

Psykiatrisk skattning

Stpockholms Företagsläkarförening
29 maj 2013

Michael Rangne
Norra Stockholms Psykiatri
mrangne@gmail.com

Förslag till dagordning

1. Allmänt om psykiatrisk skattning - vad, vem, hur, varför?
2. Översiktlig presentation av ett antal användbara skattningsinstrument samt visning av CD´n
3. Utkast till företagsläkarpaket
4. Fördjupning gällande valfria skattningar
5. Summering och frågestund

2

Disclaimer

1. Jag är inte utsänd av psykiatri
2. Jag säljer inte skattningsinstrument
3. Jag tycker inte att ni borde skatta si eller så mycket med ditten eller datten instrument
4. Jag är övertygad om att man kan komma till god psykiatrisk diagnostik och behandling på många olika vägar
5. Tid, intresse och kunskaper är som vanligt det helt avgörande
6. Men skattningsinstrument, rätt använda, kan underlätta och spara tid i vardagen. De är tjänare, inte herrar.

3

Klinikens aktuella skattningsskalor enligt regionala vårdprogrammen

Allmänna	CGI GAF	MANSA MINI ABRS
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-ivakvalitet VAS-upplevta besvär

Varför skatta din patient?



6

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**.

2

Syfte med diagnostiska skolor

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

8

Varför psykiatrisk 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.

Psykiatrisk skattning - åsikterna går isär

Mot:

- Tidskrävande
- Stör kontakten
- Känns onaturligt

För:

- Sparar tid, rätt använd
- Ger värdefull information
- Patienten är vanligen positiv, uppfattar skattning som ett uttryck för omsorg och intresse
- Hjälper patienten med struktur, överblick och ger ett språk
- Ger möjlighet till kommunikation och feedback
- Visat att kan ha en positiv terapeutisk effekt

10

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!

11

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 skolor
 - Egenbedömningsskalor
- Frågeformulär
 - Vanligen screeningändamål, t ex för depression (HAD, CES-D)
- Klinisk intervju

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

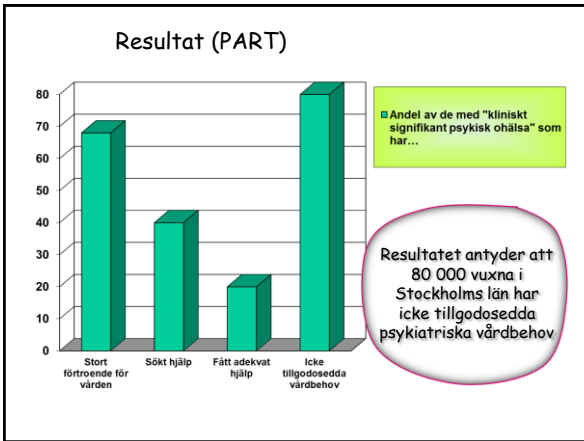
12

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 skolor.
- Passar ej alla patienter.

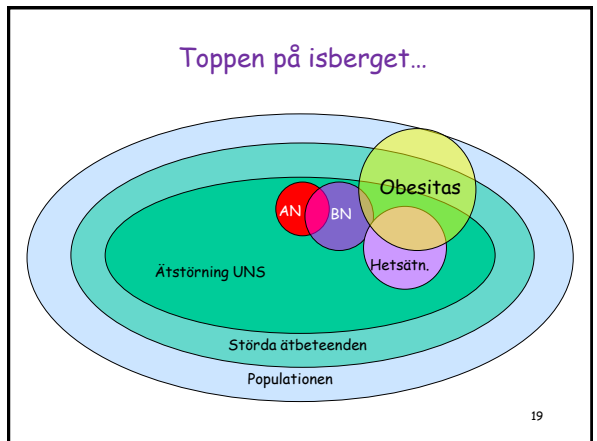
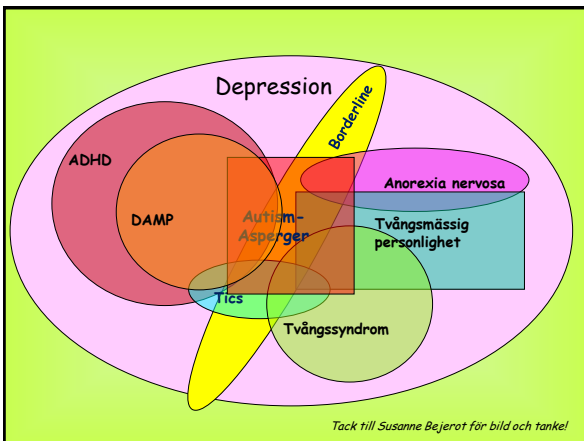
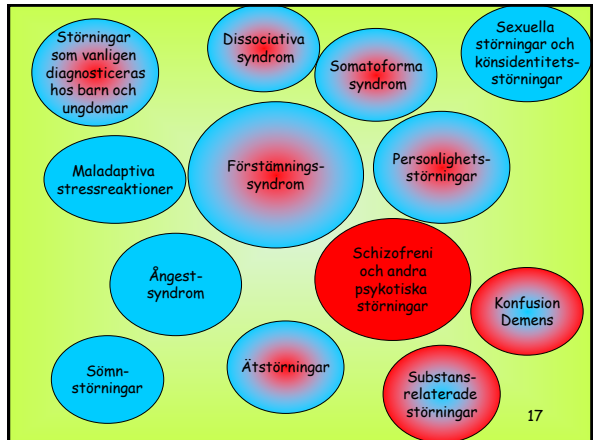
Tack till Mats Adler, Affektiva mottagningen KUS/Huddinge!

