Diagnostik och utredning vårdprogram

Vuxenpsykiatrin Region Gävleborg

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Innehåll

Introduktion 3
Övergripande principer för diagnostik 3
Övergripande riktlinjer 10
Uteblivanden och återbud 10
Skadligt bruk och substansbruksyndrom 10
Patienter vid Specialistberoendevården i behov av psykiatrisk diagnostik 12
Prioritering 13
Transkulturella aspekter på diagnostik 13
Sjukskrivning 13
Stödjande kontakt under utredning 14
Läkemedelsbehandling under utredning 14
Psykoterapi under utredning 15
Utredning av utmattningssyndrom 15
Utredning av bipolär sjukdom 16
Upplägg för diagnostikprocessen 17
Vilka patienter ska genomgå strukturerad diagnostik? 17
Patienter med misstänkt intellektuell funktionsnedsättning 17
Utredning av pågående patienter 18
Diagnostikprocessen 18
Beskrivning av diagnostikprocessen 19
Eventuella insatser 22
Utredningsinsatser 23
Basutredning 23
Basuppgifter 23
Inhämta journalkopior 24
Närståendescreening 25
Diagnostisk intervju med MINI 26
Avslutande besök hos läkare 28
Fördjupad utredning 29
Fördjupad barndomsanamnes 30
ADHD-intervju 31
Autism-intervju 32
Personlighetsintervju 32
MMPI-II 34
Psykologisk testning 35
Uppmärksamhetstestning 36
Arbetsterapeutbedömning 37
Utredning inom heldygnsvården 37
Sammanfattning 39
Referenser 39

Kontrollerad giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Introduktion

Syftet med vårdprogrammet är att beskriva hur diagnostiska utredningar ska gå till inom Vuxenpsykiatrin i Gävleborg.

Syftet med strukturerad diagnostik är att öka kvaliteten och reliabiliteten i bedömningarna och därmed öka sannolikheten att patienten i ett tidigt skede får rätt diagnos och därmed den mest lämpliga behandlingen.

Traditionellt sett har diagnostik inom psykiatri skett enbart genom kliniska bedömningar. Sådana bedömningar har dock visat sig generellt sett ha otillräcklig tillförlitlighet, både i forskning och i interna granskningar och utredningar inom VUP Gävleborg. Allt fler verksamheter anammar nu ett strukturerat arbetssätt för diagnostik och detta förordas även av SBU och Socialstyrelsen.

En utmaning med detta arbetssätt är att det kräver mer resurser än diagnostik på ren klinisk grund. Därför är det viktigt att utredningarna genomförs så effektivt som möjligt, både för den enskilde patientens skull och för de som står i kö.

Gävleborgs vårdprogram skapades ursprungligen 2010 och har sedan dess reviderats löpande.

Övergripande principer för diagnostik

I detta avsnitt listar vi ett antal övergripande principer som bör gälla för diagnostiska utredningar inom VUP. Syftet är att tydliggöra grunden för utredningsarbetet.

En diagnostik av hög kvalitet och en välfungerande utredningsprocess bör:

- vara användbar för vårdplaneringen
- vara tillgänglig, resurseffektiv och genomförd inom rimlig tid
- hålla hög kvalitet och vara kunskapsbaserad
- vara strukturerad men flexibel
- bygga på ett tvärprofessionellt teamarbete
- ta hänsyn till patientens önskemål och behov av information och delaktighet

Diagnostiska utredningar bör vara användbara för vårdplaneringen

Syftet med diagnostik är att patienten ska få den bäst lämpade behandlingen för sina problem, att underlätta kommunikation mellan vårdgivare, och kommunikation med andra myndigheter som till exempelvis Försäkringskassan, samt att den ska ha ett förklaringsvärde för patienten.

När det handlar om diagnostiska utredningar inom specialistpsykiatrin är det vanligt att patienten uppvisar symptom på många olika typer av psykiatriska diagnoser. Syftet med utredningen bör dock framför allt vara att beskriva de diagnoser som är primära för patientens lidande i nuet eller har stor betydelse för patientens behandling, inte nödvändigtvis samtliga diagnostiserbara tillstånd.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Det krävs alltid en klinisk bedömning för att avgöra vilken diagnos som är primär. I vissa fall kan det handla om den problematik som är aktuell för stunden, till exempel vid en djup depression. Men i andra fall kan man anse att ett bakomliggande tillstånd som bör ses som primärt, till exempel en bipolär sjukdom. En riktlinje är att den primära diagnosen bör vara den som man anser ska vara i fokus för behandling.

Utöver den diagnos som är primär bör man diagnosticera de tillstånd som **antingen** även bör behandlas framöver **eller** har stor inverkan på behandlingens upplägg. Exempelvis kan en patient ha en depression som anses vara primär och bör behandlas i första hand, men samtidigt ha en underliggande personlighetsstörning som innebär att behandlingen måste anpassas efter detta.

Det förekommer att patienter får ett stort antal diagnoser efter utredning. Om man bedömer att patienten uppfyller mer än tre diagnoser bör man noga överväga huruvida varje enskild diagnos tillför något av värde till behandlingen, och huruvida ett färre antal diagnoser kan ha lika stort förklaringsvärde.

Utöver psykiatriska diagnoser bör man även inom ramen för utredning ställa z-diagnoser när det är aktuellt, till exempel vid bostadslöshet, separation eller andra omständigheter som har klinisk betydelse. Detta är ett sätt att tydligare markera att det finns omständigheter utöver det psykiatriska som har stor betydelse för patientens mående, eller som kanske till och med är grundorsaken till det aktuella lidandet.

Så länge utredningen pågår bör man som regel undvika att registrera diagnoser i Melior, utan istället använda **Z004** för att markera att utredningen ej är slutförd ännu. Risken med att registrera diagnoser som ännu är hypotetiska är att de ”får eget liv” och att de senare tolkas som att patienten har fått en diagnos, även om den bara varit en arbetshypotes. Då är det bättre att under ”bedömning” i journalanteckningen beskriva vad man anser att patienten uppfyller för typ av diagnos.

Undantag från detta kan vara då patienten tydligt lider av en allvarlig problematik som behöver behandlas omgående, såsom bipolär sjukdom. Då bör man dock som regel avsluta eller pausa utredningen tills patienten har genomgått behandling och är tillräckligt stabil för fortsatt utredning. Målet bör dock vara att diagnostiska utredningar kan genomföras så snabbt att det inte leder till orimlig fördröjning av behandling. Man bör definitivt avvakta med exempelvis psykoterapeutiska insatser innan diagnoser är fastställda.

Diagnostiska utredningar bör vara tillgängliga, resurseffektiva och genomförda inom rimlig tid

Det finns sällan något värde i långa väntetider under diagnostik. Ett undantag kan vara tillstånd där man behöver kunna observera hur problematiken utvecklas under tid. Diagnoser bör dock alltid ses som arbetshypoteser som kan revideras över tid.

Utifrån detta bör ledtiderna inom diagnostiken hållas så korta som är möjligt med bibehållen kvalitet på diagnostiken. Med andra ord ska *varje diagnostisk insats som genomförs vara nödvändig för att kunna ställa en välgrundad diagnos*. Långa väntetider mellan olika steg är inte bara negativt för patienten, utan även ineffektivt och riskerar leda till lägre kvalitet i bedömningarna.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

En annan aspekt av detta är att det är viktigt att de enskilda diagnostiska intervjuerna är begränsade i sin omfattning. Målet med denna utredningsprocess är inte en fullständig kartläggning av patienten, utan en kartläggning som är tillräcklig för att kunna ställa en välgrundad diagnos. Detta ligger till grund för begränsningen i tid för de olika intervjuerna. Det är även viktigt att inte sprida ut intervjuer på flera tillfällen om det inte är absolut nödvändigt. Data om ledtider, väntelistor och produktion ska återkopplas löpande till diagnostikteamen för att hela teamet ska ha kännedom om dessa.

En annan viktig aspekt för att hålla hög effektivitet och kvalitet är att använda rätt kompetens till rätt insats. Det är exempelvis bättre att använda psykologer till diagnostiska intervjuer än till basuppgifter, eftersom fler personal kan genomföra basuppgifter med hög kvalitet, men inte lika många kan genomföra diagnostiska intervjuer.

För att möjliggöra resurseffektiva utredningar bör kontinuitet gällande den person som patienten träffar för strukturerade intervjuer eftersträvas. Patienten bör om möjligt t.ex. träffa samma person för strukturerad intervju inom basutredning, som för fördjupad intervju i ett senare skede. Detta får dock inte bli på bekostnad av teamarbete och kvalitet. Ibland är det exempelvis att föredra att kollega träffar patienten för en del av utredningen i syfte att öka kvaliteten på bedömningen.

Patienter med större behov bör prioriteras framför de med mindre behov. Det är inte bara nödvändigt utifrån ett patientperspektiv, utan även effektivt, eftersom många av dessa patienter annars kommer att behöva stödjande insatser i väntan på genomförd diagnostik. Längre ned i vårdprogrammet finns hänvisning till checklista för prioriteringsordning.

För att det diagnostiska arbetet ska fungera så effektivt som möjligt bör personalen ha bra administrativt stöd och system som stödjer dokumentationen.

Diagnostiska utredningar bör hålla hög kvalitet och vara kunskapsbaserad

Diagnostiska utredningar bör liksom behandlingar inom VUP bygga på evidensbaserad praktik. Det innebär att ta hänsyn till (1) evidens och vetenskap, (2) beprövad erfarenhet samt (3) patientens behov och önskemål. Detta gäller både för själva upplägget på processen samt för instrumenten som används.

Utifrån forskning kring diagnostik är det tydligt att diagnostiska utredningar som genomförs i team, med strukturerade instrument och där information från många olika källor vägs samman håller högre kvalitet generellt sett än enbart individuella kliniska bedömningar.

För att diagnostiken ska hålla hög kvalitet är det också viktigt att personalen har tillräcklig kompetens för dessa arbetsuppgifter. Därav rekommendationerna nedan i vårdprogrammet om vilken kompetens som krävs för olika diagnostiska insatser. Listor på symptomkriterier i den korta versionen av DSM-manualen och MINI-intervjuns strukturerade upplägg kan ibland ge intryck av att diagnostik enbart handlar om ett antal ja eller nej-frågor som ska besvaras. Den kliniska bedömningen är dock avgörande, och för att kunna göra en sådan med hög kvalitet krävs en gedigen kunskap om psykopatologi och färdigheter i tolkning och sammanvägning av olika informationskällor.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

All personal som genomför diagnostiska intervjuer bör vara väl insatta i alla vanligt förekommande psykiatriska diagnoser och pålästa i den stora versionen av DSM-5.

