

Psykiatrisk skattning

Några tankar och basal info om ett urval instrument

Michael Rangne
Norra Stockholms Psykiatri
mrangne@gmail.com

Hur många får rätt behandling?

3-5% deprimerade i befolkningen

2/3 söker ej hjälp

Söker vård

- Fel diagnos
- Fel behandling
- För låga doser
- För kort beh.tid

Får rätt behandling

80% blir bra

12

Depressionsprevalens i procent

Incidens**

Prevalens*

WHO 1974, Sartorius 1974 **Hägnell et al. 1982

13

Hur vanligt är depression och ångest?

	Punktprevalens	Livstidsprevalens
1. Social fobi	2-19 %	13 %
2. GAD / GÅS	1,5-3 %	4-7 %
3. Tvångssyndrom		2 %
4. Paniksyndrom		3 %
5. Agorafobi	3 %	8%
6. PTSS		3-6 %
7. Specifik fobi		10 %
1-5	6,7 % (PART)	20 %
1-7		20 - 30 %
8. Eg depression	3-7 %	11-45 %

14

Screeningfrågor för ångestsyndrom

Källa: Regionala vårdprogrammet för Ångestsjukdomar Sammanställav: Aina Lindgren, koordinatör för Rvp Ångestsjukdomar inom NSP

Screeningfrågor för paniksyndrom:

- Drabbas du av återkommande oväntade panikattacker (åttackvis påkommande ångest med ex. hjärklappning, svettning, damning, upplevelse av andnöd, illamående, yrsel, rödsida, att missa kontrollen/ bli långt etc.)
- Har du den senaste månaden varit ångslig för att få nya attacker, oroad dig för vilka konsekvenser ångestattacken kan få, förändrat ditt beteende på attackerna?

Om patient svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med screening för agorafobi:
"Är du rädd för att befinna dig i situationer som kan vara svåra att lämna vid en panikattack?"
Undviker du vissa situationer till följd av panikattacker all: "har du ut med stort obehag?"

Screeningfrågor för social fobi:

(Social Phobia Inventory (SPI-N))

- Allt göra bort sig eller verka dum, hör det till dina värsta rädslor?
- Undviker du aktiviteter eller andra sammanhang om du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
- Är din rädsla att göra bort dig så stor att du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?

Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med frågorna:
- Differentielldiagnos (MINISCID II) och fortsätt intervjù om social fobi, frågeformulär LSAS

Screeningfrågor för tvångssyndrom:

- Tvättar du dig mycket oftare än du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
- Kontrollerar du upprepat spisen eller att du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
- Måste du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?

Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med frågorna:
- intervjù kring tvångsångest/funktionsnedsättning, frågeformulär ITCSS

Screeningfrågor för GAD:

- Oroad du dig onödigt mycket för bagateller?
- Är du ständigt oroad?
- Är du kroppsligt spänd nästan varje dag?

Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med frågorna:
- Bedömning av funktionsnivå GAF, skattning- och självskattninginstrument för symtomupplevelse och livskvalitet ex. PSWQ, MANSÅ

Screeningfrågor för PTSD:

- Har du varit med om någon viktig händelse, som fortfarande stör dig/bekrär ditt liv?
- Härlfrån kan man gå vidare till mer specifika frågor, där patienten direkt tillågs om den varit oroad för eller beivrat
- Övergrepp, rån, olyckor eller andra händelser som hotat den egna eller andras fysiska integritet.

Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med frågorna: SCID-intervju, frågeformulär IES-R

Primära ångestsyndrom

- Paniksyndrom
- Agorafobi
- Social fobi
- Enkel/specifik fobi
- Tvångssyndrom
- Generaliserat ångestsyndrom
- Posttraumatiskt stressyndrom
- (Akut stressyndrom)

18

Egentlig depression enligt DSM-IV

A. Minst fem av följande symptom har förekommit under samma tvåveckorsperiod.

Minst ett av symptomen (1) *nedstämdhet* eller (2) *minskat intresse* eller *glädje* måste föreligga.

- (1) *Nedstämdhet*
- (2) *Minskat intresse eller minskad glädje*
- (3) *Viktförlust / viktuppgång eller minskad / ökad aptit*
- (4) *Sömlöshet eller ökad sömn*
- (5) *Psykomotorisk agitation eller hämning*
- (6) *Trötthet eller minskad energi*
- (7) *Känslor av värdelöshet eller skuld känslor*
- (8) *Koncentrationssvårigheter eller obeslutsamhet*
- (9) *Tankar på döden, suicidtankar eller något suicidförsök eller konkreta suicidplaner*

20

Egentlig depression enligt DSM-IV

B. Symptomen uppfyller *inte* kriterierna för en blandad episod.

C. Symptomen förorsakar ett *kliniskt signifikant lidande* för patienten eller en *ned sättning av den sociala eller yrkesmässiga funktionsförmågan* eller av något annat viktigt funktionsområde.

