

<b>D</b>	<b>Psykoedukation og psykoedukativ familieintervention</b> Den psykotiske patient tilbydes klar og tydelig information om sin sygdomstilstand og behandling i det omfang den mentale tilstand tillader det.	IV
<b>A</b>	Patienten bør tilbydes undervisning i sygdommens årsager, forløb og behandling, herunder særligt virkning og bivirkninger af medicin	Ib
<b>B</b>	Det anbefales at undervisningsprogrammet indeholder træning i at tage medicin og at løse problemer knyttet til håndtering af sygdommen.	Ila
<b>C</b>	Så snart diagnosen er stillet, tilbydes pårørende en klar og velfunderet information om skizofreni og om familiens muligheder for at påvirke sygdomsforløbet i gunstig retning.	III
<b>A</b>	Pårørende bør tilbydes mulighed for at deltage i et psykoedukativt familieprogram.	Ia
<b>B*</b>	Det anbefales at familieinterventionen løber over mindst ni måneder med mindst en månedlig session.	Ia
<b>Opsøgende psykoseteam</b>		
<b>A</b>	Det anbefales at indføre opsøgende psykoseteam til patienter med skizofreni der har vanskeligheder ved at bruge et mindre intensivt behandlingstilbud.	Ia
<b>A</b>	Det anbefales at indføre opsøgende psykoseteam som er specialiserede til patienter med førsteepisode-skizofreni.	Ib
<b>Social færdighedstræning</b>		
<b>B*</b>	Patienter med skizofreni og nedsatte sociale færdigheder bør tilbydes social færdighedstræning i gruppe.	Ib
<b>B*</b>	Generalisering af de opnåede sociale færdigheder kan understøttes ved træning i samfundet.	Ib
<b>Kognitiv adfærdsterapi</b>		
<b>A</b>	Patienter med vedvarende psykotiske symptomer bør tilbydes kognitiv adfærdsterapi med det formål at mindske symptomerne eller det ubehag, der er forbundet med vedvarende psykose.	Ia
<b>Psykodynamisk psykoterapi</b>		
<b>B*</b>	Støttende psykodynamisk psykoterapi kan anvendes som led i det samlede behandlingstilbud.	Ib

<b>Diagnostik og udredning</b>	<b>D</b>	Såfremt patienten er motiveret og tilstrækkeligt stabiliseret kan de støttende teknikker kombineres med mere indsigtsgivende behandlingsteknikker med henblik på at øge bedringen af det samlede funktionsniveau.	IV
	<b>Miljøterapi</b>		
	<b>D*</b>	I sengeafdelingerne skal patienter med akut psykotisk uro 'skærmes' ved at et personalemedlem opholder sig sammen med patienten i et lille, velstruktureret miljø med få stimuli og høj grad af forudsigelighed med det formål at mindske angst og uro samt brugen af tvangsforanstaltninger og psykofarmaka.	III
	<b>D*</b>	Et velstruktureret og støttende miljø i sengeafdelingerne er karakteriseret ved kontinuitet i relationer til behandlere, tydelig kommunikation, høj grad af forudsigelighed, klare regler og formål samt praktisk orientering.	III
	<b>Kropslige behandlingsmetoder</b>		
	<b>D</b>	Patienter med risiko for overvægt som følge af psykofarmakologisk behandling og/eller negative livsstils-faktorer bør tilbydes fysisk træning for at bedre den almene sundhed og modvirke risikoen for overvægt og deraf følgende type 2-diabetes og hjertesygdom.	IV
	✓	Fysiske aktiveringstilbud kan tilbydes til patienter med skizofreni for at fremme netværksdannelse og afstigmatisering.	
<b>Psykosocial intervention hos børn og unge</b>			
	<b>C*</b>	Psykoedukation og psykoedukativ familieintervention kan anvendes til børn og unge med skizofreni under hensyntagen til det kognitive og emotionelle udviklingstrin.	III

Styrken af anbefalingerne er graderet fra A til D i faldende orden.

