemmel	<input type="checkbox"/>

TIPS Sør-Øst skjema D					
Somatisk utredning ved inntak					
Pasient ID:		Pasient initialer:		Behandler initialer:	
Dato for registrering:		(dd/mm/åå) _ _ / _ _ / _ _			
Høyde, vekt m.v.					
Høyde (cm)					
Vekt (kg)					
Livvidde. Skal måles midtveis mellom nedre costalbue og hoftekam med pasienten stående (cm):					
Blodtrykk:					
Biokjemiske prøver, anbefalte prøver					
Gjennomført anbefalte biokjemiske prøver*	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Kommentar:		
Anbefalte prøver: Hb, Røde, Hvite, Plater, MCV, MCH og MCHC, ASAT, ALAT, CRP, Gamma, LD og CK, TSH, Fritt T4, Kreatinin, Albumin, Folat i ert, Vit B12; Na, K, Cl, Mg, Fosfat og Calcium tot.					
Biokjemiske prøver (verdier), anbefales hver 3. mnd. (* se nederst på skjemaet)					
	Verdi:		Verdi:		Verdi:
Fastende Triglycerider		Kolesterol HDL		Fastende Glukose	
Kolesterol LDL		Kolesterol Total			
Somatisk status presens					
		Ja	Nei	Kommentar:	
Somatisk status presens inkl. orienterende nevrologi. Avvik?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MRI en gang i løpet av behandlingen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Familiær sukkersyke belastning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Familiær belastning hjerte- karsykdom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Om normalt og stabilt – og ingen medikament endring, kontrolleres disse prøvene hver 3. måned det første året, så minimum årlig. Ved endringer bør en igjen ta det hver 3. måned.

TIPS Sør-Øst skjema E**Tidligere medikamentell behandling****Pasient ID:****Pasient initialer:****Behandler initialer:****Dato for registrering: (dd/mm/aa) _ / _ / _****Hovedantipsykotikum nr. 1****Medikamentnavn:**

Startdose

Mest brukte dose

Maks. dose

Seponeringsgrunn

Ved eventuell seponering, angi dato (dd/mm/aa) _ / _ / _ og kryss av for hovedgrunn

Ikke tilstrekkelig effekt

Pasientens ønske

Bivirkninger

Annet

Hovedantipsykotikum nr. 2**Medikamentnavn:**

Startdose

Mest brukte dose

Maks. dose

Seponeringsgrunn

Ved eventuell seponering, angi dato (dd/mm/aa) _ / _ / _ og kryss av for hovedgrunn

Ikke tilstrekkelig effekt

Pasientens ønske

Bivirkninger

Annet

Hovedantipsykotikum nr. 3**Medikamentnavn:**

Startdose

Mest brukte dose

Maks. dose

Seponeringsgrunn

Ved eventuell seponering, angi dato (dd/mm/aa) _ / _ / _ og kryss av for hovedgrunn

Ikke tilstrekkelig effekt

Pasientens ønske

Bivirkninger

Annet

TIPS Sør-Øst skjema F			
Medikamentell behandling			
Pasient ID:		Pasient initialer:	Behandler initialer:
Dato for registrering: (dd/mm/aa) _ / _ / _			
Hovedantipsykotikum:			
Medikamentnavn:			
Startdose			
Mest brukte dose			
Maks. dose			
Seponeringsgrunn			
Ved eventuell seponering, angi dato (dd/mm/aa) _ / _ / _ og kryss av for hovedgrunn			
Ikke tilstrekkelig effekt		Pasientens ønske	
Bivirkninger		Annet	
Serumspeil (anbefales hver 3. måned)			
1. Dato:		Nivå:	
2. Dato		Nivå	
3. Dato		Nivå	
4. Dato		Nivå	
5. Dato:		Nivå:	
6. Dato:		Nivå:	
7. Dato:		Nivå:	
8. Dato:		Nivå:	
Tilleggsmedisin (kryss av)			
Antipsykotika – tillegg		Anticholinergika	
Anxiolytica/hypnotika		Stabiliserende	
Antidepressiva		Andre:	
Spesifiser tilleggsmedisin nr 1:			
Spesifiser tilleggsmedisin nr 2:			
Spesifiser tilleggsmedisin nr 3:			