D. Symptomen beror *inte* på några direkta effekter av *kemiska substanser* i någon form, t. ex. av drogmissbruk eller något läkemedel, eller av något *somatiskt tillstånd* som t. ex. hypothyroidism.

E. Symptomen förklaras *inte* på bättre sätt av en *normal sorgreaktion*, dvs. efter förlusten av en närstående får ej symptomen kvarstå mer än 2 månader, den kliniska bilden får inte heller karakteriseras av en framträdande funktionsnedsättning, av sjuklig upptagenhet av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symptom eller psykomotorisk hämning.

21

Paniksyndrom med eller utan agorafobi enligt DSM-IV

A. Både (1) och (2):

- (1) återkommande oväntade panikattacker
- (2) minst ett av följande har åtföljt minst en av attackerna under minst en månads tid:
 - (a) ihållande ångslan för att få ytterligare attacker
 - (b) oro för betydelsen eller följderna av attacken
 - (c) en betydande beteendeförändring med anledning av attackerna

B. Agorafobi / Ej agorafobi

22

Paniksyndrom med eller utan agorafobi enligt DSM-IV

C. Panikattackerna beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t. ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon annan somatisk sjukdom/skada (t. ex. hyperthyroidism).

D. Panikattackerna förklaras inte bättre med någon annan psykisk störning som social fobi, specifik fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom eller separationsångest.

23

Agorafobi

- Rädsla bli fast i en situation ur vilken man inte snabbt och omärkligt kan ta sig ut om man skulle känna sig orolig eller få en panikattack.
- Till exempel öppna platser, platser med folkträngsel, butik, stormarknad, frisör, köer, tunnelbana, hiss, bro, hög höjd.
- Undviker alltmer de "svåra" platserna, isolerar sig, blir bunden vid sin partner, kommer kanske ej ur bostaden.
- Starkt samband med paniksyndrom.

24

Tvångssyndrom enligt DSM-IV

A. Tvångstankar eller tvångshandlingar enligt följande:

Tvångstankar som definieras av (1), (2), (3) och (4):

(1) återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier som under någon period upplevts som påträngande och meningslösa och som ger uttalad ångest eller lidande.

(2) tankarna, impulserna eller fantasierna kan inte förstås som enbart en överdriven oro inför verkliga problem.

(3) försök att ignorera eller undertrycka tankarna, impulserna eller fantasierna, eller motverka dem med andra tankar eller handlingar.

(4) insikt om att de tvångsmässiga tankarna, impulserna eller fantasierna härrör från det egna själslivet.

25

Tvångssyndrom enligt DSM-IV

Tvångshandlingar som definieras av (1) och (2):

- (1) upprepade konkreta handlingar eller mentala handlingar, som personen känner sig tvingad att utföra till följd av någon tvångstanke, eller i enlighet med de regler som strikt måste följas
- (2) dessa konkreta eller mentala handlingarna utförs i syfte att förhindra eller reducera lidande eller förhindra att någon fruktad händelse eller situation inträffar; emellertid har dessa konkreta eller mentala handlingar inte något egentligt samband med det som de syftar till att neutralisera eller förhindra eller är i sammanhanget betydligt överdrivna

26

Tvångssyndrom enligt DSM-IV

- B. Någon gång under sjukdomsförloppet har personen haft insikt om att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga
- C. Tvångstankarna eller tvångshandlingarna orsakar ett påtagligt lidande, är tidskrävande eller stör i betydande grad dagliga rutiner, yrkesliv eller vanliga sociala aktiviteter eller relationer
- D. Om någon annan axel I-störning finns med i bilden är innehållet i tvångstankarna eller tvångshandlingarna inte enbart begränsat till denna
- E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada

27

Specifik fobi

- En av de vanligaste psykiska störningarna
- Uttalad och bestående rädsla för avgränsat stimulus, t ex djur, slutna rum eller höjder
- Exponering leder till ångest
- Undvikande beteende vanligt
- Individerna är medvetna om att rädslan är överdriven

28

Social fobi enligt DSM IV

- Rädsla för uppmärksamhet/kritisk granskning i sociala interaktions- och prestationssituationer
- Grundar sig i rädsla för att bete sig pinsamt eller visa symtom på ångest
- Vid exponering stark ångest vilket kan ta sig uttryck i panikattacker
- Situationerna undviks alternativt uthärdas under stark ångest
- Funktionsstörningar avseende arbete, sociala aktiviteter och relationer

29

Generaliserat ångestsyndrom

- Orealistisk och överdriven ångest och oro kring många teman
- Spänd vaksamhet i form av sömnstörning, svårigheter att slappna av, koncentrationssvårigheter, irritabilitet vanligt
- Ofta kombinerat med kroppsliga symptom. T ex muskelvärk, skakighet, trötthet, lufthunger, hjärtklappning, svettningar, muntorrhet, yrsel, urinträngningar, sväljningssvårigheter

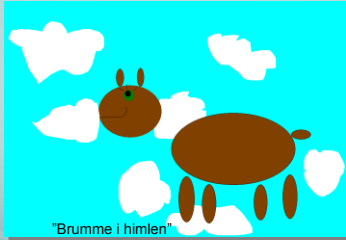
30

Posttraumatiskt stressyndrom

- Händelsen återupplevs - plågsamma tankar eller minnesbilder, mardrömmar, "flash-backs"
- Undviker saker som påminner om traumat, minnesluckor
- Nedsatt vitalitet, nedsatt intresse, känsla av likgiltighet och främlingskap inför andra människor, begränsade affekter, avsaknad av framtidstro

31

Varför skatta Din patient?