För att säkerställa att diagnostiken håller en hög kvalitet bör personal som arbetar med detta regelbundet genomgå relevanta utbildningar, ha möjlighet till handledning och till kollegialt utbyte kring diagnostik och utredning. Omfattningen av detta kan se olika ut beroende på variationer i uppdrag och arbetsuppgifter, där exempelvis handledning blir mer relevant för de som arbetar med diagnostik till stor del. Diagnostiken bör även följas upp på länsövergripande nivå för att identifiera eventuella skillnader mellan olika enheter, vilket därefter kan användas som en grund för diskussion om arbetssätt på enheterna. Även granskningar av enskilda fall kan vara till stor nytta för lärandet hos medarbetarna.

Diagnostiska utredningar bör vara strukturerade men flexibla

Som nämnt ovan är syftet med strukturerad diagnostisk utredning att höja validiteten och reliabiliteten i bedömningarna. En del i detta är att använda sig av strukturerade instrument. Det innebär dock INTE att instrumenten ska ersätta den kliniska bedömningen, utan att de ska vara ett stöd för och ge struktur till den kliniska bedömningen.

Beskrivningen nedan av vilka instrument som bör användas grundar sig i noggranna övervägningar baserat på vetenskapliga underlag och klinisk erfarenhet om vilka instrument som är mest användbara och träffsäkra. Poängen med att ha riktlinjer för detta är att öka jämlikheten i vården genom att säkerställa att de bästa möjliga instrumenten används, oavsett vilken mottagning patienten kommer till. Det underlättar även kommunikationen och tolkningen av andras utredningsinsatser.

I vissa fall kan det vara nödvändigt och rimligt att använda sig av andra instrument än de som finns dokumenterade nedan. Det bör då motiveras i journal varför man gjort detta val. Om man regelbundet vill använda ett annat instrument bör man istället lyfta denna fråga till den länsövergripande processgruppen för diagnostik och utredning eller till vårdutvecklare, för en diskussion om detta instrument bör läggas till i vårdprogrammet. Syftet med detta är att ha ett ordnat införande även av diagnostiska insatser, och undvika att olika instrument används enbart utifrån personliga preferenser.

En viktig aspekt av strukturerade utredningar är dokumentationen. För att olika diagnostiska intervjuer och undersökningar ska vara till nytta är det viktigt att de dokumenteras på ett användbart sätt. Det innebär att dokumentationen bör vara kortfattad och kärnfull, och att utredningar bör dokumenteras löpande. Alla anteckningar från diagnostiska besök ska innehålla en sammanfattning i slutet av anteckningen, samt förslag på åtgärd eller nästa steg. Målet är att all personal ska använda samma mallar för samma typer av intervjuer, för att de ska hålla samma struktur, och sådana har delvis utvecklats. Teambeslut **ska alltid** dokumenteras.

Strukturerad diagnostik bygger på ett tvärprofessionellt teamarbete

Ytterligare en viktig aspekt av strukturerad diagnostik är att medarbetare med olika perspektiv på patientens problematik kan diskutera och skapa en sammansatt bild av patientens psykiska ohälsa. Genom att diskussion och beslut tas i team minskar risken

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

för att enskilda medarbetares perspektiv blir alltför dominerande. Detta kräver dock en god kultur inom teamet, där det behöver vara högt i tak och en tillåtande stämning. Detta innebär att alla deltagare har ett ansvar för att respektera varandras kompetens, vara ödmjuka inför komplexiteten inom psykiatrisk diagnostik och ha ett öppet förhållningssätt till utredningens resultat. Alla personer som har varit involverade i ett specifikt ärende ska ha möjlighet att komma till tals när detta ärende diskuteras.

Psykiatriska diagnoser kan ställas av läkare eller psykolog i teamet. Dock bör det så långt som möjligt ske mot bakgrund av diskussioner som hållits i teamet och det som framkommit i tidigare utredningssteg. Som läkare eller psykolog har man alltid rätt att utifrån sin bedömning ställa en annan diagnos än den som föreslagits av annan kliniker eller i teamdiskussioner. Det kan exempelvis i ett avslutande läkarbesök framkomma information som tidigare inte varit känd, vilket motiverar en annan diagnos. Men om den bedömningen avviker från vad som framkommit i tidigare diskussioner är det extra viktigt att den nya bedömningen motiveras i journalen. När det handlar om diagnoser som kan få stor inverkan på patientens situation och behandling bör man överväga att ta tillbaka frågan till diskussion i teamet innan diagnosen slutligen ställs. Om vårdplanering vid det avslutande besöket i hög grad frångår rekommendationer som getts tidigare under utredning kan det vara relevant att även ta detta åter till teamet. I regel behöver dock inte läkaren ta tillbaka ärendet till konferens efter det avslutande besöket och kodning av diagnos i journalen sker oftast vid det besöket.

När det gäller vilka ärenden som lyfts vid konferens bör detta gälla främst komplexa ärenden. Målsättningen för ärendehanteringen inom teamet bör vara att detta sker tidseffektivt utifrån lokala förutsättningar.

Som kliniker i diagnostikteam behöver man vara öppen för att den egna bedömningen kan vara felaktig och undvika att lägga prestige i frågan om att ”ha rätt”. I enskilda fall där teamet inte är överens kan teamet skicka ärendet till processgruppen för diagnostik eller vårdutvecklare, för konsultation och synpunkter. Kliniker från andra enheter kan då kopplas in utifrån behov. Detta bör dock användas restriktivt och vid frågor som antingen är av stor principiell vikt eller där beslutet kan få mycket stora konsekvenser för patienten.

För att teamen ska vara effektiva bör de ej vara större än nödvändigt. Det är viktigt att alla deltagare i teamet har tillräckligt mycket utredande arbetsuppgifter för att det ska vara meningsfullt att sitta med i teamet, annars försvinner orimligt stor andel av tiden till teamkonferenser. Det är också viktigt ur kvalitetssynpunkt att deltagarna arbetar tillräckligt mycket med diagnostiska uppgifter för att skaffa sig mer erfarenhet och kompetens inom området.

Utredningsprocessen bör ta hänsyn till patientens önskemål och behov av information och delaktighet

Syftet med diagnostiska utredningar är som nämnts ovan att patienten ska få rätt behandling för sin problematik. Om en utredning inte är till nytta för patienten är syftet förfelat. Utredningen behöver därför ta hänsyn till patientens behov. Samtidigt är vi skyldiga att göra vår bedömning av vad patienten behöver, och ibland skiljer det sig från patientens önskemål. Patienten har därmed **inte** rätt att bestämma exakt vilka

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

utredningar som ska göras eller vilken diagnos som ska ställas. Däremot bör självklart diagnostiken så långt som möjligt genomföras i ett samarbete med patienten, och dennes synpunkter och förslag bör alltid beaktas. Man bör noga överväga meningsfullheten i att försöka genomföra en utredning som inte önskas av patienten, även om det i vissa fall kan vara motiverat, såsom vid psykossjukdomar. Patienten måste alltid få information om frågeställning och syftet med olika utredande insatser så att diagnosen i slutänden inte kommer som en fullständig överraskning för denne.

Det är också viktigt att resultatet av utredningen återkopplas till patienten på ett tydligt och begripligt sätt. Med fördel kombineras muntlig återkoppling med någon typ av skriftlig återkoppling, till exempel från Patientinformation - sammanställning, Vuxenpsykiatri eller förslag på informationskällor på nätet.

Enligt patientlagen har patienten rätt att få information om bland annat:

- de **metoder** som finns på mottagningen för undersökning, vård och behandling
- vid vilken **tidpunkt** han eller hon kan förvänta sig att få vård
- det förväntade vård- och **behandlingsförloppet**
- väsentliga risker för **komplikationer och biverkningar**

Patienten ska så långt som möjligt vara **delaktig** i beslut om fortsatta insatser efter utredningen. Om det finns flera möjliga behandlingsalternativ ska patienten få information om dessa, och deras fördelar och nackdelar, så att hen kan göra ett informerat val.

Enligt patientlagen har en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning, det vill säga en **second opinion** (*Lag 2019:964)*. Syftet med detta är framför allt att man ska ha möjlighet till ytterligare bedömning om man fått en allvarlig diagnos som kan innebära krävande behandling eller har stor inverkan på ens livssituation på annat sätt. Vad som är en allvarlig diagnos får bedömas från fall till fall beroende på problematikens svårighetsgrad och patientens situation, men det skulle exempelvis kunna vara aktuellt vid bipolär sjukdom eller schizofreni. Second opinion innebär inte per automatik att patienten har rätt att genomgå en helt ny strukturerad utredning, utan att ärendet kan bedömas av t.ex. specialistläkare eller specialistpsykolog på annan mottagning. Om det därefter är bedömt att patienten **inte** har rätt till en förnyad medicinsk bedömning och är missnöjd med det beslutet kan patienten vända sig till Patientnämnden alternativt IVO.

Om en patient med pågående psykiatrisk kontakt inom region Gävleborg själv önskar en **förnyad bedömning** angående en satt diagnos/gjord utredning, där det inte faller inom ramen för second opinion, ska beslut angående ny utredning i första hand hanteras inom hemmottagningens diagnostikteam. De i sin tur går igenom tidigare gjord utredning och gör en bedömning om det finns skäl till att göra om utredningen (ex. den ursprungliga utredningen är bristfällig, är uppenbart felaktig, utredningen är gjord under en period då patienten hade ett aktivt substansbruk, diagnos bedöms leda till ett stort lidande så som bipolär sjukdom eller schizofreni). Om teamet bedömer att det finns skäl

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

att göra en ny utredningsinsats ombesörjer hemmottagningen detta och beslutar om vilka insatser som kan vara lämpliga att göra om/komplettera, dock med annan psykolog än den som gjorde första utredningsinsatsen. Om teamet inte bedömer att det finns tillräckliga skäl för omprövning ska patienten meddelas detta. Vid slutförda utredningar där patienter EJ fått diagnos, och är missnöjda med detta, bör samma tillvägagångssätt som ovan tillämpas med ny diskussion i diagnostikteamet på hemmottagningen.

I många fall kan det vara värdefullt att ta del **av journalanteckningar från andra kontakter** som patienten har haft inom vården. För detta gäller att vi har rätt att ta del av alla journalanteckningar från verksamheter som drivs av Region Gävleborg. Undantaget är om patienten har spärrat någon viss verksamhet, då får man inte ta del av denna utan patientens samtycke. Patienten kan dock aldrig begära att spärra en viss mottagning inom VUP för annan personal inom VUP.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Övergripande riktlinjer

Uteblivanden och återbud

Det är vanligt förekommande att patienter uteblir eller lämnar sent återbud till planerade besök under utredning. Detta leder till förlängda väntetider till utredning för andra patienter och förlängd utredningstid för den aktuelle patienten. Troligen är det högre sannolikhet att patienten kommer om man har tagit kontakt med patienten via telefon än om man bara skickar brev.