13



- ### Tidigare diagnostik
- Ursinne
 - Tungsinne
 - Svagsinne
 - Melankoli
 - Mani "sans delirium"
 - Mani "avec delirium"
 - Demens
 - Idioti
 - Homosexualitet
 - Neuros
 - Persona patologica
 - Moralisk brist
 - Moraliskt sjuka
 - Moraliskt imbecill
 - Abnorm personlighet
 - Karaktärsabnormitet
 - Tidig karaktärsstörning
 - Moralisk färgblindhet
 - Karaktärsbrist
 - Manipulativ personlighet

- ### Några närliggande begrepp
- Utbrändhet
 - Burn-out
 - Urladdad
 - Utmattningssyndrom
 - Maladaptiv stressreaktion
 - Utmattningsdepression
 - Egentlig depression med utmattningssyndrom
 - Reaktiv depression
- Använd gärna någon av dessa!
- ### "Nya" sjukdomar?
- Elöverkänslighet
 - Utbrändhet
 - Trötthetssyndrom
 - Utmattningssyndrom
 - Fibromyalgi
 - Amalgamöverkänslighet
 - SBS, "sick building syndrome"
 - Mobil- och mastskräck
 - Spelberoende



En bra diagnos ska vara



- **Reliabel**
 - Den diagnostiska proceduren leder till samma resultat för olika bedömare och vid olika tillfällen.
- **Valid**
 - Diagnosen avspeglar en verklig sjukdomskategori. Diagnosen mäter vad den är avsedd att mäta.

20

Diagnossystem; DSM-IV och ICD-10

- Bygger på operationella definitioner.
- De operationella definitionerna baserar sig dock på **förekomst eller frånvaro** av specifika psykiska symptom.
- Vårdgivaren är den som har att gå igenom alla symptomen
 - för att finna och bekräfta patientens misstänkta diagnoser.
 - för att säkert utesluta alla andra tänkbara diagnoser.



21

Strukturstöd för informationsinsamling

1. Egenbedömningsinstrument
 - DIP-Q
 - MADRS-S
2. Intervjumanualer
 - MINI
 - SCID-I
 - MADRS
3. Kombinerade egenbedömningsinstrument och intervjumanualer
 - Prime-MD
 - SCID-II

22

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.

23

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.

24

Sensitivitet och specificitet

Sensitivitet:

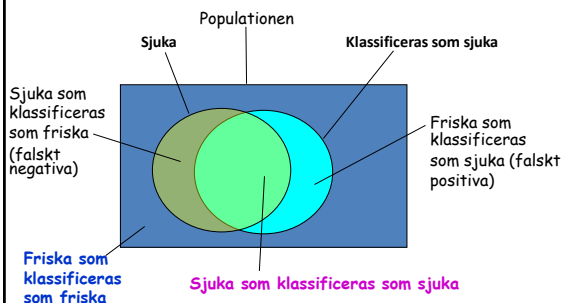
Sannolikheten att en sjuk individ blir klassificerad som sjuk.

Specificitet:

Sannolikheten att en frisk individ blir klassificerad som frisk.

25

Modell för sensitivitet och specificitet



26

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.

27

Vem är det som skattar?