43

Målsättning

"Målsättningen med depressionsbehandlingen ska vara frihet från depressionssymtom och återvunnen arbetsförmåga".

Ref: SBU. Behandling av depressionssjukdomar, SBU-rapport 166/1-3, 2004

Vikten av uppföljning

"Regelbunden uppföljning och utvärdering av behandlingens effekt (eller brist på effekt), liksom förekomst av eventuella biverkningar är av stor vikt för behandlingsresultatet".

Ref: Socialstyrelsen. Antidepressiva läkemedel vid psykisk ohälsa, rapport juni 2006.

Varför skatta Din patient?

"Det visade sig att användningen av skattningsskalor och diagnostiska intervjuer begränsades av att många inte hade tillgång till de mest använda diagnostiska instrumenten"

L. von Knorring

"Var sjätte primärvårdspatient har depressionssymtom, men högst hälften identifieras och än färre behandlas"

O. Bodlund

46

Vikten av remission

Att inte uppnå remission kan innebära

- Minskad livskvalitet
- Minskad arbetsförmåga
- Ökad risk för återfall:
 - remission (återfallsfrekvens 24 %)
 - respons (återfallsfrekvens 74 %)
- Ökad risk för suicid
- Ökade samhällskostnader

Syften med psykiatriska skattningsskalor

1. Screening
 - Upptäcka misstänkta fall av ett visst tillstånd. T ex PHQ-9, MDQ.
2. Diagnostik
 - Skala eller intervjuemetod för att fastställa om en viss diagnos föreligger eller ej. T ex SCID, MINI.
3. Mätning av symtomdjup
 - Symtomet föreligger eller ej?
 - Mätning av symtomens/tillståndets djup. Hur deprimerad?

Se Behandling av depressionssjukdomar (SBU 2004) sid 48-55, för utmärkt översikt.

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge

48

Fördelar med skattning

- Screening, diagnostik, mäta symtomdjup
- Bättre stringens vid diagnossättning
- Möjlighet att utvärdera vald behandling
- Större möjlighet till framgångsrik behandling
- Tydlig uppföljning för patienten
- Pedagogiskt verktyg för patienten att förstå sin sjukdom
- Möjlighet att kvalitetssäkra behandlingen
- Kan spara tid

Varför skatta Din patient?

- Metod för systematisk insamling av information.
- Screening. Hitta fler patienter med psykiatriska sjukdomar.
- Ett hjälpmedel för diagnostisering.
- "Checkliste-funktion" för att inte glömma diagnoser och kriterier.
- Mäta symtomdjup.
 - Utvärdera och följa behandlingseffekten.
 - När exaktare symtombeskrivning behövs, t ex vid forskning.
- Ett hjälpmedel för att förbättra behandlingseffekten.
- Underlätta kommunikationen mellan läkare och patient; pedagogiskt verktyg, tydlig uppföljning för patienten.
- Kvantifiera/objektivera behandlingsresultat, utvärdera behandlingseffekten.
- Kvalitetssäkra kliniskt arbete och forskning.
- Öka samstämmigheten mellan olika bedömare.
- I vissa fall knutet till behandlingsrekommendation/vårdprogram.
- Spara tid.

50

Diagnostik och behandling av ångest i primärvården

Frågetecken kring användandet av "instrument" i primärvården:

- Tar tid i anspråk
- Ibland inte tillräckligt positivt prediktivt värde och specificitet för primärvårdspatienter, vilket innebär tidsödande bortsortering av de många falskt positiva resultaten
- Det är också osäkert om instrumenten ökar den diagnostiska säkerheten och om detta i sin tur påverkar prognos, sjukvårdskostnader och effektivitet

(SBU, Behandling av ångestsyndrom)

53

Diagnostik och behandling av ångest i primärvården

- Det saknas ännu studier som visar att annan handläggning än den gängse verkligen påverkar prognosen och livssituationen för patienterna, eller att sjukvårdskostnaderna minskar för samhället
- DSM-diagnostiken enligt ny studie anpassad för specialistvårdens behov
- ICD-10 PHC rekommenderas istället för diagnostik

(SBU, Behandling av ångestsyndrom)

54

Diagnostik och behandling av ångest i primärvården

- Patienter i specialistvården har svårare symtom och där är symtomatologin viktig för att särskilja olika sjukdomstyper
- "I primärvården är det viktigare att skilja mellan svårighetsgraden än att specifikt diagnostisera vilken typ av sjukdom patienten har"
- "I specialistvården är frågeställningen *hur* man ska behandla medan primärvårdens frågeställning är *om* man ska behandla"