För att öka sannolikheten att patienten faktiskt kommer på planerade besök rekommenderas följande:

- **Försök alltid ringa patienten** för att boka utredande besök. På detta sätt kan man redan tidigt försäkra sig om att patienten mottagit information om besöket, att tiden fungerar för patienten och den personliga kontakten leder troligen till mindre risk att patienten uteblir utan att höra av sig.
- Lägg till patienten för **SMS-påminnelse så snart som möjligt.**
- Patienten bör kallas **minst tre veckor i förväg.**
- Patienten ska få information om uteblivanden och återbud vid första besök och skriva på **överenskommelse** angående detta.
- Var **konsekvent** vad gäller tillämpning av regler för uteblivanden och sena återbud

För hantering vid återbud (inkl. sena återbud) och uteblivanden v.g. se följande flödesschema. Observera att ansvarig för de olika stegen kan skilja sig mellan mottagningar då en del diagnostikteam exempelvis har resurs till teamet i form av ansvarig diagnostiksekreterare.

Skadligt bruk och substansbruksyndrom

För klargörande av olika begrepp och diagnoser inom området se denna bilaga: Diagnostik och terminologi vid missbruk och beroendetillstånd

I *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* beskrivs följande gällande patienter med möjlig samsjuklighet av skadligt bruk och annan psykisk sjukdom:

”Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp. Även följsamhet till behandling och behandlingsresultat är sannolikt sämre om det också finns en samtidig psykisk sjukdom. Det är därför viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt.”

Detta bör således genomsyra det diagnostiska arbetet vilket i praktiken innebär såväl tidig upptäckt som samverkan och stöd till vård för substansbruk. Det innebär även en flexibilitet i det *diagnostiska arbetet* baserat på patientens behov.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Alla nya patienter inom diagnostikteamen får inför första besök fylla i AUDIT och DUDIT. Det är hälsocentralens ansvar att inför remiss göra en grundläggande medicinsk bedömning gällande substansbruk inklusive basprovtagning (CDT ingår i basproverna) och drogscreening utifrån behov. Komplettering kan ske hos psykiatrin om någon del inte gjorts via HC. Vid behov kan ytterligare provtagning med B-PEth tas. Syftet med dessa undersökningar är att tidigt identifiera riskbruk/skadligt bruk hos patienter eftersom detta kan vara en primär eller bidragande orsak till psykiska ohälsa.

Om drogscreening inte är gjord nyligen görs det som regel inom vuxenpsykiatrin. Observera att i varje fall behöver individuella kliniska bedömningar göras och det kommer finnas fall där screening *inte* är nödvändigt för att diagnostiken ska kunna genomföras på patientsäkert sätt. På gruppnivå kan hälso- och sjukvården inte ur juridisk synpunkt kräva drogtester av alla patienter (”villkora” olika insatser med krav om drogtest), d.v.s. patienten kan ej per automatik nekas utredning p.g.a. att hen inte vill genomföra drogscreening. Men för vissa delar av vårdkedjan (exempelvis vissa delar av den diagnostiska processen) är det motiverat med rutiner som säkerställer att ställningstagande till screening alltid görs, samt att screening **oftast** genomförs. Diagnostiken *kan* också, beroende på medicinsk bedömning i det enskilda fallet, behöva avslutas om patienten nekar till screening. I grunden handlar det om att kunna ta ställning till om diagnostiken kan genomföras på ett patientsäkert sätt samt vad som krävs för detta (ex. drogscreening för en specifik individ som är aktuell för en specifik utredningsinsats).

Viktigt att ha i åtanke gällande substansbruk vid diagnostisk utredning är att en utredning av en patient med skadligt bruk av någon substans är mindre tillförlitlig och bör *om möjligt* undvikas. Substansbruk kan dölja psykiatriska problem eller feltolkas som psykiatriska symptom, d.v.s. ”*man behöver vid misstänkt samsjuklighet först utesluta att de psykiska symtomen inte enbart är substansrelaterade*”[1]. Patienter med pågående substansbruk har dessutom ofta svårt att delta i hela utredningsprocessen. Patienten ska informeras om att utredningen kan komma att avslutas om det inte bedöms vara möjligt att genomföra utredningen och patienten inte har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Följande informationsblad bör kommuniceras till patienten: Alkohol- och drogscreening, kommunikationsstöd patientversion, Vuxenpsykiatri

Om patienten har ett substansbruk av den grad att säker diagnostik inte bedöms kunna genomföras bör utredningen pausas. Är substansbruket så pass allvarligt att kontakt med beroendevården bedöms nödvändig ska en kontakt med dem etableras genom remiss (ej endast hänvisning). Kontakten med psykiatrin kan dock behöva fortsätta om patienten har oundgängligt behov av psykiatriska insatser, exempelvis svår bipolär sjukdom, psykossjukdom eller hög suicidrisk. Det är viktigt att samverka med beroendevården om patienten har dessa parallella kontakter, särskilt för patienter med komplex problematik. Det kan även vara aktuellt att sammankalla till SIP med flera aktörer. Om patienten inte har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård men är fortsatt motiverad till, och i behov av, diagnostisk utredning bör man *inte* avsluta patientens ärende utan låta patienten stå kvar på väntelista men med notering om paus.

[1] Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

I de fall som utredningen behöver sättas på paus är det mycket viktigt att psykiatrin snabbt återupptar utredningen när det bedöms möjligt, i samråd med beroendevården och/eller socialtjänsten, särskilt för patienter med komplex problematik. Man kan då behöva vara aktiv i arbetet med att få patienten till mottagningen för att inte missa det tillfället.

För patient som har fått utslag på urinprovtagning eller CDT eller rapporterar höga poäng på AUDIT eller DUDIT, men själva anger att de har ett mindre omfattande bruk eller haft ett tillfälligt högt bruk, och patienten själv *inte* är motiverad till kontakt med beroendevården/hälsocentralen/socialtjänst, kan det räcka med att boka in en uppföljande screening och provtagning inom ca 1 månad (bedöm allvarlighetsgraden). Om patienten då fortfarande får utslag på screening bör man motivera och remittera denne till kontakt med specialistberoendevården eller annan aktuell instans (socialtjänst, företagshälsovård, hälsocentral).

Vid psykologisk testning inom ramen för utredning är det viktigt att vara medveten om hur ett substansbruk kan påverka testningens resultat, exempelvis om patienten har haft ett långvarigt substansbruksproblem. I vissa fall kan man behöva göra en sådan testning trots sådana omständigheter, men i andra fall kan det vara olämpligt.

Mer information om hantering av riskbruk och substansbrukssyndrom, inkl. diagnostik av det sistnämnda, finns i vårdprogrammet för substansbrukssyndrom.

Patienter vid Specialistberoendevården i behov av psykiatrisk diagnostik

Som nämnt ovan ska hjälp till patienter med samsjuklighet substansbrukssyndrom och annan psykisk sjukdom ges samtidigt framförallt baserat på risk för sämre förlopp och ett försämrat behandlingsresultat då något av tillstånden inte tas hänsyn till. Patienter som har kontakt med Vuxenpsykiatrins *beroendevård* och där behov av ytterligare psykiatrisk diagnostik uppmärksammas behöver därför hanteras på ett flexibelt sätt. Medicinska prioriteringar (där det särskilt svåra i patientens möjliga samsjuklighet behöver vägas in) ska styra det kliniska arbetet och då specifikt samarbetet mellan beroendevården och Vuxenpsykiatrins diagnostiska team. Exakt hur detta samarbete ska förfinas på längre sikt kommer att ses över av bl.a. processgrupp diagnostik och specialistberoendevården (exempelvis förändrad teamuppbyggnad och ansvarsuppdelning/samarbete mellan beroendevård och psykiatri gällande olika diagnostiska delar) men i dagsläget kan följande principer vara vägledande:

- Vid remiss från beroendevården till vuxenpsykiatrin med frågeställning diagnostik bör man vid ex. önskemål om tillägg/förtydligande information i första hand ringa remittent och diskutera patientärendet vidare.

- Vid påbörjad diagnostisk utredning i diagnostikteamet måste flexibilitet eftersträvas när det gäller att ex. snabbt kunna kalla patienten för utredning i drogfri period eller att i svåra fall genomföra delar av utredningen (exempelvis delar av anamnestagning, närståendeintervju och/eller barndomsanamnes,

Kopia. Giltighet garanteras endast i utskriftsdatumet

journalrekvisition, suicidriskbedömning, basuppgifter) trots osäkerhet kring droganvändning

- Medicinska prioriteringar ska styra beslut i arbetet i första hand, tillgänglighet i andra. Detta kan innebära att en patient med misstänkt svår samsjuklighet och stort behov av vård motiverar snabb hantering (d.v.s. förändrad prioritering på väntelista)
- Specialistläkare i beroendevården som skickat remiss bör involveras i det diagnostiska arbetet exempelvis för diagnostiska avväganden där specialistläkarens beroendekunskap krävs för bedömning
- Om möjligt kan man inom diagnostikteamet utse några personer som arbetar särskilt med dessa patientärenden

Prioritering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska den som har störst behov av vård ska få vård först. Mot bakgrund av detta har processgrupp diagnostik utarbetat följande checklista för prioritering av nya patienter inom öppenvården (såväl de som planeras för diagnostisk utredning som de som ej är i behov av utredning): Prioritering, nya patienter - Checklista, Öppenvården Vuxenpsykiatri

Transkulturella aspekter på diagnostik

Många patienter som kommer till specialistpsykiatrin har en annan etnisk eller kulturell bakgrund. I och med ökande flyktingströmmar under senare år kommer denna grupp sannolikt att öka. För att förbättra kommunikationen och förståelse vid utredning av dessa patientgrupper rekommenderas att man använder DSM-5 kulturintervju som stöd. Intervjun kan med fördel få inleda den diagnostiska intervjun, eller användas vid annat tillfälle under utredningen vid behov. Detta minskar risken för feltolkningar av de symptom man därefter går igenom tillsammans.

Intervjun är gratis att använda och kräver ingen särskild kompetens. För den som vill fördjupa sig mer i intervjun finns boken ”DSM-5® Handbook on the Cultural Formulation Interview” att beställa.

Sjukskrivning

När det gäller sjukskrivning och rehabilitering övergripande beskrivs detta i rutinen Rehabiliterings- och sjukskrivningsrutin, Vuxenpsykiatri. För uppdateringar gällande sjukskrivning v.g. se i första hand den rutinen, särskilt rubrik Rehabflöde → Inflöde – ställningstagande till sjukskrivning i olika vårdformer.