TIPS Sør-Øst skjema G			
Behandling			
Pasient ID:	Pasient initialer:	Behandler initialer:	
Dato for registrering: (dd/mm/åå) ___ / ___ / ___			
Individualterapi (kryss av for hyppighet):			
Ukentlig <input type="checkbox"/>	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>	Sjeldnere <input type="checkbox"/>
Utførende helsepersonell			
Hovedansvarlig for behandlingen			
Lege <input type="checkbox"/> Psykolog <input type="checkbox"/> Sosionom <input type="checkbox"/> Sykepleier <input type="checkbox"/> Annet helsepersonell <input type="checkbox"/>			
Har hovedansvarlig relevant spesialitet?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Gruppeterapi (kryss av for hyppighet):			
Ukentlig <input type="checkbox"/>	Hver 2. uke <input type="checkbox"/>	Hver 3. uke <input type="checkbox"/>	Sjeldnere <input type="checkbox"/>
Har pasienten deltatt i andre gruppeaktiviteter? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>			
Hvis ja, angi type(r):			
Familiearbeid			
Type tiltak	Nei	Ja	Antall
Familiesamtaler uten pasient til stede			
Familiesamtaler med pasienten til stede			
Har pasienten fått tilbud om flerfamiliegruppe			
Har pasienten fått tilbud om enfamiliegruppe			
Deltagelse i flerfamiliegruppe			
Deltagelse i enfamiliegruppe			
Andre behandlingstiltak			
		Ja	Nei
Organisert trim	(Antall minutter per uke ___-___)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nettverksarbeid (ad modum Seikkula)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Re)habilitering skole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Re)habilitering arbeid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL-trening i avdelingen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADL-trening utenfor avdelingen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidspunkt for remisjon (i følge kriterier i manualen) (dd/mm/åå) ___ / ___ / ___			
Tidspunkt for tilbakefall (i følge kriterier i manualen) (dd/mm/åå) ___ / ___ / ___			

TIPS Sør-Øst skjema H**Utskrivning og overføring****Pasient ID:****Pasient initialer:****Behandler initialer:****Overført/utskrevet til:****Type institusjon eller tiltak****Navn på institusjon/tiltak**

DPS

Ettervernshjem

Bosted – med familie

Bosted – alene

Annen institusjon

Akuttpost

Oppfølgende instans

Primærlege

Privat psykiater/psykolog

Øvrig primærhelsetjeneste

Politi/fengsel/rettsvesen

Somatisk institusjon/avdeling

Andre

Psykiatrisk poliklinikk

Ingen

Annen psyk. institusjon/avdeling

Avslutningsgrunn

Pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten

Videreføres for å innfri ind. behandlingsfrist

Pasienten er overført annen spesialisert institusjon

Ikke møtt, innkalles ikke på nytt

Pasienten overført annen klinisk enhet

Utgår pga. innleggelse for samme lidelse

Pasienten har fått behandling et annet sted

Bedt om nye opplysninger

Pasienten er registrert død

Pasienten er ikke interessert i tilbudet

Feilregistrering**Formalitet ved utskrivning**

Frivillig

Tvungen observasjon (§ 3-8, 3-6)

Tvungen psykisk helsevern (§ 3-8, 3-3, 3-1, 1. ledd)

Tvungen psykisk helsevern (§ 3-8, 3-3, 3-1, 2. ledd)

Annet

Dato for utskrivning/overføring (dd.mm.aa) __ / __ / __

REFERANSER

Retningslinjer

- Canadian Psychiatric Association (2005). Clinical practice guidelines. Treatment of schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*; 50 (suppl 1)
- International Early Psychosis Association - writing group (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*; 187 (suppl. 48): 120-124
- Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB et al. (2004). Practice Guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *American Journal of Psychiatry*; 161: 1-56
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2002). Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders (2005): Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 39: 1-30
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.
- Statens helsetilsyn (2000). Schizofreni. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling

Øvrig litteratur

- Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E & Joyce J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*; 6: 201-208.
- Addington D, Addington J & Maticka-Tyndale E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*; 163 (Suppl 22): 39-44.
- Addington D, Addington J & Maticka-Tyndale E. (1994). Specificity of the Calgary depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research*; 11: 239-244.
- Addington J, Collins A, McCleery A & Addington D (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia research*; 79: 77-83
- Addington J, Chaves A & Addington D (2006). Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*; 86: 71-75

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC, American Psychiatric Association
- Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM et al. (2005). Remission in schizophrenia: Proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*; 162: 441-449
- Askey R, Gamble C & Gray R (2007). Family work in first-onset psychosis: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 14: 356-365
- Baldwin P, Browne D, Scully PJ et al. (2005). Epidemiology of first-episode psychosis: Illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan study at 8 years. *Schizophrenia Bulletin*; 31: 624-638
- Barrowclough C & Parle M (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*; 171: 26-30
- Berman A, Bergman H, Palmstierna T & Schlyter F (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*; 11: 22-31
- Birchwood M (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*; 182: 373-375
- Cannon-Spoor HE, Potkin SG & Wyatt RJ (1982). Measurement of premorbid adjustment in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 8: 470-484
- Carey KB (2002). Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour Research and Therapy*; 40(11): 1345-1361
- Cassidy CM, Schmitz N & Malla A (2007). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Abuse Screening Test in first episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry*; 53(1): 26-33
- Caton CL, Drake RE, Hasin DS et al. (2005). Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Archives of General Psychiatry*; 62: 137-145
- Caton CL, Hasin DS, Shrout PE et al. (2007). Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *British Journal of Psychiatry*; 190: 105-111
- Craddock N & Owen MJ (2007). The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *British Journal of Psychiatry*; 186: 364-366

- Dean K, Walsh E, Morgan C et al. (2007). Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychological Medicine*; 37: 547-557
- Di Forti M, Morrison PD, Butt A & Murray RM (2007). Cannabis use and psychiatric and cognitive disorders: the chicken or the egg? *Current Opinion in Psychiatry*; 20: 228-234
- Drake RE, Mueser KT & McHugo GJ. Clinical rating scales: Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), and Substance Abuse Treatment Scale (SAYS). I: Sederer LI, Dickey B (red.) Outcomes assessment in clinical practice. Baltimore: Williams & Wilkins: s. 113-116
- Emsley R, Rabinowitz J, Medori R (Early Psychosis Global Working Group)(2007). Remission in early psychosis: rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophrenia Research*; 89: 129-139
- Emsley R, Bonginkosi C & Schoeman R (2008). Predictors of long-term outcome in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*; 21: 173-177
- Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL & Cohen J (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*; 33: 766-771
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M & Williams JBW (1996). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I, Research version). New York: Biometric Research Department
- Foley SR, Kelly BD, Clarke M et al. (2005). Incidence and clinical correlates of aggression and violence at presentation in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*; 72: 161-168
- Folkehelseinstituttet, nettside, <http://www.fhi.no>
- Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N et al. (2005). Schizophrenia practice guidelines: international survey and comparison. *British Journal of Psychiatry*; 187: 248-255
- Green MF (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*; 155 (3): 321-330.
- Hasin DS, Trautman KD, Miele GM et al. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *American Journal of Psychiatry*; 153(9): 1195-1201

- Johannesen J, Friis S, Joa I et al. (2007). First-episode psychosis patients recruited into treatment via early detection teams versus ordinary pathways: course, outcome and health service during first 2 years. *Early Intervention in Psychiatry*; 1: 40-48
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 13: 261-276
- Kay SR (1991). Positive and negative syndromes in schizophrenia. Assessment and research. Clinical and Experimental Research. Monograph Series of the Department of Psychiatry, Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Krauss H, Marwinski K, Held T et al. (1998). Reliability and validity of the premorbid adjustment scale (PAS) in a German sample of schizophrenic and schizoaffective patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 248: 51-63
- Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*; 88: 55-62
- Lehman AF (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Eval Program Plann*; 11: 51-62
- Marnaros A (2007). The paradigm of overlapping spectra. I Marnaros A & Akiskal HS (red.): "The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. Cambridge University Press.
- McCleery A, Addington J & Addington D (2007). Family assessment in early psychosis. *Psychiatry Research*; 152: 95-102
- Melle I, Johannesen JO, Friis S et al. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*; 163: 1-5
- Melle I, Friis S, Johannesen JO et al. (2005). Measuring quality of life in first-episode psychosis. *European Psychiatry*; 20: 474-483
- Michail M & Birchwood M (2007). Social phobia and depression in psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*; 44: 537-547
- Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*; 370: 319-328
- Morgan C & Fisher H (2007). Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma – A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*; 33 (1): 3-10
- Morrison A, Read J & Turkington D (2005). Editorial. Trauma and psychosis: theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 112: 327-329

- Myin-Germeys I & van Os J (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychological Review*; 27: 409-424
- Møller P (2005). Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, nr. 8; 125: 1022-1025
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2007). Dobbeltdiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1 Screening og diagnoseinstrumenter. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21-2007. www.kunnskapssenteret.no
- Newcomer JW (2007). Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*; 68 (suppl 1): 20-27
- Rasmussen K & Levander S (2002). Schizofreni og vold. *Tidsskrift for Nor Lægeforening*; 122: 2303-2305
- Raune D, Kuipers E & Bebbington PE (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis. Investigating a carer appraisal model. *British Journal of Psychiatry*; 184: 321-326
- Read J, Van Os J, Morrison AP & Ross CA (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 112: 330-350
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early detection of Persons with harmful Alcohol Consumption –II. *Addiction*; 88: 791-804
- Sass LA & Parnas J (2003) Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*; 29(3): 427-444
- Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J et al. (2005). Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*; 66: 1239-1246
- Seedat S, Stein MB & Oosthuizen PP et al. (2003). Linking posttraumatic stress disorder and psychosis. A look at epidemiology, phenomenology and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 191: 675-681
- Selvik A (2006). Forsvarlig bruk av tester, strukturerte intervjuer og spørreskjemaer – kvalitet og bruksrett i helsevesenet. *Norsk Psykologforening – nettside*. Informasjonsskriv utarbeidet av Anne Selvik på oppdrag av Psykologforeningen høsten 2006.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*; 59 Suppl 20: 22-23; quiz 34-57

- Sortland W & Egeland J (2008). Selvmord ved schizofreni: risikofaktorer og tiltak. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*; 45: 4-13
- Spencer E, Birchwood M & McGovern D (2001). Management of first-episode psychosis. *Advances in Psychiatric treatment*; 7: 133-142
- Sundet K (2006). Nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni. I Rishovd-Rund. B. (red). Schizofreni. Hertervig forlag.
- Ullevål universitetssykehus, E-håndbok, Selvmordsrisikovurdering – innhold
- Van Humbeeck G, Van Audenhove Ch, De Hert M et al. (2002). Expressed Emotion. A review of assessment instruments. *Clinical Psychological Review*; 22: 321-341
- Van Mastrigt S & Addington J (2002). Assessment of premorbid function in first-episode schizophrenia: modifications to the Premorbid Adjustment Scale. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*; 27 (2): 92-101
- Von Knorring L & Lindström E (1995). Principal components and further possibilities with the PANSS. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 91 (suppl 388): 5-10
- Wade D, Harrigan S & McGorry PD (2007). Impact of severity of substance use disorder on symptomatic and functional outcome in young individuals with first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*; 68: 767-774
- Walsh E, Buchanan A & Fahy T (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*; 180: 490-495
- Wiedemann G, Rayki O, Feinstein E & Hahlweg K (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry Research*; 109(3): 265-279
- World Health Organization. ICD-10 (2000). Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Gyldendal Norsk Forlag.
- Zubin J & Spring B (1977). Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*; 86 (2): 103-126