(SBU, Behandling av ångestsyndrom)

55

Diagnostik och behandling av ångest i primärvården

- 60-70 % av patienter med ångest och depression handläggs huvudsakligen inom primärvården
- Kunskaper och rekommendationer om handläggning och behandling grundar sig dock på studier som i stor utsträckning är genomförda inom psykiatrisk specialistvård
- Patienterna i primärvården söker tidigare i förloppet och har lindrigare besvär

(Behandling av ångestsyndrom, SBU sept 2005)

56

Operationalisering av skattningsinstrument

- Beskrivning av **variabeln**, t ex nedstämdhet.
- Beskrivning av **svarsalternativen**.
- Dvs både symtomet/variabeln och de olika svarsalternativen ska vara definierade.
- Jfr VAS som bara har rudimentära ändlägesbeskrivningar av symtomet.
- Jfr DSM-4 som är dikotomt.

58

Diagnosystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner.
- Gör det möjligt att jämföra diagnoser mellan kliniker och länder.
- Ger oss möjlighet att lära av andras erfarenheter av effekterna av olika psykiatriska behandlingsmetoder.
- **De operationella definitionerna baserar sig dock på förekomst eller frånvaro av specifika psykiska symptom.**

60

Typer av psykiatriska bedömningsmetoder

- Egenbedömningssskalor, "självsfattning"/"egenbedömning"
- Intervjubaserade skalor, "expertsfattning"
- Klinisk intervju
 - Strukturerad
 - Semistrukturerad
 - "Fri", utgår från intervjuarens kliniska kunskaper

61

Vem är det som skattar?

"Expertskalet"

- Tidskrävande
- Kräver samskattning
- "Objektiva" (men vem är egentligen experten?)
- Tråkigt

Självsfattningsskalor

- Tidsbesparande
- Påverkas av många patientfaktorer
- Ibland bristande samstämmighet med expertsfattning; självfattningen då vanligen högre/sjukare
- Fungerar ibland sämre vid vissa tillstånd (melankoli, psykos, mani, grav personlighetsstörning)

62

Vem är det som skattar?

"Expertskalet"

CPRS 65
MADRS
CPRS-A
KABOSS
HAMD / HDRS
HAMA / HARS
CGI

Självsfattningsskalor

MADRS-S
CPRS-S-A
KABOSS-S
BDI
HAD
The Mood Disorder
Questionnaire
Liebowitz social anxiety
scale

63

Expert- och självfattningsskalor

- Expertsfattning sedan antidepressiva medels tillkomst.
- Systematisk observation av observerade symptom och rapporterade symptom.
- Operationalisering av enskilda funktioner med svårighetsgrad ("items").
- Expert- vs. självfattning
 - Expertsfattning kräver tid och samskattning
 - Självfattning påverkat av många patientfaktorer

Värdet av självskattning har ifrågasatts

- Läkare och patient har skilda referensramar.
- Diagnos, sjukdomsgrad, ev personlighetsstörning påverkar konkordansen.
- Patienten tenderar vanligen skatta sig högre än experten, särskilt cluster B.
- Medvetenhet, motivation, kognitiv förmåga viktigt.
- Skalkonstruktionen viktig - VAS kontra operationalisering.
- Olika gestaltningar av samma fenomen.

65

Tänkbara orsaker till bristande konkordans mellan självskattning och expertskattning

- Olika referensramar
- Olika syndrom ger olika grad av diskrepans
 - patienter med "neurotisk depression" skattar sig mer deprimerade än de med "endogen depression" - ev mer avhängigt personligheten hos den som insjuknar än typen av depression
 - patienter med cluster B-drag skattar sig sämre/sjukare än experten bedömer dem
 - självskattning fungerar ibland sämre vid vissa tillstånd (melankoli, psykos, mani, grav personlighetsstörning, kognitiv påverkan)
- Skalans konstruktion
 - VAS-skala störst diskrepans
 - skala med operationaliserade symtom och skalsteg ökar samstämmigheten

67

Tänkbara orsaker till bristande konkordans mellan självskattning och expertskattning

- Vem är experten?
- Är frågorna korrekt "översatta"? Ex hypokondri
- Mot felöversättningshypotesen talar att somliga patientgruppers egenbedömning korrelerar väl till läkarens bedömning
- Ej så enkelt att patienten avsiktligt agraverar symtomen - borde då agravera i samma omfattning även vid läkarens intervju och diskrepansen skulle ligga mellan patientens uppgivna symtom och patientens status
- Vid stor avvikelse misstänk ev. personlighetsstörning cluster B

68

Själ- och expertbedömningar ger kompletterande bilder av syndromet

- Den ena bilden inte nödvändigtvis mer "sann" än den andra
- Vårdgivarens och patientens skattningar kan ses som olika gestaltningar av samma fenomen

69

En bra diagnos ska vara

- Reliabel
 - Den diagnostiska proceduren leder till samma resultat för olika bedömare och vid olika tillfällen. DSM-IV med god strukturerad diagnostik som MINI ger god reliabilitet.
- Valid
 - Diagnosen avspeglar en verklig sjukdomskategori. Större tveksamhet om validiteten i många diagnoser och diagnosgrupper.