Patienter med pågående sjukskrivning via primärvård sjukskrivs fortsatt därifrån till strukturerad diagnostisk utredning i Diagnostikteam är klar. När det gäller första/ny sjukskrivning för en patient under väntan på färdig diagnostik bör i första hand primärvården som känner patienten sedan tidigare sjukskriva. Detta kan dock givetvis

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

variera beroende vad som föranleder behov av sjukskrivning (exempelvis patient som kraftigt försämras och behöver psykiatrisk heldygnsvård kan behöva sjukskrivas av läkare där medan patient med exempelvis ökad psykosocial belastning som resulterar i försämrat psykiskt mående i många fall kan sjukskrivas från primärvård).

Redan vid remissgrupp kan frågan om sjukskrivning vid behov återkopplas till inremitterande vårdenhet. Exempelvis om det i inremissen efterfrågas övertag av sjukskrivning är det viktigt att besvara att ställningstaganden gällande sjukskrivning inom Vuxenpsykiatrin inte kommer att göras innan utredningen är färdigställd.

Stödjande kontakt under utredning

Stödjande kontakter bör ges restriktivt under utredning. De bör ges framförallt när det finns misstanke om suicidalitet eller för patienter som har täta inläggningar i heldygnsvården. Dessa kontakter genomförs lämpligen av omvårdspersonal, och kan initieras vid varje skede i utredningen. Planering av kontakten utförs av omvårdnadspersonalen tillsammans med patienten, men bör utgå från ett begränsat antal samtal, och att detta kan förlängas vid behov.

Vid suicidalitet bör suicidpreventiva insatser ingå. Vid stöd för att motverka inläggning i heldygnsvård behövs en klinisk bedömning för att avgöra vad som behöver ingå i kontakten, för detta kan man vid behov ta hjälp av teamet eller läkare.

Patienter som mår så pass dåligt att de bedöms vara i behov av stödjande kontakt under utredning bör prioriteras i utredningskön, så att patienten så snart som möjligt kan ges mer specifik behandling.

Man kan även överväga att sätta in kuratorsinsatser tidigt vid svårare social problem, exempelvis bostadsproblem såsom närliggande vräkning. Viktigt är då att det ska handla om tidsbegränsad kontakt som exempelvis kan ske i samverkan med socialtjänsten.

Vid våld i hemmet och risk för att barn far illa ska alltid orosanmälan göras till socialtjänsten. Med fördel kan man även hänvisa föräldrarna till barn- och familjehälsan.

Läkemedelsbehandling under utredning

Som regel ska nya behandlingsinsatser ej påbörjas innan avslutad utredning, för att minska risken för felriktad behandling och påverkan på utredningen. Ibland är det dock inte möjligt att avvakta med behandling tills utredning avslutats, exempelvis vid följande situationer:

- Symtombehandling kan vara aktuellt vid psykotiska symptom, stora sömnproblem eller svår ångest. Svår depression med suicidrisk kan också behöva behandlas, likväl som mani/hypomani. Viktigt att beakta om medicineringen kan påverka utredningens resultat, särskilt vad gäller psykologisk testning.
- Många patienter som kommer till VUP är redan insatta på psykofarmaka. Utgångspunkten är att inremittent, som gjort den medicinska bedömningen av

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

patienten, fortsätter förskrivning och ev. uppföljning av läkemedelsbehandling för psykisk ohälsa innan utredningen är färdigställd. Om patienten av någon anledning under utredningstid (ex. kraftig försämring i mående) träffar läkare för bedömning är det givetvis rimligt att ansvar för fortsatt läkemedelsbehandling tas över av psykiatrin. Detsamma kan behöva bli aktuellt vid mycket långa ledtider för utredning.

Psykoterapi under utredning

Som regel ska psykoterapi EJ påbörjas innan avslutad utredning, för att minska risken för felriktad behandling. Vid vissa fall kan det vara motiverat att välja att inte gå vidare med fördjupad utredning, utan att istället avsluta utredningen för att kunna påbörja behandling med psykoterapi, trots misstanke om att det finns ytterligare underliggande problematik. Exempelvis kan man hos en patient med tvångssyndrom misstänka ett underliggande personlighetssyndrom, men ändå bedöma att patienten skulle kunna ha sådan nytta av psykoterapi att det inte är motiverat att utreda vidare.

Riktlinjer för prioritering till utredning bör kunna förebygga att patienter med mycket svåra psykiatriska symtom tvingas vänta alltför länge på behandling.

Ibland har patienter som utreds pågående psykoterapi hos annan vårdgivare. I dessa fall bör man alltid be om tillåtelse att kontakta denne vårdgivare, dels för att vid behov samverka kring patienten, dels för att den andre vårdgivaren kan genom psykoterapin få information som kan vara värdefull för utredningen.

Utredning av utmattningssyndrom

Det finns flera olika stressrelaterade diagnoser enligt ICD 10. Vissa av dessa är kopplade till specifika trauman eller handlar om kortvariga stressreaktioner. Utmattningssyndrom skiljer sig från dessa då diagnosen avser mer kvardröjande och djupgående symptom på långdragna stressfaktorer, inte sällan flera samtidiga faktorer. Se vidare aktuella diagnoskriterier.

Vilka har ansvar för att utreda och behandla utmattningssyndrom?

I Region Gävleborg är det primärvården som har huvudsakligt ansvar för tillståndet. Psykiatrin ska inte ta över patientärenden som gäller enbart utmattningssyndrom, även om tillståndet bedöms vara behandlingsrefraktärt på primärvårdsnivå. Däremot kan det i vissa fall bli aktuellt för oss att utreda och behandla utmattningssyndrom om det föreligger en underliggande/samtidig, specialistpsykiatrisk frågeställning enligt samverkansavtalet med primärvården. Diagnostiskt sett först och främst i differentialdiagnostiskt syfte och behandlingsmässigt om det bedöms vara av vikt med sammanhållen behandling. I övrigt ska primärvården stå för insatserna.

Hur diagnosticerar man utmattningssyndrom?

Se diagnoskriterierna. Differentialdiagnos sker utifrån jämförelse med symptom och förlopp vid specialistpsykiatriska och andra väsentliga tillstånd. Symptomskattning kan göras med KEDS.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Utredning av bipolär sjukdom

Att konstatera bipolär sjukdom kan i enstaka fall vara relativt enkelt, exempelvis om patienten blir inlagd på grund av ett maniskt skov. Men i de flesta fall är symptombilden mer diffus, särskilt när det handlar om misstanke om bipolär sjukdom typ 2. Med tanke på sjukdomens allvarlighet är det av stor vikt att bipolär sjukdom inte underdiagnostiseras, då detta kan leda till att effektiv behandling av patientens sjukdom fördröjs. Samtidigt är det lika viktigt att bipolär sjukdom inte överdiagnostiseras, dels av samma orsak, dels då den farmakologiska behandlingen av bipolär sjukdom kan innebär svåra biverkningar.

SBU konstaterar i sin rapport om diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom att kliniska bedömningar är otillräckliga för att diagnosticera bipolära syndrom och därför är det viktigt att patienter utreds med **strukturerad diagnostik**. I heldygnsvård kan dock observation av symtom ge säkrare diagnostisk information än en diagnostisk intervju med MINI, och vid tydliga symptom på mani är det inte nödvändigt att genomföra MINI för att ställa bipolär diagnos. Intervju med MINI kan dock vara ändå vara motiverat för att utreda eventuell samsjuklighet, men ska inte fördröja behandling. Även om man på klinisk basis konstaterar tydliga maniska symptom är det viktigt att utreda huruvida dessa beror på en bipolär sjukdom eller om det skulle kunna förklaras av drogmissbruk eller somatisk sjukdom.

En helhetsbedömning som inte enbart grundar sig på MINI-intervju är viktig vid bipolär sjukdom. Information såsom från en tidslinje över skov och utgångspunkt i ”**prototypal**” diagnostik är ett viktigt komplement. Som stöd för detta används med fördel Bipolär sjukdom diagnostik, checklista

Vid utredning av bipolär sjukdom är ofta även **närståendeintervjuer** extra viktiga, eftersom det kan vara svårt att få en objektiv bild av patientens mående via patienten själv. Om det finns en misstanke om bipolär sjukdom bör man om möjligt välja att intervjua en närstående som har känt patienten under längre tid, i bästa fall redan innan sjukdomen debuterade. I vissa fall kan det vara nödvändigt att komplettera tidigare närståendescreening med ytterligare intervjuer med anhörig/närstående, för att exempelvis kunna differentiera mellan bipolär sjukdom, ADHD och emotionell instabilitet.

Vid osäkerhet kring diagnos är det bättre att fortsätta följa förloppet förslagsvis 6-12 månader istället för att ställa en osäker diagnos.

I vårdprogrammet för Bipolär sjukdom - Vårdprogram, Vuxenpsykiatri (avsnitt Utredning och diagnostik) beskrivs diagnostiken vid bipolär sjukdom fördjupat. Där finns bl.a. tabell, hämtad från SPF:s riktlinjer, med viktiga faktorer att beakta för att skilja mellan just ADHD, Bipolär sjukdom eller emotionell instabilitet. Där finns även en beskrivning av bipolära diagnoser, samt en beskrivning av hur man kodar dessa enligt ICD-10 utifrån översättningstabellen i DSM-5. Tabellen inkluderar även fördjupningskoder för bipolär sjukdom typ 2 (**F318.A, F31.8B** osv.).

Kopians giltighet garanteras endast i utskriftsögonblicket

Upplägg för diagnostikprocessen

I detta avsnitt beskrivs det övergripande upplägget för diagnostiken, utifrån principerna ovan. Först beskrivs vilka patienter som bör eller inte bör genomgå strukturerad utredning. Därefter sammanfattas de olika stegen i diagnostikprocessen.

Vilka patienter ska genomgå strukturerad diagnostik?

Samtliga **nya patienter** som kommer till vuxenpsykiatrin ska genomgå strukturerad utredning, med följande undantag:

1. Patienter som remitteras för **övertagande från annan psykiatrisk verksamhet** behöver inte nödvändigtvis genomgå en hel utredning, men ska som minst få träffa specialistläkare för diagnostisk bedömning innan vidare insatser kan bli aktuella. Mottagningen måste alltid ta ställning till huruvida patienten är tillräckligt väl utredd av tidigare verksamhet innan behandlingsinsatser påbörjas. Om inte tidigare utredning bedöms hålla tillräckligt hög kvalitet bör patienten genomgå en strukturerad utredning. Detta kan även bli aktuellt om det var länge sedan patienten utreddes.

2. Patienter som **tidigare har genomgått strukturerad utredning på samma enhet eller annat enhet inom VUP** behöver som regel inte genomgå ny utredning om de söker på nytt. I vissa fall kan det dock vara aktuellt med ny utredning, om patienten exempelvis har haft kontakt för länge sedan, med en problematik som varit avgränsad i tid, och nu söker för andra besvär. I dessa fall blir det upp till remissteam, vid behov med stöd av ex. teamledare/psykolog i diagnostikteam, att ta ställning till om patienten behöver utredas på nytt.