“Expertskalet”

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

Självskattningsskalet

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

28

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

29

Psykiatrisk screening

I de regionala vårdprogrammen för SLL finns rekommenderat ett antal screeningfrågor för några vanliga tillstånd.

Exempel, depression:

- 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?

30

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?

31

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"?

32

Psykiatrisk screening - GAD

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



33

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?

34

Psykiatrisk screening - agorafobi / specifik fobi

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



35

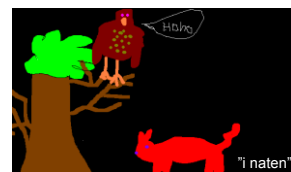
Psykiatrisk screening - maladaptiv stressreaktion / akut stressreaktion / posttraumatiskt stressyndrom

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

36

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?



37

Screeningfrågor för ångestsyndrom
 Nära Regionala vårdcentraler för Ångestsjukdomar Sammanställt av: Anna Lindgren, koordinator för RvP Ångestsjukdomar inom NSP

Screeningfrågor för paniksyndrom:
 1. Drabbas du av återkommande oövade panikattacker (attackvis påkommande ångest med ex. hjärklappning, svettning, damning, upplevelse av andnöd, illamående, yrsel, rädsla att mista kontrollen/ bli tokig 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 pga 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 lösa vid en panikattack?
 -Undviker du vissa situationer till följd av panikattacker all: härdat ut med stort behag?

Screeningfrågor för social fobi:
 (Social Phobia Inventory /SPIN)
 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:
 -Differentiäldiagnosisk (MINISCID II) och fortsatt intervju om social fobi, frågeformulär LSAS

Screeningfrågor för tvångssyndrom:
 1. Tvättar du dig mycket oftare än egentligen 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:
 -intervju kring födsättningsfunktionens utvärdering, frågeformulär BOCS

Screeningfrågor för GAD:
 1. Oroar du dig onödigt 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 självskattningstrinstrument för symptomupplevelse 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. Häftigt kan man gå vidare till mer specifika frågor, där patienten direkt tillfrågas om den varit utsatt för eller bevittnat
 3. Övergepp, rån, olycka eller andra händelser som hotat den egna eller andras fysiska integritet.
 Om patienten svarar "ja" på någon av frågorna gå vidare med följande: SCID-intervju, frågeformulär IES-R

Screeningfrågor för depression och ångestsjukdomar

- 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?
- 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?
- 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"?
- Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?
- Är Du ständigt orolig?
- Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?
- Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärklappning, andnöd eller yrsel?
- Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?
- Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?

		Ja	Nej	Ve ej
S0.1.	Att göra bort sig eller verka dum, hör det till Dina värsta rädslor?			
S0.2.	Undviker Du aktiviteter eller andra sammanhang om Du riskerar att hamna i centrum för uppmärksamheten?			
S0.3.	Är Din rädsla att göra bort Dig så stor att Du undviker att prata med andra eller delta i sociala aktiviteter?			
F1.	Tvättar Du Dig mycket fastän Du egentligen är ren, eller har det varit så tidigare?			
F2.	Kontrollerar Du upprepat spisen eller att Du har låst dörren, eller har det varit så tidigare?			
F3.	Måste Du göra saker om och om igen för att uppnå känslan av att det är "precis rätt"?			
F4.	Oroar Du Dig onödigt mycket för bagateller?			
F5.	Är Du ständigt orolig?			
F6.	Är Du kroppsligt spänd nästan varje dag?			
P1.	Har Du upplevt avgränsade perioder, från sekunder till minuter, av överväldigande panik eller rädsla och som åtföljdes av hjärklappning, andnöd eller yrsel?			
A/Sp.1.	Finns det någon speciell plats, sak eller situation som ger Dig ångest, och som Du därför helst undviker?			
P0.1.	Har Du varit med om någon svår och obehaglig händelse, som fortfarande stör Dig eller påverkar Ditt liv?			
D1.	Har Du under de senaste två veckorna känt Dig ledsen och nere?			
D2.	Har Du under de senaste två veckorna tappat intresset för Dina dagliga sysslor?			
S0.1.	Har Du under de senaste två veckorna haft tankar på självmord som en möjlig utväg?			
B1.	Har det under de senaste året hänt att Du eller någon annan tyckt att Du dricker mer alkohol än vad som kanske är lämpligt?			
A1.	Tycker Du att Du har så mycket tankar kring mat och ditt ätande att det ibland kan kännas jobbigt för Dig?			
M1.	Har Du någon gång haft en period om minst två dagar då Du känt Dig så bra eller upplevt att till modet att andra tycker att Du inte varit Dig själv, eller att Du varit så uppsvavlade eller energiska att Du kommit i svängstämning på något sätt?			