- A. Sikker evidens. Bygger på randomiserede, kontrollerede forsøg.
- B. Væsentlig evidens. Bygger på kontrollerede undersøgelser, kohorteundersøgelser e.l.
- C. Mindre sikker evidens. Bygger på retrospektive undersøgelser, casekontrolundersøgelser e.l.
- D. Svag evidens. Bygger på mindre serier, konsensusmøder, ekspertvurderinger.

- ✓ Arbejdsgruppen ønsker at understrege et godt klinisk tip som der er konsensus om, men som ikke er evidensbaseret
- \* Arbejdsgruppen har nedgraderet en anbefaling på grund af metodologiske mangler i de anvendte forskningsresultater

Hele referenceprogrammet kan læses på Sfr's hjemmeside [www.sst.dk/sfr](http://www.sst.dk/sfr)

### Resumé af anbefalingerne i

# REFERENCEPROGRAM for skizofreni

Diagnostik og udredning

<b>C</b>	Ved førsteepisode-skizofreni bør man anvende et standardiseret diagnostisk interview (SCAN eller OPCRIT)	III
✓ <b>D</b>	Sværhedsgraden af positive og negative symptomer og desorganisation bør evalueres jævnlgt med en standardiseret skala (PANSS, SAPS, SANS), fx ved indlæggelse, udskrivelse eller omlægning af behandlingen eller mindst en gang årligt.	IV
<b>B</b>	Hos børn og unge med skizofreni kan diagnosen først stilles efter undersøgelse for præmorbid dysfunktion/co-morbiditet i form af specifikke og gennemgribende udviklingsforstyrrelser samt adfærdsforstyrrelser ved indhentning af oplysninger fra forældre, skole, pædagoger etc.	IIb
<b>B</b>	Diagnosen bør løbende revurderes hos børn og unge grundet større diagnostisk usikkerhed, særligt i forhold til de affektive lidelser.	IIb
✓ <b>D</b>	Til diagnostik og undersøgelse af co-morbiditet hos børn under 16 år anbefales "Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children" (K-SADS-PL).	IV
✓ <b>D</b>	Førsteepisode-patienter bør gennemgå somatisk og neurologisk undersøgelse. Man bør vurdere elektrolyt-status, blodglukose samt lever-, nyre- og thyroideafunktion. Formålet er primært at udelukke somatiske årsager til den psykotiske tilstand før der iværksættes antipsykotisk behandling.	IV
✓ <b>D</b>	Selv ved en normal neurologisk undersøgelse og ingen anamnesticke oplysninger om neurologisk lidelse eller alvorlige hovedtraumer bør der hos førsteepisode-patienter foretages EEG og CT-scanning, mens MR-scanning af hjernen ikke rutinemæssigt er indiceret.	IV
✓ <b>D</b>	Ved psykotisk tilbagefald skal EEG, CT- eller MR-scanning kun udføres på konkret mistanke om neurologisk lidelse.	IV
<b>B</b>	Børn og unge med skizofreni bør undersøges for skole- og indlæringsvanskeligheder, adfærdsforstyrrelser og sociale vanskeligheder, herunder behovet for særlige skole- og aktivitetstilbud og socialpædagogisk støtte i hjemmet eller på dag-/døgninstitution.	IIb
<b>C</b>	Præmorbid funktion samt art og varighed af prodromal-symptomer bør belyses ved anamneseoptagelsen.	III
<b>B</b>	Med henblik på at mindske varigheden af ubehandlet psykose bør behandlingssystemet være lettilgængeligt.	IIb

Diagnostik og udredning

<b>B</b>	Udredning af neurokognitive funktioner ved testning anbefales i forbindelse med rehabilitering	IIb
<b>B</b>	Den kliniske og psykopatologiske udredning bør inkludere evaluering af depressive symptomer og af risikoen for selvmord.	IIb
<b>C*</b>	Stort forbrug af cannabis i ungdomsårene øger risikoen for senere skizofreni, hvorfor dette bør modvirkes.	IIb
<b>B</b>	Patienter med skizofreni og et samtidigt cannabismisbrug har dårligere prognose, hvorfor behandlingssystemet må udvikle behandlingsmetoder der er effektive til afhjælpning af cannabismisbrug.	IIb

Farmakologisk behandling af skizofreni

<b>D</b>	Diagnostisk uafklarede patienter med psykotiske symptomer bør om muligt observeres i op til to uger før antipsykotisk behandling påbegyndes. Dette kan forbedre vurderingen af symptomerne og grundlaget for at stille en korrekt diagnose.	IV
<b>A</b>	Flere andengenerations-antipsykotika (second-generation antipsychotics = SGA; amisulprid, clozapin, olanzapin og risperidon) er mere effektive end førstegenerations-antipsykotika (FGA).	Ia
<b>B*</b>	Det vil ofte være hensigtsmæssigt at bruge SGA ved behandling af skizofreni.	Ib
<b>D</b>	Akut agitation kan dog i visse situationer nødvendiggøre anvendelsen af FGA.	IV
<b>B*</b>	Ved behandling af skizofrene førsteepisode-patienter bør man vælge et SGA.	Ib
<b>B*</b>	Ved behandling af patienter der tidligere har haft udtalte ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) efter behandling med FGA, patienter med tardive EPS og særligt disponerede patienter bør man ligeledes vælge et SGA.	Ib
<b>A</b>	Samtlige SGA har effekt på negative symptomer.	Ib
<b>B*</b>	SGA har generelt effekt på kognitive forstyrrelser hos skizofrene.	Ib
<b>A</b>	Clozapin er vist at være mere effektiv over for de psykotiske symptomer hos behandlingsresistente patienter end FGA	Ib

Farmakologisk behandling af skizofreni

<b>D</b>	Dosis af antipsykotika bør om muligt øges langsomt, ideelt set med ugers mellemrum, for at muliggøre fastlæggelse af den mest effektive dosis med færrest mulige bivirkninger.	IV
<b>A</b>	Antipsykotisk behandling forebygger tilbagefald.	Ia
<b>B</b>	Brug af depotpræparater kan evt. yderligere hindre tilbagefald.	IIb
<b>B</b>	Hos ældre er der generelt effekt af både FGA og SGA, men SGA inducerer færre EPS-bivirkninger.	IIb
<b>B</b>	Hos ældre er der større risiko for antikolinerge bivirkninger af antipsykotika. Generelt bør der derfor ved behandling af ældre anvendes lavere doser end ved behandling af yngre voksne	IIb
<b>A</b>	Amisulprid, clozapin, risperidon, olanzapin og ziprasidon har færre ekstrapyramidale bivirkninger end FGA.	Ia
<b>A</b>	SGA kan have væsentlige bivirkninger, fx vægtøgning og diabetes mellitus (clozapin, olanzapin).	Ia
<b>D</b>	På grund af visse antipsykotikas diabetogene effekt og risiko for vægtøgning bør plasmakolesterol, faste-blodglukose og plasmatriglycerid samt vægt monitoreres.	IV
<b>D</b>	Nogle antipsykotika kan udvise kardiotoxisk effekt (forlænget QT-interval og T-taks-forstyrrelser), hvorfor EKG bør tages på patienter med mistanke om eller kendte hjertelidelser.	IV
<b>D</b>	Antipsykotika, specielt FGA, kan fremkalde stigninger i plasmaprolaktin. Dog har de to SGA risperidon og amisulprid også høj risiko for at inducere plasmaprolaktin-stigninger.	IV
<b>D</b>	Alle antipsykotika kan fremkalde seksuel dysfunktion på grund af dopaminreceptorblokada.	IV
<b>D</b>	Tilstedeværelse af ekstrapyramidale bivirkninger bør generelt ikke accepteres.	IV
<b>D</b>	Før antikolinergika anvendes mod ekstrapyramidale bivirkninger, bør man vurdere om den antipsykotiske dosis er for høj.	IV
<b>D</b>	Det bør ikke være nødvendigt at kombinere SGA med antikolinergika.	IV
<b>B*</b>	Beta-adrenerge antagonist kan anvendes ved akathisi.	Ib