3. Patienter som enbart kommer för **ett akut jourbesök eller för en enstaka konsultation** från exempelvis somatisk specialistvård eller primärvård behöver inte genomgå strukturerad utredning enligt vårdprogrammet. Om det beslutas att patienten ska övertas av vuxenpsykiatrin ska dock patienten som regel genomgå strukturerad utredning, om inte något av de övriga undantagen gäller.

Patienter med misstänkt intellektuell funktionsnedsättning

VUP har inte uppdraget att utreda intellektuell funktionsnedsättning. Det är dock inte ovanligt att sådan problematik visar sig under utredning. Vid misstanke om intellektuell funktionsnedsättning gäller följande:

Om WAIS eller tidigare genomförda tester visar på lägre än 70 +-5, och man bedömer att problematiken primärt beror på intellektuell funktionsnedsättning, ska patienten remitteras till Habiliteringen.

Om det föreligger misstanke om att annan psykiatrisk problematik är primär, t ex ADHD eller bipolär sjukdom, bör man konsultera habiliteringen gällande frågeställningen intellektuell funktionsnedsättning. Utredningar kan göras gemensamt med habiliteringen vid särskilt svåra ärenden. I enstaka fall kan dessa utredningar helt

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

genomföras i vuxenpsykiatrins regi. Se även samverkansdokumentet Autism och intellektuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Utredning av pågående patienter

Strukturerad utredning kan även vara aktuellt för patienter som ej är nya, men som antingen aldrig har utretts eller där det under kontakten har framkommit symptom som ej har beaktats i en tidigare utredning. Diagnoser bör betraktas som i varierande grad välgrundade arbetshypoteser, och vid utebliven behandlingseffekt bör man alltid vara beredd att revidera tidigare diagnostik. Dock bör ny diagnostik inte initieras *enbart* för att behandling inte fungerar då det kan finnas många andra skäl för bristande behandlingseffekt än att diagnosen är felaktig.

I första hand bör kompletterande diagnostik ske via psykolog och läkare i behandlingsteam. Har patienten redan genomgått en strukturerad utredning är det oftast onödigt att genomgå hela processen igen. Då är det bättre att utifrån behov komplettera med nya intervjuer och samråda kring detta inom teamet. Man kan även konsultera diagnostikteam och vid mer komplicerade fall, där det finns ett värde av att ha ett diagnostiskt team som utreder patienten, kan diagnostikteamet ansvara för fortsatt utredningar. Observera att det behöver finnas lokala skillnader i upplägg baserat på exempelvis kompetens inom teamen och struktur på mottagningen i övrigt. Inför kompletterande diagnostik bör det övervägas att göra en journalsammanfattning inom behandlingsteamet.

Diagnostikprocessen

Nedan finns ett förenklat flödesschema för diagnostikprocessen. Tanken är att alla nya patienter **ska** genomgå basutredning (BAS + närståendescreening + MINI + avslut hos specialistläkare/ST-läkare/psykolog). Utöver detta genomförs fördjupade utredningsinsatser **utifrån behov**, beroende på frågeställningen. Syftet med detta är att säkerställa att alla patienter utreds på ett strukturerat sätt samtidigt som omfattningen på utredningen kan anpassas utifrån behovet.

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

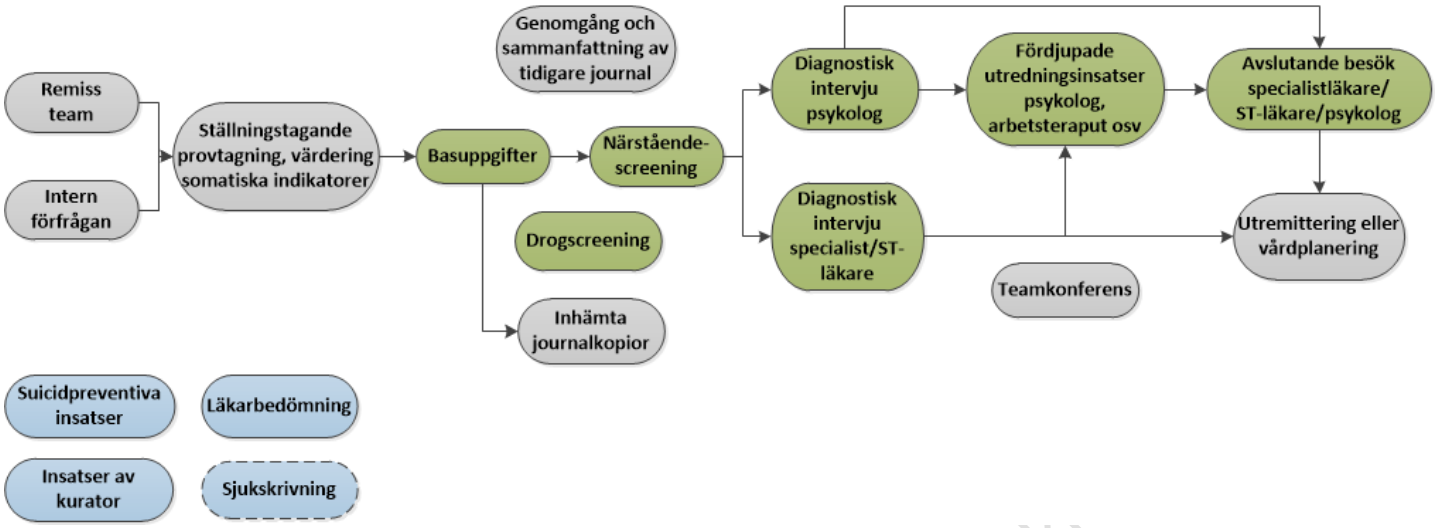


Fig 1. Flödesschema för diagnostikprocessen. Gröna boxar representerar diagnostiska kontakter. Gråa boxar är insatser som sker utan kontakt med patient eller anhörig. Blå boxar är sådana insatser som kan vara nödvändiga men som inte är en direkt del av utredningsprocessen.

Kopians giltighet garanteras endast vid

Beskrivning av diagnostikprocessen

Nedan följer en steg för steg beskrivning av diagnostikprocessen.

Inkommande remiss

Processen inleds oftast av att en remiss inkommit till mottagningen. Remissgruppen beslutar då huruvida patienten ska genomgå strukturerad utredning.

Om möjligt tas redan vid remissgrupp ställning till om patienten bedöms vara i behov av MINI hos läkare (exempelvis vid frågeställning bipolär sjukdom). Om patienten går till läkare för strukturerad diagnostisk intervju (MINI) och det framkommer problematik som behöver behandlas innan vidare utredning är meningsfull (ex. då det finns misstanke om ADHD, men där patienten samtidigt är djupt deprimerad och därmed är i behov av snabbt insatt behandling) kan avslut av utredningen bli aktuellt direkt vid MINI. Då görs dock även en planering för fortsättning av utredning när patienten är mer stabil.

Ställningstagande till provtagning

En läkare behöver ha ansvar för att ställning till om alla nödvändiga somatiska prover och undersökningar genomförts inför utredning, och annars ordinera nödvändig provtagning. Detta ska ske så tidigt som möjligt i utredningsförloppet och allra helst genomföras vid HC vid inremiss därifrån. Vid egen vårdbegäran ordinerar vuxenpsykiatrin som regel prover, om möjligt inför basuppgiftsbesöket.

Inför utredning i VUP ska patienten ha tagit följande prover, i enlighet med nationella vård och insatsprogrammet för ångest och depression:

- Na, K, Krea
- ALAT/ASAT/G-GT

- Albumin
- TSH
- S-Ca
- P-Glukos
- CDT
- Vid behov 25-OH D-vit

Utöver detta ska läkaren ta ställning till om patientens symptom eller bakgrund innebär att någon annan typ av provtagning eller undersökning är nödvändig för att utesluta somatiska orsaker till psykisk ohälsa. När provsvar finns ska läkaren bedöma om dessa tyder på att somatisk behandling eller ytterligare utredning är nödvändig. Resultat och bedömning dokumenteras i journalen.

Skicka material inför utredning till patienten

Följande formulär, skattningsskalor och information skickas ut till patienten:

- Information om utredning inom vuxenpsykiatrin
- Överenskommelse inför utredning
- Basuppgifter öppenvård, Vuxenpsykiatrin
- Basuppgifter öppenvård - översättning engelska
- AUDIT och DUDIT
- FREDA-kortfrågor

Basuppgiftsbesök

Patientens första besök, där basala uppgifter om dennes livssituation samlas in, patienten får fylla i överenskommelse och får information om processen. I samband med detta bör drogscreening genomföras. Så snart som möjligt efter besöket bör eventuella journalkopior beställas, en vårdplan skapas och en närstående kontaktas för att boka tid för närståendescreening.

Se nedan för mer information om innehållet i basuppgiftsbesöket.

Drogscreening

Icke övervakad urinprovtagning för att screena för drogbruk. Genomförs med fördel i samband med basuppgiftsbesöket. Resultatet återkopplas direkt. Se avsnittet om skadligt bruk och substansbrukssyndrom ovan för mer information om detta.

Inhämtning av journalen från tidigare kontakter

För patienter som har haft kontakter med exempelvis annan specialistpsykiatrisk vård, eller som har haft skolsvårigheter som kan finnas dokumenterade beställs journalkopior. Eftersom detta kan ta tid är det viktigt att det genomförs så tidigt som möjligt i processen.

Närståendescreening

Kodens giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Närståendescreening bör om möjligt genomföras innan den diagnostiska intervjun nedan, eftersom det ofta är av stort värde att ha information från patientens anhöriga inför det besöket.

Ställningstagande till diagnostiska intervju hos specialistläkare/ST-läkare

Senast efter närståendescreeningen görs en bedömning i teamet om patienten kan gå direkt till läkare för diagnostisk intervju (och eventuellt avslut av utredning). Om detta redan har beslutats av remissgruppen behöver man inte ta ställning på nytt.

Diagnostisk intervju med MINI

Den diagnostiska intervjun syftar till att kartlägga de vanligaste typerna av psykiatriska problem och utgör tillsammans med basuppgifter och närståendescreening en grund för beslut om den fortsatta processen.

Fördjupad utredning

Fördjupad utredning är nödvändig för att utreda frågeställningar såsom ADHD, personlighetssyndrom eller autism. Om basutredningen inte har kunnat ge ett tillfredsställande svar på vilken diagnos som bäst beskriver patientens problematik är oftast fördjupad utredning nödvändig.