"Frågor om Ditt välbefinnande"
 Frågor om Ditt välbefinnande (psykiatrien)
 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 påverkar Dig - med risk för att Du inte får bästa möjliga behandling - ber vi Dig att fylla i denna 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 denna 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!
 40

"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 denna 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."

41

"Nyckel" till frågorna (ja-svar)

- S0 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

42

Några vanliga instrument för depressionsskattning

MADRS / MADRS-5 Nära DSM-IV's kriterier. Mest använt på senare år.

BDI 2 Övervikt för frågor om självbild.

Hamilton (HAMD / HDRS) Många fysiologiska symtom.

HAD Fokuserar på ett symtom; glädje- och intresseförlust.

PHQ-9 DSM-IV-symtomen rakt av.

43

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

44

Några vanliga skattningsinstrument

Depression <ul style="list-style-type: none"> MADRS + MADRS-S PHQ-9 BDI 	ADHD och Asperger <ul style="list-style-type: none"> ASRS-VI.I Conners formulär Formulär A
Ångest <ul style="list-style-type: none"> Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD CPRS-S-A Social Phobia Anxiety Scale BOCS 	Psykos <ul style="list-style-type: none"> BPRS PANSS GAF symtom GAF funktion
Mani <ul style="list-style-type: none"> MDQ HCL-32 	Demens, kognitiv svikt <ul style="list-style-type: none"> MMT
Missbruk/beroende <ul style="list-style-type: none"> AUDIT/DUDIT 	Suicidrisk <ul style="list-style-type: none"> MINI suicidriskbed SSI SIS

45

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"

46

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

Baspaketet

- MADRS + MADRS-S
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9)
- BDI 2 (Becks depressionsinventorium version 2)
- GDS-20 (Geriatric Depression Scale-20)
- MDQ (Mood Disorder Questionnaire) eller HCL-32 (Hypomania Check List)
- HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)
- CPRS-S-A (Comprehensive Psychopathological Rating Scale - Self Affective)
- LSAS (Liebowitz Social Phobia Anxiety Scale)
- BOCS (Brief Obsessive Compulsive Scale)
- KES (Karolinska Exhaustion Scale)
- GAF symtom
- GAF funktion
- MMT (Mini Mental Test)
- AUDIT
- DUDIT
- ASRS-VI.I (Adult ADHD Self-Report Scale)
- Conners formulär (ADHD under barndomen)
- Formulär A med tilläggsfrågor (Aspergersymtom under barndomen)
- "Frågor om Ditt välbefinnande" (eget påhitt, exceptionellt ovaliderad)

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

Överkursen

- M.I.N.I 6.0.0b (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju)
- RAADS (Ritvo Autism- Asperger's Diagnostic Scale)
- Brown ADD-RS
- ASSQ (Asperger Syndrome Screening Questionnaire)
- DIP-Q (DSM-IV & ICD-10 Personality Questionnaire)
- KABOSS-S (Karolinska Affektiva- och BOrderline SymtomSkalar, Självskattning, ca 28 frågor)
- KABOSS-S (modifierad av Michael Rangne, endast 10 frågor specifika för borderline)

Förslag till skattningsinstrument för allmänläkare

Suicidriskbedömning

- M.I.N.I suicidriskbed. (sid 8)
- Minneslista - suicidriskbedömning för patient som inte gjort aktuellt s-försök (från Regionala Vårdprogrammet)
- Riskbedömning av patient med suicidalt beteende
- S-risk 13 - bedömningsunderlag avseende riskfaktorer för suicid
- Strukturerad suicidriskbedömning, Norra Stockholms Psykiatri
- C-SRS (Columbia Självordsbenägenhet Bedömningskala), Michael Rangnes förkortade

HAD (eller HADS) The Hospital Anxiety and Depression Scale



50

PHQ-9 Patient Health Questionnaire-9

51

Skattningar som utgår från CPRS

MADRS
MADRS-S
CPRS-A
CPRS-S-A
KABOSS
KABOSS-S

52

CPRS subskalor

1. Depression (MADRS, MADRS-S)
2. Ångest (BAS, BSA)
3. Tvång (CPRS-OCD)
4. Borderline (borderline-subskala i KABOSS)
5. CPRS schizofreni
6. Dysfori vid somatisk sjukdom

53