70

Syfte med diagnostiska skalor

- Stöd i den diagnostiska processen.
- "Checkliste-funktion" för att inte glömma diagnoser och kriterier.
- Öka samstämmigheten mellan olika bedömare.
- Kvalitetssäkra klinikst arbete och forskning.
- Utbildning i psykiatrisk diagnostik.

71

Metoder för psykiatrisk diagnostik och/eller bedömning av svårighetsgrad

- Diagnostiska instrument
 - Strukturerad/semistrukturerad intervju (SCID, Prime-MD, PHQ, SPIFA, MINI, PSE, SCAN, SADS, DIS, CIDI...).
- Symtomskattningsskalor
 - Intervjubaserade skalor
 - Egenbedömningsskalor
- Frågeformulär
 - Vanligen screeningändamål, t ex för depression (HAD, CES-D)
- Klinisk intervju

Se *Behandling av depressionsjukdomar (SBU 2004) sid 48-55, för utmärkt översikt*

72

Syfte med skattningar/skalor

1. Diagnos
2. Symtomskattning
 - Symtom finns eller ej?
 - Gradera svårighetsgrad
3. Biverkningsbedömning
4. Övrigt



"Zebraona"

73

Begränsningar

- Strukturerade diagnosskalor är inte bättre än det underliggande diagnostiska systemet.
- Kräver utbildning och träning.
- Inga "undermedel" som löser diagnostiskt svåra fall. Rätt använd hjälper den oss att bli bättre kliniker - klinisk diagnostisk kunskap avgörande. Varning för övertro på skalor.
- Passar ej alla patienter.

Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

74

Krav på den som skattar

- Relevant klinisk utbildning och erfarenhet
- Man ska vara förtrogen med instrumentet
- "Användaren bör vara förtrogen med de riktlinjer för användning av test som lagts fram av American Psychological Association 1985/1999, *Standards for Educational and Psychological Tests*"
- Den som tolkar resultatet måste kunna följa upp patienten eller remittera vidare

75

Sensitivitet och specificitet

Sensitivitet:

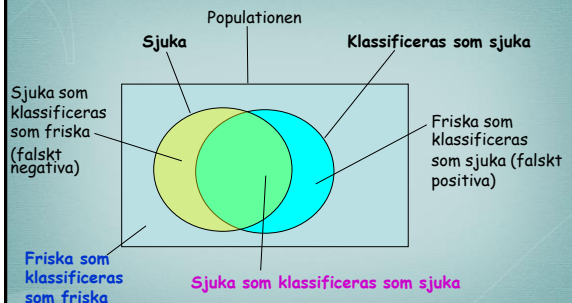
Sannolikheten att en sjuk individ blir klassificerad som sjuk.

Specificitet:

Sannolikheten att en frisk individ blir klassificerad som frisk.

76

Modell för sensitivitet och specificitet



77

Önskvärda egenskaper för ett skattningsinstrument

- Vetenskapligt framtaget och utvärderat.
- Validitet - mäter det instrumentet är tänkt att mäta.
 - bör ligga nära diagnoskriterierna för tillståndet ifråga.
- Reliabilitet - pålitligt; samma resultat vid upprepad mätning och oberoende av vem som mäter.
- Känd specificitet och sensitivitet, där det helst ska finnas ett cutoff-värde med samtidig hög sensitivitet och specificitet.

79

Önskvärda egenskaper för ett skattningsinstrument

- Känsligt för förändring av det kliniska tillståndet.
- Få frågor, gå snabbt att fylla i och tolka.
- Lättbegripligt, kräver ej träning av intervjuare (eller patient).
- Lätt att tolka/bedöma resultatet.
- Används av många
 - andra förstår resultatet.
 - man kan diskutera och fråga.
- Fungerar i egenbedömningsversion.
- Ej copyright-skyddat.
- Gratis.

80

1. Diagnostiska instrument

SCID
M.I.N.I.
SPIFA
Prime-MD
PHQ
SCAN
BOCS/Y-BOCS

82

2. Symtomskattningsskalor

Global

- CPRS 65
- CGI

83

2. Symtomskattningsskalor

Depression och ångest

- Cronhom/Ottosson
- MADRS/MADRS-S
- CPRS-A/CPRS-A-S
- KABOSS/KABOSS-S
- BDI
- [PHQ-9](#)
- GDS-20
- HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)
- MES (Bech Rafaelsen Melancholia Scale; kortare och bättre än HDRS)
- HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)
- HAD
- Liebovitz social anxiety scale
- BOCS/Y-BOCS

84

2. Symtomskattningsskalor

"Neuropsykiatri"

- Conners formulär
- Formulär A
- ASRS-v.I.I
- WURS
- WRASS

Psykos

- CPRS schizofreni
- PANSS
- BPRS

Missbruk

- AUDIT/DUDIT

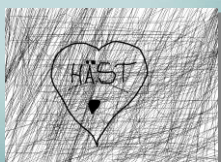
Minne/kognition/demens

- MMT

85

3. Biverkningsskalor

UKU (Utvalg for Kliniske
Undersogelse)
AIMS (Abnormal Involuntary
Movement Scale)
ESRS



86

4. Övrigt

GAF/GAF egenbedömning
Tidiga varningstecken
QLS-100 (tillfredsställelse med
det sociala livet)
KAPP
Dip-Q
KASAM
Riskbedömning av patient med
suicidalt beteende
SUMD (skala för bedömning av
sjukdomsinsikt)

87

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Depression
MADRS
MADRS-S
BDI
Självbedömning
av depression
SASS
GDS-20
EPDS (Edinburgh
Postnatal
Depression Scale) | 2. Mani
MDQ
"Uppåtperioder" | 3. Ångest + tvång
CPRS-A
Hur mår Du idag?
(CPRS-S-A)
HAS (Hamilton
anxiety scale) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

88

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|
| 4. Ångest + tvång +
borderline
KABOSS
KABOSS-S | 6. Tvång
Y-BOCS
BOCS |
| 5. Social fobi
Social Phobia Anxiety
Scale | 7. GAD
PSWQ |

89

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 8. Panikångest,
agorafobi, allmän
ångest
BAI
MI
Agorafobiskalan | 9. Suicid
SIS (Suicidal
intent scale)
Hopplöshetsskalan
SUAS |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|

90

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

- 8 a. Personlighet
KAPP
KSP (Karolinska Scale of Personality)
SSP (Swedish Universities Scale of Personality)
TCI (Tridimensional Character Inventory)
MMPI (Minnesota Multiphasic Personality
Inventory)

91

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

8 b. Personlighetsstörning

SCID II screen
SCID II intervju
Dip-Q
Dip-I
KABOSS / KABOSS-S

92

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

10. Livets mening och allting...

KASAM

11. Autism

HAGS
(Högfungerande autism / Asperger syndrom Global Skattningsskala)
Formulär A

12. ADHD

Conners formulär
ASRS-v.I.I
WURS
WRASS

93

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

13. Schizofreni

Kvalitetsstjärnan
BPRS
PANSS
SANS
CPRS schizofreni - subskala ur CPRS

14. Demens

MINI-Mental State Examination

94

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

15. Funktionsskala

GAF
GAF egenbedömning

16. Screening / bedömning / diagnostik av nästan allt...

M.I.N.I
CPRS 65
GHQ-12
PART
SCL-90-R (Symtom Check List Revised)
SCID 1 / SCID 2

95

Blandade skattningsinstrument och symtominventorier

17. Alkohol

Audit
CAGE
MmMAST
Alkonacka

18. Global bedömning

CGI (Clinical Global Impression Scale)

96

Diagnossystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner
- Gör det möjligt att jämföra diagnoser mellan kliniker och länder.
- Ger oss möjlighet att lära av andras erfarenheter av effekterna av olika psykiatriska behandlingsmetoder.
- De operationella definitionerna baserar sig dock på förekomst eller frånvaro av specifika psykiska symptom.

97

Psykiatrisk screening

I de regionala vårdprogrammen för SLL finns rekommenderat ett antal [screeningfrågor för några vanliga ångesttillstånd](#).

99

Exempel på psykiatrisk screening - social fobi

- Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?
- Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
- Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?

100

Psykiatrisk screening - tvångssyndrom

- Tvättar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?
- Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
- Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?

101

Psykiatrisk screening - GAD

- Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?
- Är Du ständigt orolig?
- Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?



102

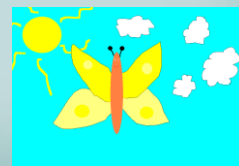
Psykiatrisk screening - paniksyndrom

- Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärtklappning, andnöd eller yrsel?

103

Psykiatrisk screening - agorafobi / specifik fobi

- Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?



104

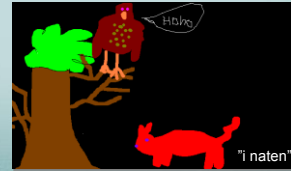
Psykiatrisk screening - maladaptiv stressreaktion / akut stressreaktion / posttraumatiskt stressyndrom

- Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?

105

Psykiatrisk screening - depression / dystymi

- Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?
- Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?



106

Screeningfrågor för ångestsyndrom
Källa: Regionala Vårdcentralerna för Ångestsjukdomar Sammanställt av: Anna Lindgren, koordinator för Rvp Ångestsjukdomar inom NSP

Screeningfrågor för paniksyndrom:
1. Drabbas du av återkommande oväntade panikattacker (attackväv påkommande ångest med ex. hjärklappning, svettning, damning, upplevelse av andnöd, illamående, yrsel, råddna att missa kontrollen till tågbil etc.)
2. Har du den senaste månaden varit ångslig för att få nya attacker, oroad dig för vilka konsekvenser ångestattacken kan få, förändrat ditt beteende på attackerna?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med screening för agorafobi:
-Är du rädd för att befinna dig i situationer som kan vara svåra att lämna vid en panikattack?
-Undviker du vissa situationer till följd av panikattacker all: härdar ut med stort obehag?

Screeningfrågor för social fobi:
(Social Phobia Inventory (SPI-V))
1. Att göra bort sig eller verka dum, hör det till dina värsta rädslor?
2. Undviker du aktiviteter eller andra sammanhang om du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?
3. Är din rädsla att göra bort dig så stor att du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
-Differentialdiagnos (MINISCD II) och fortsatt interju om social fobi, frågeformulär LSAS

Screeningfrågor för tvångssyndrom:
1. Tvånar du dig mycket fast på egenskapen är ren, eller har det varit så tidigare?
2. Kontrollerar du upprepat spisen eller att du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?
3. Måste du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
-Interju kring lödsång/funktionsnedsättning, frågeformulär BOCS

Screeningfrågor för GAD:
1. Ornar du dig väldigt mycket för bagateller?
2. Är du ständigt oroad?
3. Är du kroppsligt spänd nästan varje dag?
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande:
-Bedömning av funktionsnivå: GAF, skattning- och självskattninginstrument för symtomsvårighet och livskvalitet ex. PSWQ, MANSA

Screeningfrågor för PTSD:
1. Har du varit med om någon viktig händelse, som fortfarande stör dig/påverkar ditt liv?
2. Härifrån kan man gå vidare till mer specifika frågor, där patienten direkt tillfrågas om den varit utsatt för eller bevittnat
3. Övergepp, tan, olyckor eller andra händelser som hotat den egna eller andras fysiska integritet.
Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande: SCD-Interju, frågeformulär IES-R

109

	Ja	Nej	Vejl ej
So 1.			
So 2.			
So 3.			
F 1.			
F 2.			
F 3.			
E 1.			
E 2.			
E 3.			
Pa 1.			
A/Sp 1.			
Pv 1.			
D 1.			
D 2.			
Nv 1.			
B 1.			
A 1.			
M 1.			

"Frågor om Ditt välbefinnande"

Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatriin)

Det är vanligt att våra patienter har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. För att minska risken för att "missa" viktiga besvär som kanske pågår Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tittat på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Frågor om Ditt välbefinnande (vårdcentral)

Det är vanligt att människor som besöker vårdcentralen har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. Vanligen handlar det om ångest och nedstämdhet. För att lättare upptäcka om Du är en av många som är drabbad av dessa mycket vanliga besvär ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tittat på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten.

Namn: _____
Datum: _____

Tack för Din medverkan!

108

"Frågor om Ditt välbefinnande" (vårdcentral)

"Det är vanligt att människor som besöker vårdcentralen har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. Vanligen handlar det om ångest och nedstämdhet. För att lättare upptäcka om Du är en av många som är drabbad av dessa mycket vanliga besvär ber vi Dig att fylla i detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tittat på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten."

109

Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatriin)

"Det är vanligt att våra patienter har psykiska besvär som man av olika skäl inte berättar om. För att minska risken för att "missa" viktiga besvär som kanske pågår Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla detta formulär. Uppgifterna är naturligtvis konfidentiella och om Du önskar det så makulerar vi denna blankett så fort vi har tittat på den. Naturligtvis är det helt frivilligt att fylla i blanketten."

110

"Nyckel" till frågorna (ja-svar)

- So 1 - 3 **Misstänk** social fobi
- T 1 - 3 " tvångssyndrom
- G 1 - 2 " generaliserat ångestsyndrom
- Pa 1 " paniksyndrom (med / utan agorafobi)
- A/Sp 1 " agorafobi (med / utanpaniksyndrom),
specifik fobi eller social fobi
- Po 1 " maladaptiv stressreaktion, akut
stressreaktion eller posttraumatiskt
stressyndrom
- D 1 - 2 " depression / dystymi
- Su 1 " " suicidrisk. Diskutera omgående med läkare!
- B 1 " alkoholproblem
- Å 1 " ätstörning
- M1 " hypomani/mani/bipolär sjukdom

111

Norra Stockholms Psykiatris skattningsskalor 2007 enligt regionala vårdprogrammen

Allmänna	CGI GAF	MANSÄ MINI ASRS
Screening av missbruk	AUDIT	DUDIT
Depressions sjukdomar	PHQ-9 MADRS-S	MADRS
Bipolär sjukdom	MDQ	HCL-32
Ångest sjukdomar	ACQ MI Y-BOCS PSWQ	BSQ LSAS BOCS IES-R
Suicidnära	SIS SUAS	SSI
Psykos sjukdomar	UKU-ConSat UKU-biverkningar, män UKU-biverkningar, kvinnor	VAS-livskvalitet VAS-upplevda besvär

Några bra platser att leta skattningsinstrument

www.slso.sll.se/affektivamottagningen
(KUS Huddinge)

www.kbt.nu/per
(Per Carlbring)

115

Några vanliga instrument för depressionsskattning

[MADRS](#) / [MADRS-S](#)

BDI
Hamilton (HAMD / HDRS)
[HAD](#)

[PHQ-9](#)

Nära DSM-IV' s kriterier. Mest använt på senare år.
Övervikt för frågor om självbild.
Många fysiologiska symtom.
Fokuserar på ett symtom: glädje- och intresseförlust.
DSM-IV-symtomen rakt av.

116

Några vanliga instrument för skattning av ångest

Ångest /oro, allmänt [CPRS-A](#), [CPRS-S-A](#), [HAD](#), BAI,
Hamilton anxiety scale, HAS

GAD [Penn State Worry Questionnaire](#), [PSWQ](#)
Social fobi [Liebowitz social anxiety scale](#), [LSAS](#)
Tvång [Brief Obsessive Compulsive Scale](#), [BOCS](#),
CPRS-OCD

Panik/agorafobi [Body sensation questionnaire](#), [BSQ](#)
(kroppssymtom)
[Agoraphobic Cognitions Questionnaire](#), [ACQ](#)
(katastroftankar)

PTSS [MI](#) (mobilitet/agorafobiskt undvikande)
[Impact of Event Scale](#), [IES-R](#)
(avoidance, arousal, intrusions)

117

Några instrument för psykosskattning

- PANSS
- [BPRS](#)
- [Kvalitetsstjärnan](#)
- [\(GAF funktion + symtom\)](#)
- (CPRS schizofreni - subskala ur CPRS)
- VAS livskvalitet
- VAS patientupplevda besvär
- ADL-skala
- [UKU biverkningsskala](#)
- UKU consat
- BMI och bukomfång
- OCAIR
- CAN
- [QLS](#)

118

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- I "Behandling av depressionssjukdomar" Appendix 2, sid 527-532 (SBU 2004) finns en sammanställning av ett antal vanliga instrument för bedömning av huvudsakligen depressiva besvär eller allmän diagnostisk bedömning innefattande depressiv symtomatologi. Ca 40 st!
- På sid 48-55 i kapitel 1 finns en mer resonerande sammanfattning av de vanligaste instrumenten.

120

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- [Tudelad GAF](#)
- GAF egenbedömning
- [CGI](#)
- [M.I.N.I.](#)
- PRIME-MD
- SPIFA
- PART
- Anamnesprotokoll (Affektivt Centrum, NSP)
- [Frågor om Ditt välbefinnande, psykiatriversion](#)
- [Frågor om Ditt välbefinnande, vårdcentralsversion](#)
- KASAM
- ConSat



121

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- [Conners formulär](#)
- [ASRS-VI.I Screening](#)
- [ASRS-VI.I Självskattningskala](#)
- Formulär A
- [MADRS](#)
- [MADRS-S](#)
- [PHQ-9](#)
- BDI
- [Självbedömning av depression \(diagnos DSM-IV kriterier\)](#)
- [GDS-20](#)
- SASS (social funktionsförmåga vid depression)

122

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- [HAD](#)
- HAM-A
- [CPRS-A](#)
- [CPRS-S-A \(Hur mår Du idag?\)](#)
- [Liebowitz Social Anxiety Scale](#)
- [BOCS](#)
- [IES-R](#)
- [BSQ](#)
- [PSWQ](#)
- [MI](#)
- [ACQ](#)

123

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- [The Mood Disorder Questionnaire](#)
- [HCL-32-R1](#)
- [Maniscreening "Uppåtperioder" \(Rangnes hopkok\)](#)
- [Bipolärt index](#)
- YMRS; Young Ziegler Mania Rating Scale
- "Väntrumsformulär" (bipolär sjukdom)

124

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- Riskbedömning av patient med suicidalt beteende (NSP's version)
- [SIS; Suicide intention scale](#)
- [SSI; Scale for suicide ideation](#)
- [SUAS självskattning \(suicidriskbedömning\)](#)
- SUAS expertskattning (suicidriskbedömning)
- [M.I.N.I suicidriskbedömning \(sid 8\)](#)

125

Ett axplock praktiskt användbara skattningsinstrument

- SCID-2 självskattning
- DIP-Q
- [KABOSS](#)
- [KABOSS-S](#)
- [UKU biverkningskala \(kombiversion för män och kvinnor\)](#)
- [AUDIT](#)
- [DUDIT](#)
- [MMT sid 1 \(figur saknas\)](#)

126

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

- [MADRS + MADRS-S](#)
- [PHQ-9](#)
- [HAD](#) eller [CPRS-S-A](#)
- [GDS-20](#)
- [Social Phobia Anxiety Scale](#)
- [BOCS](#)
- [MDQ](#) eller [HCL-32](#)
- [GAF symtom](#)
- [GAF funktion](#)
- [Conners formulär](#) eller [ASRS-VI.I](#)
- Formulär A
- [MMT](#)
- [AUDIT/DUDIT](#)
- [MINI suicidriskbed \(s. 8\)](#)
- "Frågor om Ditt välbefinnande"

134