Vid frågeställning ADHD eller autism ska som regel barndomsanamnes genomföras först för att undersöka om det överhuvudtaget finns belägg i barndomen för sådan problematik. Vid enklare fall av misstänkt ADHD där man under närståendescreeningen har kunnat få tillräcklig information från en förälder eller annan närstående som känt patienten sedan barndom kan det vara tillräckligt, och man kan då hoppa över barndomsanamnesen.

För mer information om olika fördjupade utredningsinsatser, se nedan. Alla diagnostiska intervjuer bör genomföras av samma person för kontinuiteten. Ibland behöver man dock andra kompetenser såsom vid arbetsterapeutisk bedömning.

Avslutande besök hos läkare eller psykolog

När man har tillräckligt med information för att göra en säker bedömning går patienten till avslutande besök hos läkare, som gör en egen bedömning mot bakgrund av tidigare bedömningar. I vissa fall kan detta besök kombineras med strukturerad intervju, t.ex. MINI.

Vid vissa fördjupade utredningar där patienten redan träffat läkare i ett tidigare skede, alternativt att läkare bedömt relevanta delar i samband med att ärendet dragits i teamet, kan avslutet genomföras hos den psykolog som utrett patienten. Detta är mindre lämpligt om patienten planeras sättas in på en läkemedelsbehandling, behöver sjukskrivning, eller liknande som kräver läkarkompetens. På vissa enheter delas momenten avslut av utredning och vårdplanering avseende ex. läkemedelsbehandling upp på sådant sätt att psykolog avslutar utredning samt vårdplanerar i viss mån, och läkare träffar patient för ytterligare vårdplanering avseende läkemedelsbehandling. Om denna typ av upplägg används är det mycket viktigt att ha säkerställt den somatiska differentialdiagnostiken på annat sätt än genom läkarbesök, exempelvis genom

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

konsultation läkare/teamdiskussion. Vissa frågeställningar bör *alltid* avslutas hos läkare exempelvis bipolär sjukdom och psykos.

Observera att teamarbete och diagnostik i samråd med varandra mellan yrkeskategorier i teamet **bör** eftersträvas, se tidigare principer om tvärprofessionellt arbete.

Eventuella insatser

Följande insatser genomförs utifrån behov under utredningen:

Diskussion och beslut i team

Diagnostikteamen ska ha regelbundna konferenser där ärenden lyfts utifrån behov, exempelvis komplicerade frågeställningar som kräver gemensam diskussion eller beslut som teamet bör stå bakom, till exempel att avbryta en utredning av något skäl. Alla beslut som tas på konferensen ska dokumenteras i journalen.

Läkarbedömning

Läkarbedömning utöver de insatser som ingår i diagnostiken kan vara nödvändigt om patienten mående kräver det, exempelvis vid misstanke om suicidalitet.

Suicidpreventiva insatser eller kurativa insatser

Vid behov kan patienten ges stödjande insatser under utredningens gång. Detta ska i första hand riktas till patienter med kraftigt sviktande mående, såsom vid suicidalitet.

Om det tidigt framkommer att patienten har psykosociala svårigheter, såsom ekonomiska problem eller bostadsproblem, bör man erbjuda kurativa insatser hos socionom redan tidigt under processen.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Utredningsinsatser

Nedan följer mer noggranna definitioner av de olika insatser som bör ingå i en basutredning, och därefter insatser som kan ingå i en fördjupad utredning. Syftet med detta är att tydliggöra varje steg, vad det innebär, vilken kompetens som behövs, hur det ska dokumenteras, och så vidare. Syftet är också att sätta en standard för vilka utredande insatser vi bör använda i första hand, och därmed vilka tester vi bör köpa in och vilken typ av vidareutbildning som behövs. Alla tester har inte heller likvärdig validitet och reliabilitet.

Det utesluter inte att man kan använda någon annan intervju eller något test när det finns skäl till detta. Men om man regelmässigt vill använda någon annan typ av utredande insats bör man inkomma med synpunkt på detta till vårdutvecklare/diagnostikarbetsgrupp, som får bereda en sådan fråga, så att det blir ett strukturerat införande av nya metoder.

Basutredning

Basuppgifter

Syftet med detta första samtal är att få en grundläggande bild av patientens sociala situation och livsförhållanden, samt göra en bedömning av patienten och informera om den fortsatta gången.

När ska insatsen göras?

För alla nya patienter som genomgår basutredning.

Innehåll

- Gå igenom de formulär som patienten har fått skickade till sig inför detta besök (Basuppgifter öppenvård, Vuxenpsykiatrin, AUDIT, DUDIT).
- Gå igenom FREDA-kortfrågor (OBS! Dessa ska EJ skickas till patienten inför besöket)
- Bedöm patientens mående och behov av stödjande insatser eller behandlingsinsatser i väntan på genomförd diagnostik.
- Informera om diagnostikprocessen och gå igenom överenskommelsen inför utredning. Säkerställ att patienten har förstått vilka regler som gäller vid uteblivanden. I överenskommelsen ingår samtycke för att ta kontakt med anhöriga, skicka meddelanden och sms till patientens telefon samt ta del av nationella receptregistret. Inhämta även samtycke med hjälp av samtyckesformulär till att ta del av journalkopior om patienten har tidigare kontakter med vården eller skola som kan bidra med information till utredningen.

Kompetens för att kunna utföra

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Grundläggande samtalskompetens och kännedom om psykiatriska tillstånd. Lämpligen skötare, ssk eller kurator, utifrån att psykologer och läkare i första hand bör fokusera på diagnostiska intervjuer.

Instrument att använda

- Basuppgifter öppenvård, Vuxenpsykiatrin
- Basuppgifter öppenvård - översättning engelska
- AUDIT och DUDIT
- FREDA-kortfrågor

Dokumentation och administration

- Planeringsunderlag
  - Orsak: DIAGNOS
  - Resurs: OMV
  - Planerad åtgärd: BAS
- Besöket dokumenteras i journalmall ”Utredning Basuppgifter”. I journalanteckningen bör ingå en sammanfattning av besöket, psykosocial bedömning, samt vad för eventuella åtgärder som vidtas eller hur planering ser ut framåt för patienten.
- KVÅ-koder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Ta en kopia på överenskommelsen och ge till patienten.

Inhämta journalkopior

Syftet med detta är att få tillgång till information från patientens eventuella tidigare kontakter. Detta kan vara mycket värdefullt, både vad gäller resultat från tidigare utredningar samt resultat från eventuella tidigare behandlingsinsatser.

När ska insatsen göras?

Beställ **alltid** journaler från tidigare psykiatriska kontakter och behandlingar om detta finns och patienten godkänner det. Vid frågeställning ADHD/Autismspektrumstörning är skoljournaler av stor vikt.

Kompetens för att kunna utföra

Med fördel hjälper administrativ personal till med själva beställningen. Kopiorna gås igenom av samma person som ska göra den diagnostiska intervjun, det vill säga oftast en läkare eller psykolog, som sammanfattar detta i journalen. Socionom sammanfattar vid behov handlingar från socialtjänst. Erfaren medarbetare (ej psykolog/läkare) kan genomföra journalsammanfattningar av övriga handlingar vid behov. Specifika medicinska delar läggs då till läkare för genomgång och tolkning av psykologiska tester ska ske av psykolog.

Tidsåtgång och ramar

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

För de patienter där det finns tidigare kontakter varierar tiden för genomgång av dokumentation av denna genomgång stort, beroende på mängden anteckningar. Om det finns omfattande dokumentation kan man behöva dokumentera en sammanfattning av journalkopiorna i journalen.

Dokumentation och administration

I de fall där tidigare journal är omfattande ska en sammanfattning dokumenteras. Sammanfattningen bör ge en bild av debut och förlopp för patientens problematik i tidigare kontakt. Viktigt är att dokumentera tidigare utredningar, bedöma kvaliteten i dessa i den mån det är möjligt, dokumentera resultat av detta och eventuella andra diagnostiska hypoteser. Det är även viktigt att dokumentera tidigare genomgångna behandlingar och resultat av dessa.

Vid kortare journalgenomgång kan sammanfattningen dokumenteras i samma mall som den diagnostiska intervjun. Vid mer omfattande journalgenomgång bör det antecknas i en egen mall.

Sammanfattningen kan göras i journalmall ”Anteckning”.

Närståendescreening

Syftet med att intervjua en närstående är att få en utomståendes bild av patientens problematik, dess debut och förlopp, med större fokus på måendet i nutid jämför med barndomsanamnes. Det kan ge en kompletterande bild av patientens mående/fungerande, särskilt avseende sådant som kan vara svårt för patienten själv att beskriva eller minnas. Det kan även vara ett sätt att tidigt involvera närstående i patientens kontakt med psykiatrin. Många närstående upplever det dessutom som positivt i sig att någon lyssnar på deras berättelse. Intervjun kan genomföras på plats, men oftast är det enklast för den anhörige att man gör det över telefon.

Obs! Intervjun syftar till att samla in information i första hand, snarare än att värdera informationen.

När ska insatsen göras?

Närståendescreening ska genomföras för alla patienter som genomgår basutredning, så länge man inte har intervjuat en närstående redan, exempelvis inom heldygnsvården. Patienten måste förstås alltid först ha godkänt att man kontaktar den anhörige och detta ska vara dokumenterat i journalen.

Innehåll

- Informera den närstående om syftet med intervjun
- Genomför semistrukturerad intervju med stöd av formulär för närståendescreening

Kompetens för att kunna utföra

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Grundläggande samtalskompetens och kännedom om psykiatriska tillstånd. Lämpligen skötare, ssk eller kurator, med tanke på att psykologer och läkare bör fokusera på diagnostiska intervjuer.

Instrument att använda

Närståendescreening vid strukturerad utredning

Intervjustöd för närståendescreening – översättning engelska

Dokumentation och administration

- Planeringsunderlag
  - Orsak: DIAGNOS
  - Resurs: OMV
  - Planerad åtgärd: NÄRSTÅ
- Dokumentera kärnan i det som framkommer i intervjun, utifrån formuläret för närståendescreening. Beskriv gärna konkreta exempel på symptom. Sammanfatta samtalet på 2-5 meningar i slutet av anteckningen.
- Journalmall: Närståendeintervju.
- KVÅ-koder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Diagnostisk intervju med MINI

Syftet med den diagnostiska intervjun är att med hjälp av intervjustöd göra en första diagnostisk bedömning av patientens problematik, samt att säkerställa att man har undersökt förekomsten av symptom på vanligt förekommande psykiatriska tillstånd hos patienten.

När ska insatsen göras?

Alla patienter som genomgår basutredning ska genomgå en diagnostisk intervju.

Innehåll

- Inför besöket, ta del av tidigare insamlad information om patienten, exempelvis inremissen, dokumentation från basbedömningen och närståendescreening samt eventuella journalkopior.
- Informera patienten om syftet med intervjun och svara på eventuella frågor.
- Genomför en semistrukturerad diagnostisk intervju med stöd av MINI. Om patienten uppvisar symptom på tillstånd som ej ingår i MINI, exempelvis dysmorfofobi, undersök även dessa.
- Informera patienten om hur resultatet kommer att användas. Eventuellt kan man återkoppla en preliminär bedömning, dock bör man aldrig ge definitivt besked om diagnos innan avslutning av diagnostiken.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Informera patienten om vad som kommer hända härnäst, och om möjligt hur lång tid det kan dröja till nästa steg.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog, PTP-psykolog, specialistläkare eller ST-läkare (som grundregel inom vuxenpsykiatri alternativt barn- och ungdomspsykiatri).

Tidsåtgång och ramar

Den diagnostiska intervjun bör ses som en inledande kartläggning av patientens problematik och behöver inte resultera i en slutgiltig bedömning av patientens problematik. Därmed är utgångspunkten att ett möte ska vara tillräckligt och att intervjun ej bör ta längre 75 minuter.

Att dela upp intervjun på flera besök förlänger ledtiden för utredning både för den enskilde patienten och för andra patienter. Längre intervjuer än 75 minuter leder till färre genomförda intervjuer och riskerar även leda till att kvaliteten i bedömningen blir sämre.

Instrument att använda

M.I.N.I. i första hand. SCID-I kan användas, framför allt vid misstanke om psykossjukdom, men är ej uppdaterat utifrån DSM-5.

Dokumentation och administration

- Planeringsunderlag:
  - Orsak: DIAGNOS
  - Resurs: PLO alt. LÄK
  - Planerad åtgärd: MINI
- Anteckna i journalmall:
  - Utredning psy → Utredning psyk psy (alt. Utredning psyk psy övrigt)
  - Utredning läk

Under bedömning: Beskriv kärnproblematiken utan diagnos. Beskriv bakgrunden exv. från HC och vad som stod i inremiss, utfall av intervjun, tolkning och bedömning av utfallet. Relatera bedömning till vad som framkommit tidigare. För ett differentialdiagnostiskt resonemang.
Ge eventuella rekommendationer för fortsatt utredning eller behandling. Registrera ej diagnoser, men ange dem gärna under bedömning i löpande text.
Under åtgärd anteckna fortsatt handläggning. Ange vad patienten har fått för information avseende detta.

- KVÅ-koder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Inget.

Observera!

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

MINI är ett formulär som är framtaget för att användas för kortfattad screening av psykiatriska diagnoser. Inom VUP Gävleborg använder vi det istället som en semistrukturerad intervju. MINI är alltså ett stöd för den kliniska bedömning, för att säkerställa att man går igenom de vanligaste diagnoserna och kriterierna för dessa. Det krävs dock att klinikern för varje kriterium bedömer klinisk signifikans, debut, förlopp, differentialdiagnostik och värderar patientens uppgifter. Ett jakande svar för ett kriterium betyder inte per automatik att det ska bedömas som uppfyllt. Det är av denna anledning som det krävs diagnostisk kompetens för att genomföra denna intervju.

Viktigt vid bedömning är även att man förhåller sig till den information som framkommit tidigare, i basuppgifter, närståendescreening och i journalkopior från tidigare kontakter, och ställer detta i relation till det som framkommer i den diagnostiska intervjun.

Avslutande besök hos läkare

Syftet med detta besök är att avsluta utredningen, fastställa diagnosen/diagnoserna, kommunicera detta till patienten och gemensamt planera för kommande åtgärder. Som nämnt tidigare fastställs diagnoserna mot bakgrund av teamets bedömning. Vårdplaner som skapas vid avslutande läkarbesök kan komma att revideras under det kommande behandlingsförloppet.

Indikation

När de utredande insatser som har genomförts hittills bedöms vara tillräckliga för att ställa diagnos och avsluta utredningen bör detta besök bokas in.

Innehåll

- Informera patienten om syftet med besöket
- Ta klinisk anamnes (väg samman allt som framkommer i journalen, gå igenom förloppet med större tydlighet)
- Gör en differentialdiagnostisk bedömning avseende somatik. Ta läkemedelsanamnes.
- Sammanfatta utredningen och delge sammanfattande bedömning till patienten
- Om patienten bör avslutas eller utremitteras, informera om detta
- Om patienten bör behandlas inom VUP, informera om behandlingsalternativ och fördelar respektive nackdelar med dessa. Besluta tillsammans med patienten vilken behandling som ska prövas. Lägg upp en preliminär vårdplanering för detta. Skriv ut denna vårdplan och ge till patienten, alternativt skicka brevledes i efterhand.

Kompetens för att kunna utföra

ST (som grundregel inom psykiatri) eller specialistläkare.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Tidsåtgång och ramar

Preliminär uppskattning: I genomsnitt 1 samtal a 75 min, 30 min administration. I vissa fall kombineras besök för strukturerad intervju med det avslutande läkarbesöket och då är det rimligt att beräkna 90 min för samtalet samt ytterligare tid för administration.

Instrument att använda

Inget specifikt.

Dokumentation och administration

- Anteckna i journalmall Återbesök läk
- KVÅ-koder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

- Vårdplanen
- Skriftlig information om fastställd diagnos se Patientinformation - Sammanställning, Vuxenpsykiatri
- Eventuellt informationsmaterial om behandlingar

Fördjupad utredning

Nedanstående insatser är sådana som kan vara aktuella vid exempelvis misstanke om ADHD, autism, personlighetsstörning eller intellektuell funktionsnedsättning. Följande upplägg gäller som regel:

Vid misstanke om ADHD:

- Fördjupad barndomsanamnes
- ADHD-intervju
- Ev. uppmärksamhetstest

Vid misstanke om autism:

- Fördjupad barndomsanamnes
- Autism-intervju
- Ev. ytterligare autismintervju tillsammans med anhörig alternativt ytterligare riktad barndomsanamnes (tillsammans med t.ex. lärare)

Vid misstanke om personlighetsstörning:

- SCID-5-PD
- Ev. MMPI

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Vid misstanke om låg begåvning eller andra kognitiva svårigheter, exempelvis för differentialdiagnostiska överväganden vid bl.a. ADHD-frågeställning:

- WAIS
- Ev .andra neuropsykologiska test

Vid mer komplex problematik kan flera av ovanstående intervjuer eller tester vara nödvändiga. Vid komplex problematik och låg funktionsnivå kan det även bli aktuellt med arbetsterapeutbedömning.

Observera att avsnittet fördjupad utredning kontinuerligt ses över och utvecklas vidare.

Fördjupad barndomsanamnes

Syftet är att klargöra huruvida det fanns symptom på psykiatrisk problematik i tidig ålder hos patienten.

Indikation

Misstanke om psykiatrisk problematik med debut i barndomen, till exempel ADHD eller autism.

Kontraindikation är om anhöriga bedöms ej vara tillförlitliga, av något skäl. Om intervju ändå genomförs bör det framgå om det finns anledning att tvivla på uppgifternas validitet. Exempelvis om de är mycket knapphändiga, eller om den anhörige har mycket svårt att minnas.

Ytterligare barndomsanamnes kan genomföras i svårbedömda fall där information som insamlats från övriga utredningsdelar inte bedöms tillräcklig för ställningstagande till diagnos.

Innehåll

- Anhörig intervjuas antingen via telefon eller på plats.
- Anhörig informeras om hur resultatet kommer att användas.

Kompetens för att kunna utföra

Kan genomföras av personal med olika yrkeskompetens, så länge man har god kunskap om utvecklingspsykologi och psykopatologi.

Instrument att använda

- Mall för barndomsanamnes.

Dokumentation och administration

Det är viktigt att man dokumenterar det viktigaste av vad den anhörige rent konkret har framfört. Anteckningen bör dock avslutas med en sammanfattning av vad som framkommit.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Dokumentera i mallen Barndomsanamnes.
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Inget särskilt.

ADHD-intervju

Syftet är att göra en semistrukturerad diagnostisk bedömning av om patienten uppfyller kriterierna för ADHD.

Indikation

Patienter där det finns tecken på att patientens problematik kan förklaras av ADHD/ADD.

Innehåll

- Informera patienten om syftet med intervjun.
- Genomför en semistrukturerad diagnostisk intervju med stöd av DIVA. Gärna med deltagande anhörig.
- Informera patienten om hur resultatet av intervjun kommer att användas.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog, ST (som grundregel inom vuxenpsykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri), Specialistläkare, PTP-psykolog (med stöd av relevant handledning).

Instrument att använda

- DIVA

Dokumentation och administration

- Utredning DIVA → DIVA test (alt. Utredning psy → utredning psyk psy/ Utredning psyk psy övrigt)
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Inget.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Autism-intervju

Syftet är att göra en semistrukturerad diagnostisk bedömning av om patienten uppfyller kriterierna för autism.

Indikation

Patienter där det finns tecken på att patientens problematik kan förklaras av autism. Kontraindikation är om patienten bedöms vara i ett affektivt skov eller då man misstänker psykossjukdom.

Ytterligare intervju kan genomföras *tillsammans med anhörig* i svårbedömda fall där information som insamlats från övriga utredningsdelar inte bedöms tillräcklig för ställningstagande till diagnos.

Innehåll

- Informera patienten om syftet med intervjun.
- Genomför en semistrukturerad diagnostisk intervju med stöd av IDA. Gärna med deltagande anhörig om det bedöms som lämpligt.
- Informera patienten om hur resultatet av intervjun kommer att användas.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog, ST (inom psykiatri), Specialistläkare, PTP-psykolog (med stöd av relevant handledning).

Instrument att använda

I första hand används IDA som är ett väl genomarbetat intervjustöd med tydlig koppling till de diagnostiska kriterierna för autism. IDA finns att ladda ned hos Pilgrim Press.

Dokumentation och administration

- Utredning psy → utredning psyk psy/ Utredning psyk psy övrigt
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - Iathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Inget

Personlighetsintervju

Syftet är att göra en semistrukturerad diagnostisk bedömning av kriterierna för personlighetssyndrom hos patienten.

Indikation

Patienter där det finns tecken på att patientens problematik kan förklaras av personlighetssyndrom. Kontraindikationer är:

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Patient som är i pågående affektivt skov bör ej utredas avseende personlighet, sådan utredning bör vänta tills att måendet stabiliserats.
- Patient med tydlig ADHD-diagnos eller stark misstanke om sådan diagnos, bör som regel i första behandlas för denna eftersom symptom på detta kan misstolkas som tecken på personlighetssyndrom. Det omvända är dock även vanligt varför det generellt är viktigt att vara noggrann med ställningstagande till personlighetssyndrom/försvårande personlighetsdrag för psykiatriska patienter.

Innehåll

- Patienten bör som regel få screeningformuläret för SCID-5-PD att fylla i vid tidigare möte, eller hemskickat med instruktioner och frankerat kuvert för retur.
- Personal som ska genomföra intervjun går i förväg igenom screeningformuläret för att få vägledning i vilka områden som är meningsfulla att undersöka i intervjun. Om samtliga kriterier undersöks riskerar intervjun att ta orimligt mycket tid. Avsnitten passiv-aggressiv och depressiv personlighetsstörning bör i de allra flesta fall uteslutas.
- En diagnostisk intervju med stöd av SCID-5-PD genomförs. Gärna med deltagande anhörig då dessa ofta kan ge viktig information om patientens beteenden ur ett utomstående perspektiv. Det måste dock bedömas om det är lämpligt utifrån patientens problematik och relation till den anhörige.
- Informera patienten om hur resultatet av intervjun kommer att användas.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog, ST (inom psykiatri), Specialistläkare, PTP-psykolog (med stöd av handledning vid behov).

Instrument att använda

- Screeningformulär för SCID-5-PD
- SCID-5-PD intervju

Dokumentation och administration

- Utredning psy → utredning psyk psy/ Utredning psyk psy övrigt
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Screeningformulär för SCID-5-PD inför intervju.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

MMPI-II

Syftet med MMPI är att kartlägga personlighetsmönster. Testet har en bredare användning än så, i kraft av de många empiriskt framtagna skalorna. De kontraindikationer som anges ovan är inte nödvändigtvis relevanta när det är ”state” som skall utforskas. Det bör betonas att MMPI bör ses som ett komplement vid personlighetsutredning, ett sätt att få kompletterande information då de vanliga kliniska intervjuerna inte bedömts ha nått sitt syfte. Dess primära användning här gäller alltså kartläggning av personlighet. Annan användning kan tänkas, men skall då skett efter ytterst noggrant övervägande.

Indikation

Patienter där det finns tecken på att patientens problematik kan förklaras av personlighetssyndrom, och där en klinisk intervju som SCID-5-PD inte bedömts ha gett erforderligt underlag för en bedömning. MMPI-2 är ett bredspektrumtest avsett att mäta ett antal centrala personlighetsmönster och emotionella störningar. Kan även användas vid ”allmänt kluriga” fall.

MMPI-II är ett självskattningstest innehåller 567 item/påståenden fördelade över 10 kliniska skalor, 6 validitetsskalor, 18 tilläggsskalor, 15 innehållsskalor, 41 subskalor och 17 uppsättningar kritiska item. MMPI-2 tar 60-90 min att administrera. Patienten kan besvara frågorna direkt på datorn, alternativt med papper och penna varefter testledaren för in det i datorn. Kan sannolikt utföras vid flera tillfällen.

Kontraindikationer

- Patient som är i pågående affektivt skov bör ej utredas avseende personlighet, sådan utredning bör vänta tills att måendet stabiliserats.
- Patient med ADHD-diagnos eller stark misstanke om sådan diagnos, bör som regel i första behandlas för denna eftersom symptom på detta kan misstolkas som tecken på personlighetssyndrom.
- Patienter som inte bedöms klara av att svara på mängden frågor själva eller med hjälp.

Innehåll

- Patienten svarar på frågorna, antingen direkt på dator eller med papper och penna, varefter testledaren för in resultatet i datorn.

Kompetens för att kunna utföra

Leg psykolog med utbildning för MMPI.

Instrument att använda

- MMPI-II, antingen i pappersformat eller på dator på mottagning.

Dokumentation och administration

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Utredning psy → utredning psyk psy/ Utredning psyk psy övrigt under sökord *Personlighetstester*
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Psykologisk testning

Syftet med psykologisk testning är att göra en noggrann undersökning av patientens kognitiva förmågor för att bekräfta eller avskriva en diagnostisk hypotes. Vanligast är misstanke om låg begåvning, men även andra mer specifika frågeställningar kan vara aktuella.

Indikation

Patienter där det finns tecken på att patientens problematik kan förklaras av avvikande kognitiva funktioner, såsom låg begåvning. ADHD-frågeställning är i sig inte en indikation för psykologisk testning.

Kontraindikation

- Pågående behandling med läkemedel som kan påverka kognitiva funktioner. Om testning ändå genomförs behöver man ta ställning till hur resultatet kan ha påverkats av läkemedelsbehandlingen. Detta bör göras i samråd med läkare.
- Aktivt skadligt substansbruk innebär att som regel att testresultatet ej kan anses tillförlitligt och att testning därmed inte är meningsfull. Om testning ändå genomförs vid pågående skadligt bruk behöver man i journalen redogöra för hur resultatet av testningen kan ha påverkats av detta.
- Påtaglig undervikt bör oftast ses som kontraindikation då det påverkar kognitiva funktioner.
- Neuropsykologisk utredning bör endast i undantagsfall genomföras inom 3-6 månader efter ECT. Bedömning behöver dock göras från fall till fall av läkare och psykolog gemensamt.
- Kontraindikation är även svårare psykiatriska symtom som bedöms kunna påverka prestation på ett sådant sätt att resultatet inte kan anses tillförlitligt, t.ex. maniska eller hypomana tillstånd eller påtaglig depressivitet.
- När det gäller kontraindikationer behöver dock alltid en bedömning ske från fall till fall kring huruvida det finns ett värde i att genomföra testning trots specifik kontraindikation. Exempelvis fall med svårbehandlade symtom där tung medicinering inte bedöms vara aktuell att sätta ut och där resultatet då får tolkas mer som en ögonblicksbild. Ett annat exempel är fall där det inte finns anledning att tro att det kommer ske en förändring inom en nära tid avseende patientens tillstånd (d.v.s. där det aktuella tillståndet symtommässigt får ses som ett habitualtillstånd). I dessa fall kan ibland testning vara nödvändig utifrån

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

att information behövs för att tydliggöra vilka krav som kan tänkas vara rimliga att ställa på patienten i övrig behandling.

Innehåll

- Informera patienten om syftet och upplägget.
- Testning med i första hand hela eller delar ur WAIS.
- Vid behov används andra tester, exempelvis då patienten redan har genomgått WAIS och detta behöver kompletteras, eller då man behöver bedöma någon specifik kognitiv förmåga som bättre fångas av annat test.
- Informera patienten om hur resultatet kommer att behandlas och när patienten kommer att få återkoppling på resultatet.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog eller PTP-psykolog (med stöd av handledning vid behov).

Instrument att använda

- WAIS
- Alternativt SON-R

Dokumentation och administration

- Psykologiskt testmaterial arkiveras enligt rutin, läggs ej in i Melior.
- Journalför i mall Utredning psy → utredning psy neuro Gä (i andra hand Utredning psy neuro)
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Material till patienten

Inget.

Uppmärksamhetstestning

Syftet med datoriserat test för att mäta uppmärksamhet är att kartlägga symtom i form av framförallt uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet och utifrån detta få stöd för eller emot hypotes ADHD-diagnos. Användning av testet är en möjlighet vid svårare utredningsfall men ingår inte som standard. *Vilket specifikt test som i första hand bör användas är ej ännu beslutat om.*

Innehåll

- Informera om syfte och upplägg. Stäm av kring eventuella kontraindikationer för testning.
- Genomför testet tillsammans med patienten och tolka eventuell testrapport.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

- Informera patienten om hur resultatet av intervjun kommer att användas.

Indikation

Svårbedömda ADHD-utredningar t.ex. där patienten har svårt att exemplifiera symtom vid DIVA intervju. Testning bör ske i undantagsfall och som kompletterande del till övriga utredningsdelar.

Kontraindikationer

- Vid testtillfälle samma ramar som för psykologisk testning (se under detta avsnitt).
- Omfattande övriga psykiatriska symtom som kan förklara uppmärksamhetssvårigheter. D.v.s. testet bör ej användas vid svårare differentialdiagnostiska frågeställningar.

Kompetens för att kunna utföra

Psykolog eller specialistläkare.

Instrument att använda

- Preliminärt: Qb-test, IVA++, CAA.

Dokumentation och administration

- Qb-test → Qb-test alt. Utredning psy → utredning psyk psy/ Utredning psyk psy övrigt
- KVÅ- och åtgärdskoder, se KVÅ och åtgärdskoder - lathund öppenvård Vuxenpsykiatri

Arbetsterapeutbedömning

För beskrivning av arbetsterapeutbedömning inom ramen för diagnostikprocessen v.g. se detta avsnitt i det övergripande dokumentet Arbetsterapeuter - Arbetsbeskrivning för Vuxenpsykiatrin

Utredning inom heldygnsvården

Heldygnsvårdsdiagnostik är en insats som kan vara behjälplig i utformning i patientens behandling. En väl genomförd diagnostisk utredning inom heldygnsvården kan hjälpa patienten att snabbare få ändamålsenlig hjälp.

Faktorer som talar för att genomföra strukturerad diagnostik under heldygnsvården:

- Patient som tycks ha allvarlig psykiatrisk problematik där det inte finns någon strukturerad diagnostik genomförd
- Patienten har tidigare utretts men nya symtom har uppkommit

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Faktorer som talar emot att genomföra strukturerad diagnostik under heldygnsvården:

- Patienten bedöms ha en övergående eller mer lindrig problematik
- Patienten har genomgått strukturerad diagnostik tidigare **och** de aktuella symptomen kan ses som en del av den kända problembilden

Faktorer som talar emot att genomföra strukturerad diagnostik i det akuta skedet:

- Pågående mani, psykos eller mycket hög nivå av ångest eller depression
- ECT
- Positivt drogsvar
- Abstinens
- Avsaknad av sjukdomsinsikt
- Pågående medicinändringar
- Att patienten inte medverkar

Fördjupad utredning är ofta svårgenomförbart inom heldygnsvården. Insatser som kan bli aktuella är i första hand SCID-5-PD men även detta bör endast göra undantagsvis. I de fall fördjupad utredning ska göras inom heldygnsvården ska detta förankras med diagnostikteam/ansvariga inom öppenvården.

Utredningsprocessen inom heldygnsvården beskrivs närmare i följande bilaga:
Diagnostik inom heldygnsvården, Vuxenpsykiatri

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Sammanfattning

Vårdprogrammet ovan beskriver generella principer för strukturerad utredning samt specifika utredningsinsatser, när dessa bör vara aktuella och hur de bör genomföras.

Vårdprogramsarbetet sker fortlöpande i länsövergripande processgrupp för diagnostik. Processgruppen arbetar med frågor som rör utredning och diagnostik i stort, t.ex. frågor som aktualiserats av medarbetare. Processgruppen tar gärna emot förslag och idéer på fler utvecklingsmöjligheter, kontakta i sådana fall gärna vårdutvecklare Ulrika Mjöhagen.

Referenser

Patientlag (2014:821). http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet