

Strukturerad intervju för:

Remissionsskala vid Schizofreni – Symtom

baserad på 8 symtom från PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

RS-S Användarguide

INNEHÅLL

Förord	3
Introduktion med skattningsanvisningar	4
Förintervju för rapport från anhörig eller vårdgivare.....	7
Intervju av patienten.....	8
Remissionsskalan vid schizofreni – symtom RS-S.....	11
Vanföreställningar (P1)	12
Tankemässig desorganisation (P2).....	13
Hallucinatoriskt beteende (P3)	14
Avtrubbade affekter (N1).....	15
Passiv/apatisk tillbakadragenhet (N4)	16
Bristande spontanitet och samtalsförmåga (N6)	17
Manér och kroppshållning (A5)	18
Udda tankeinnehåll (A9).....	19
Global funktionsskala (GAF-skalan)	20
Övriga behandlingsuppgifter	21
Medicinsk behandling	22

FÖRORD

till RS-S, svenska översättningen av SCI-SR

Kvalitetssäkring av vården av patienter med schizofreni innebär mätning av förändring av symtom över tid. Leder våra insatser till en förbättring? Skattningsskalor är till i dag det enda riktigt användbara verktyg som vi har inom psykiatrin för att få ett någorlunda objektiva mått på graden av hur sjuk patienten är. Trots att det finns åtskilliga skattningsskalor konstruerade för att bedöma psykotiska symtom, så har dessa visats vara ohanterliga i klinisk praxis. RS-S (Remissionsskala vid Schizofreni) är utvecklat för att enkelt kunna användas i klinisk vardag. RS-S baseras på den ursprungliga PANSS-skalan där åtta av totalt 30 symtom (items) valts ut för att spegla kärnsymtomen vid schizofreni. I Sverige finns idag två grupper som arbetar parallellt med att sprida kunskap om Remission och utvecklar material som skall verka som ett stöd inom området. Arbetet med Remission påbörjades redan 2003 av en internationell och en europeisk arbetsgrupp där arbetet publicerats i olika psykiatriska tidskrifter. Behovet är stort av ett definierat behandlingsmål i form av Remission, den definition som föreslagits av; N Andreasen, W Carpenter, J Kane, R Lasser, S Marder, D Weinberger, Am J Psych 2005;162:441-449, har successivt börjat accepteras.

Rekommendationer från Svenska Remissionsgruppen för användandet av RS-S

Olika personalkategorier kan skatta, men det rekommenderas att man genomgått träning för intervju och en samskattningsövning. Skattning kan ske exempelvis för att utvärdera behandling, (ex vid insättning av medicinsk behandling, eller om det hänt något viktigt i patientens tillvaro.) Ägna några minuter åt att presentera intervjun, så att patienten känner sig bekväm med vad som sker. Det tillhör god sed att efter intervjun delge patienten resultatet. När en patient uppfyller kriterierna på Remission avseende svårighetsgrad på symtom rekommenderas att göra ytterligare 2 skattningar med 3 månaders mellanrum. Om patienten vid alla dessa tre skattningar uppfyller kriterierna gällande symtom, så har patienten nått Remission.

Översättning av: Structured Clinical Interview for Symptoms of Remission SCI-SR

Författare: Mark G.A. Opler, PhD, MPH, Mathew E. Jung, BA, CPT Deepa Danan, BA/BS, Lewis A. Opler, MD, PhD, The PANSS Institute LLC

RS-S omarbetning och översättning till svenska utförd av: Robert Bodén MD

Medverkan i framtagande och bearbetning:

L. Helldin, M.D. Robert Bodén MD Eva Lindström, MD, PhD B. Eriksson, och BSc
Svenska Remissionsgrupperna

Observera. Denna semi-strukturerade intervju skall användas för att skatta graden av remission hos patienter med psykotiska störningar. Intervjun kan genomföras av certifierade PANSS-skattare som genomgått vidareutbildning.

Svenska Remissionsgruppen bestod av Lars Helldin, Trollhättan; Anders Berntsson, Stockholm; Richard Stenmark, Kristianstad; Catharina Sigalin, Jönköping; Lennart Lundin, Göteborg; Eva Lindström, Uppsala; Leif Lindström, Uppsala och Robert Bodén, Uppsala.

Svenska Remissionsgruppen – Psykiatrisjuksköterskor bestod av Henrik Gregemark, Stockholm; Maivor Olsson, Trollhättan; Mikael Nilsson, Varberg och Per Hagström, Västerås.

Materialet har sammanställts och översatts under godkännande av; MHS (Multi Health Systems) och Lewis A.Opler PANSS institute.

INTRODUKTION MED SKATTNINGSANVISNINGAR

Då PANSS ursprungligen utvecklades hade författarna för avsikt att optimera skalans objektivitet och standardisering genom en strukturerad intervju. Därför utvecklades den Strukturerade Kliniska Intervjun för PANSS (SCI-PANSS), vilken är utformad efter andra strukturerade intervjuetoder. SCI-PANSS guidar intervjuaren i ett semi-strukturerat format som fokuserar på att generera ett produktivt konversationsflöde samtidigt som information inom olika psykopatologiska områden systematiskt frambringas. De symtom som inte kan påvisas direkt via det muntliga utbytet skattas på basis av det beteende som observeras under intervjun (t.ex. vid passiv/ apatisk tillbakadragenhet). Baserat på kriterier framtagna av Andreasen m.fl. samt preliminära forskningsresultat av Lasser m.fl., har man utvecklat ett nytt instrument kallat Remissionsskala vid Schizofreni (RS-S) utifrån PANSS (eng: The Structured Clinical Interview for Symptoms of Remission, SCI-SR). RS-S bygger på en kortfattad intervju som kan användas för forskning och i kliniska behandlingssituationer för att skatta remissionen utifrån åtta PANSS-symtom (items) (se tabell 1). Rapport från en person som observerat patienten på nära håll är nödvändig för att bekräfta den funktionella statusen på fyra av dessa åtta symtom. Denna information kan samlas in från tredjehands-källor (såsom vårdpersonal, familjer, vårdgivare) eller inhämtas från klinikern som genomför intervjun (under förutsättning att tillräcklig patientkontakt förekommit före den aktuella period som studien avser). Varje symtom skattas genom att använda väl validerade kriterier och ändpunkter enligt beskrivningen i PANSS-manualen®.

Skattningsanvisningar

- Tolka inte
- Grunddefinitionen måste vara uppfylld för att skatta mer än 1
- Om du tvekar mellan två skalsteg välj det högre

Tabell 1. PANSS items som används för skattning av remissionssymtom

Namn	Item	Informationskällor
Vanföreställningar	P1	Intervju & rapport
Tankemässig desorganisation	P2	Endast intervju
Hallucinatoriskt beteende	P3	Intervju & rapport
Avtrubbade affekter	N1	Endast intervju
Passiv/apatisk tillbakadragenhet	N4	Endast rapport
Bristande spontanitet och samtalsförmåga	N6	Endast intervju
Manér och kroppsställning	A5	Intervju & rapport
Udda tankeinhåll	A9	Endast intervju

Psykometriska egenskaper hos PANSS remissionssymtom.

Enligt de laddningar som räknats fram i PANSS 5-faktor modell enligt White m fl (1997) och 6-faktor modell enligt van den Oord m fl (2005), så står dessa åtta remissionssymtom för de högsta laddningarna i de positiva, negativa och desorganiserade faktorerna (P1 och A9 respektive N6 och N1), såväl som för ett antal av de höga till måttliga laddningarna för följande faktorer: positiva, negativa, desorganiserade, tillbakadragenhet och autistiskt beteende (se tabell 1).^{1,2} PANSS-skattningarna baseras på den sammanlagda informationen från en specifik tidsperiod som vanligtvis avser föregående vecka. Denna information inhämtas från både kliniska intervjuer med patienten och rapportering från vårdpersonal eller, om patienten ej vårdas på institution, från familjemedlemmar. Rapporterna angående patientens ADL-funktioner (allmän daglig livsföring) är en väsentlig källa för utvärderandet av sociala och beteendemässiga avvikelser, speciellt symtom angående passiv/apatisk tillbakadragenhet samt manér och kroppsställning. Personalens eller familjens rapportering bidrar också till att utvärdera graden av andra psykopatologiska dimensioner då dessa manifesteras i patientens sociala interaktioner, allmänna beteende och anpassningsförmåga.

Att använda RS-S.

Syftet med RS-S är att samla tillförlitlig information för att fastställa förekomst och grad av flera olika remissions-symtom. I likhet med SCI-PANSS inkluderar metoden både "ja-nej" och öppna frågor som möjliggör för skattaren att fastställa förekomst, art och påverkan av kliniska manifestationer. Intervjun tillämpar beslutsträds-sekvenser på så sätt att följdfrågan ofta baseras på föregående svar. I avsnittet som utvärderar en patients hallucinatoriska beteende (P3) kan intervjuaren till exempel fråga "Ibland berättar människor att de kan höra ljud eller röster i huvudet som inte andra kan höra. Har det hänt dig?" Om patienten svarar jakande blir följdfrågan en fråga som försöker fastställa typ och frekvens av hallucinatoriska upplevelser och vilken uppfattning patienten har om dem. Rapport kan samlas in via en mängd olika metoder som inkluderar några av de frågor från den redan validerade förintervjun. Till exempel genom att göra en kort intervju med den som avger rapport, eller genom att använda ett nytt instrument kallat Informant Checklist som skall beskrivas och testas ytterligare i framtida studier. Trots att RS-S följer ett bestämt format kan intervjuarna upprätta sina egna sekvenser för att uppfylla de krav som patienterna och forskningsmiljöerna har, under förutsättning att alla symtom (items) genomgås systematiskt enligt anvisning. Syftet med RS-S är att hjälpa till att förenkla och standardisera begreppet remission såväl inom forskningen som inom det kliniska utövandet. Lika viktigt är att instrumentet troligen kommer att öka jämförbarheten då det används i olika miljöer. I korthet används informationen som samlats in under den strukturerade intervjun för PANSS-skattning av de symtom som angivits i tabell 1. Vart och ett av de åtta PANSS-symtom som används i RS-S åtföljs av en specifik definition samt detaljerade kriterier för samtliga sju skattningspoäng. Dessa sju poäng representerar ökande grad av psykopatologi enligt sammanställningen i tabell 2.

Skattningsanvisningar

- Tolka inte
- Grunddefinitionen måste vara uppfylld för att skatta mer än 1
- Om du tvekar mellan två skalsteg välj det högre

Tabell 2. 7-poängs skattningsssystem av PANSS-symtom

Poäng	Skattning och grad av symtomsvårighet
1	Saknas. Frånvaro av symtom.
2	Minimal. Tveksamt patologiskt, eller så är symtomen en extrem normalvariant.
3	Lätta. Symtomen är klart fastställd men inte uttalade. Det är ringa påverkan av patientens ADL-funktioner.
4	Måttliga. Symtomen utgör ett allvarligt problem, men inträffar endast då och då eller dagligen i måttlig omfattning.
5	Måttligt svåra. Förekomsten av symtom inverkar på de dagliga funktionerna men tar inte över helt utan kan hållas i schack med hjälp av viljan.
6	Svåra. Symtomen är ofta förekommande och mycket nedbrytande. Riktad övervakning kan krävas.
7	Extrema. Symtomen inkräktar kraftigt på patientens livsfunktioner. Nära övervakning och hjälp krävs inom många områden.

Referenser:

1. White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer JP. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. A multisite, multimodel evaluation of the factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale. The PANSS Study Group. *Psychopathology*. 1997;30(5):263-74.

2. Van den Oord EJ, Rujescu D, Robles JR, Giegling I, Birrell C, Bukszar J, Murrelle L, Moller HJ, Middleton L, Muglia P. Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophr Res*. 2005 Oct 14. (E-Pub).

FÖRINTERVJU FÖR RAPPORT FRÅN ANHÖRIG ELLER VÅRDGIVARE

"Jag tänkte ställa några frågor som gäller NN:s beteende på avdelningen/hemma under senaste veckan."

1. Hur tillbringar NN oftast dagen?

Social? Tillbakadragen? Isolerad?

2. a. Har NN deltagit i några aktiviteter under senaste veckan?

Om ja:

b. Visar NN verkligt intresse och tar egna initiativ?

Om nej:

c. Hur engagerad är NN i kamrater och det sociala livet i omgivningen?

d. Tar NN egna initiativ till samtal?

e. Tar NN egna initiativ till aktiviteter?

3. a. Deltar NN i aktiviteter om NN blir tillfrågad?

Om ja:

b. Är deltagandet passivt eller mekaniskt, utan riktigt intresse?

4. Undviker NN aktiviteter på grund av ointresse eller rädsla?

5. a. Har NN problem med sömn, mat, påklädning eller personlig hygien?

b. Hur allvariga är de problem Du räknat upp?

c. Vad kan vara orsaken till dessa problem?

d. Kan det finnas andra orsaker än psykisk sjukdom till dessa problem?

6. a. Kan NN ibland mumla, muttra eller tala för sig själv?

Om ja: Beskriv närmare

b. Kan NN verka svara på röster eller verka upptagen med att studera föremål som ingen annan ser?

c. Verkar NN ha smak-, lukt- eller känselhallucinationer?

Om ja: Beskriv närmare

d. Har dessa hallucinationer påverkat NN:s funktionsnivå den senaste veckan?

7. a. Verkar NN haft några vanföreställningar senaste veckan? (exemplifiera om nödvändigt)

Om ja:

b. Har dessa vanföreställningarna påverkat beteendet eller sociala relationer?

8. a. Är NN:s rörelsemönster och hållning naturligt eller stelt?

b. Är NN:s rörelsemönster och hållning okoordinerat eller på annat sätt avvikande?

9. a. Utför NN rituella eller stereotypa rörelser?

b. Intar NN onaturliga fixerade ställningar?

INTERVJU AV PATIENTEN

- Instruktioner till intervjuaren:**
- Använd ett semi-strukturerat format i intervjun; omformulera eller ställ extra frågor om det är nödvändigt.
 - Om ordningsföljden på frågorna ändras, se då till att alla frågor ställts innan intervjun är slut.
 - Försäkra dig om att patienten vet om att intervjun handlar om den senaste veckan, om ingenting annat sägs i frågan.
 - Börja med en öppen fas i 2–3 minuter där patienten får tala fritt.

1. Hej, jag heter... Vi kommer att ägna de närmaste 10–15 minuterna åt att tala om hur du haft det den senaste tiden.

Hur mår du?

2. Har något bekymrat dig den senaste tiden?

Nej: Så du tycker att det har gått bra för dig?

Ja: Vad är det som bekymrat dig?

3. Har du haft främmande eller ovanliga upplevelser?

4. Ibland berättar människor att de kan höra ljud eller röster i huvudet som inte andra kan höra.

Har det hänt dig?

Nej: Gå till fråga 6.

Ja: Vad hör du?

4a. Är dessa röster/ljud lika klara och tydliga som min röst?

4b. Hur ofta hör du dessa röster/ljud?

4c. Händer det vid någon viss tidpunkt på dagen eller hela tiden?

OM PATIENTEN BARA HÖR LJUD ➔ Gå till fråga 5

OM PATIENTEN HÖR RÖSTER ➔ Fortsätt:

4d. Kan du känna igen vems eller vilkas röster det är?

4e. Vad säger rösterna?

4f. Har rösterna avbrutit dina egna tankar eller dina aktiviteter den senaste veckan?

4g. Ger rösterna dig ibland order eller instruktioner?

Nej: Gå till fråga 5

Ja: Kan du ge exempel?

4h. Lyder du oftast rösterna (instruktionerna)?

5. Vad tror du om de här rösterna (eller ljuden): varifrån kommer de egentligen?

6. Har vanliga saker verkat främmande eller annorlunda för dig den senaste veckan?

7. Har du haft syner eller sett saker som andra inte kan se den senaste veckan?

Nej: Gå till fråga 8

Ja: Kan du ge exempel?

7a. Verkar dessa syner helt riktiga och verkliga?

7b. Hur ofta har du haft sådana här upplevelser den senaste veckan?

8. Känner du ovanliga lukter eller lukter som andra inte kan känna?

Nej: Gå till fråga 9

Ja: Var snäll och förklara

9. Om du skulle jämföra dig med "medelsvensson", hur skulle det utfalla – skulle du vara bättre, kanske lite sämre eller lika bra?

Om ungefär lika: Gå till fråga 10

Om lite bättre/sämre: Bättre/sämre, på vilket sätt?

10. Är du väldigt rik?

Nej: Gå till fråga 11

Ja: På vilket sätt?

11. Skulle du beskriva dig själv som berömd?

Nej: Gå till fråga 12

Ja: Kan du beskriva på vilket sätt du är berömd?

12. Kan du anses vara ovanligt klipsk?

Nej: Gå till fråga 13

Ja: Förklara

13. Betraktar du dig som begåvad eller speciell i något avseende?

Nej: Gå till fråga 14

Ja: På vilket sätt?

14. Har du talanger eller förmågor som de flesta andra människor inte har? Eller har du speciella krafter? Har du haft det under den senaste veckan?

Nej: Gå till fråga 15

Ja: Förklara. Vad är det för kraft eller förmåga?

14a. Varifrån kommer kraften tror du?

15. Har du ett sjätte sinne eller kan du läsa andra människors tankar?

15a. Har du haft den förmågan tidigare?

16. Kan andra människor läsa dina tankar?

16a. Hur har det varit den senaste veckan?

17. Finns det något skäl att någon skulle vilja läsa dina tankar?

18. Vem kontrollerar dina tankar?

19. Kan du berätta något om dina tankar om livet och livets mening?

20. Följer du någon speciell filosofi eller religion?

Nej: Gå till fråga 21

Ja: Förklara

21. En del människor säger att de tror på djävulen. Vad tror du?

Nej: Gå till fråga 22

Ja: Kan du berätta mer?

22. Har du en speciell uppgift i livet?

Nej: Gå till fråga 23

Ja: Vad är din uppgift?

22a. Vem gav dig det här uppdraget?

23. Känner du att du kan lita på de flesta människor?

Ja: Gå till fråga 24

Nej: Varför inte?

24. Finns det några särskilda personer som du inte litar på?

Nej: Gå till fråga 25

Ja: Kan du berätta för mig vilka det är?

25. Finns det kanske människor som inte tycker om dig?

Nej: Gå till fråga 26

Ja: Varför då?

26. Talar andra bakom ryggen på dig?

Nej: Gå till fråga 27

Ja: Vad säger de om dig?

26a. Varför tror du att de talar bakom ryggen på dig?

27. Kan du känna dig hotad eller utsatt för fara?

27a. Har du känt dig utsatt för fara den senaste veckan?

Nej: Gå till fråga 28

Ja: Förklara

28. Har det någonsin hänt att någon spionerat på dig eller startat en komplott emot dig?

Nej: Gå till fråga 29

Ja: Har du gått till polisen eller någon annan för att få hjälp?

29. Hur ser dina framtidsplaner ut? Har du några kortsiktiga eller långsiktiga mål?

30. Det var alla frågor jag tänkte ställa. Har du någon fråga till mig?

Strukturerad intervju för Remission

REMISSIONSSKALAN VID SCHIZOFRENI – SYMTOM RS-S

(PANSS) Svensk översättning Positiv och negativ symtom skala för schizofreni

Instruktion: Ringa in poängen för varje symtom/kriterie som framkommer under intervjun.

Beträffande definition – se följande sidor.

1 = saknas, 2 = minimala, 3 = lätta, 4 = måttliga, 5 = måttligt svåra, 6 = svåra, 7 = extrema.

Vanföreställningar (P1)

1 2 3 4 5 6 7

Tankemässig desorganisation (P2)

1 2 3 4 5 6 7

Hallucinatoriskt beteende (P3)

1 2 3 4 5 6 7

Avtrubbade affekter (N1)

1 2 3 4 5 6 7

Passiv/apatisk tillbakadragenhet (N4)

1 2 3 4 5 6 7

Bristande spontanitet och samtalsförmåga (N6)

1 2 3 4 5 6 7

Manér och kroppshållning (A5)

1 2 3 4 5 6 7

Udda tankeinnehåll (A9)

1 2 3 4 5 6 7



Copyright © 1992–2007, Multi-Health Systems Inc. All rights reserved.
In the U.S.A., 908 Niagara Falls Blvd., North Tonawanda, NY 14120-2060, (800) 456-3003. In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON M2H 3M6, (800) 268-6011. Internationally, +1-416-492-2627.
Fax, +1-416-492-3343 or (888) 540-4484.
Email: customer.service@mhs.com

Skattningsanvisningar

- Tolka inte
- Grunddefinitionen måste vara uppfylld för att skatta mer än 1
- Om du tvekar mellan två skalsteg välj det högre

Tabell 1. PANSS items som används för skattning av remissionssymtom

Namn	Item	Informationskällor
Vanföreställningar	P1	Intervju & rapport
Tankemässig desorganisation	P2	Endast intervju
Hallucinatoriskt beteende	P3	Intervju & rapport
Avtrubbade affekter	N1	Endast intervju
Passiv/apatisk tillbakadragenhet	N4	Endast rapport
Bristande spontanitet och samtalsförmåga	N6	Endast intervju
Manér och kroppshållning	A5	Intervju & rapport
Udda tankeinnehåll	A9	Endast intervju

I remission med avseende på symtomens svårighetsgrad (ingen poäng ≤ 3)?

Ja Nej

VANFÖRESTÄLLNINGAR (P1):

Definition

Tankar som är orgrundade, orealistiska och idiosynkratiska, d v s uttrycker en individuell egenhet.

Skattningen baseras på:

Tankeinnehållet som det framkommer under **intervjun** och tankeinnehållets effekter på sociala relationer och beteende (**rapport**).

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimala** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätta** – Förekomst av en eller två vanföreställningar som är vaga, inte utkristalliserade och som inte försvaras ihärdigt. Vanföreställningarna påverkar inte patientens tänkande, sociala relationer eller beteende.
- 4. Måttliga** – Förekomst av en brokig samling av diffusa, vagt utformade, icke stabila vanföreställningar eller av några väl utformade som tillfälligtvis påverkar tänkandet, sociala relationer eller beteendet.
- 5. Måttligt svåra** – Förekomst av talrika väl utformade vanföreställningar som patienten ihärdigt håller fast vid och som tillfälligtvis påverkar tänkandet, sociala relationer eller beteendet.
- 6. Svåra** – Förekomst av en stabil samling vanföreställningar som är utkristalliserade, möjligen systematiserade och som patienten ihärdigt håller fast vid och som klart påverkar tänkandet, sociala relationer och beteendet.
- 7. Extrema** – Förekomst av en stabil samling vanföreställningar som endera är högt systematiserade eller mycket talrika och som dominerar viktiga områden av patientens liv. Detta resulterar ofta i inadekvata, ansvarslösa handlingar som även kan medföra risker för patientens eller andras säkerhet.

TANKEMÄSSIG DESORGANISATION (P2):

Definition

Desorganiserad tankeprocess, karakteriserad av avbrott av målinriktade sekvenser, t ex omständlighet, bristande relevans, uppluckrade (lösa) associationer, bristande sammanhang, uppenbart ologiskt tal eller tal med tankeblock.

Skattningen baseras på:

De kognitiva – verbala processerna som de kan observeras under **intervjun**.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimal** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätt** – Tänkanget är omständighet med bristande relevans eller paralogiskt. Svårighet att leda tankarna mot ett mål och något uppluckrade associationer förekommer när patienten är pressad.
- 4. Måttlig** – Klarar att fokusera tankarna när kommunikationen är kortfattad och strukturerad men tankeprocessen luckras upp eller blir irrelevant vid mer komplext samtal eller under minimal belastning.
- 5. Medelsvår** – Har generella svårigheter att organisera sina tankar vilket blir tydligt p g a ofta förekommande irrelevanta svar, bristande sammanhang och uppluckrade associationer även när patienten inte är pressad.
- 6. Svår** – Tänkanget har allvarligt spårat ur med bristande intern konsistens vilket resulterar i påtaglig irrelevans och splittrat tankeprocess som finns nästan konstant.
- 7. Extrem** – Tankeförloppet är splittrat till den grad att patienten är helt osammanhängande. Hög grad av uppluckrade associationer som totalt omöjliggör kommunikation (ordsallad eller mutism).

HALLUCINATORISKT BETEENDE (P3):

Definition

Verbal rapport eller beteende som tyder på opplevelser som inte är framkallade av externa stimuli. Dessa finns som syn, hørsel, lukt eller kroppslige sinnesintryck.

Skattningen baseras på:

Muntlig beskrivning og kroppslige manifestasjoner under **intervjun** samt **rapporter** från sjukhuspersonal eller familjemedlemmar.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej oppfylld.
- 2. Minimalt** – Tveksamt patologisk. Kan vara en ekstrem normalvariant.
- 3. Lätt** – En eller två klart formulerte men inte ofta forekommende hallucinationer eller ett antal diffusa abnorme perceptuelle opplevelser som inte forvränger tanker eller beteendet.
- 4. Måttligt** – Hallucinationerna opptræder ofte men ikke kontinuerligt og pasientens tanker og beteende påverkes endast i mindre grad.
- 5. Medelsvårt** – Hallucinationerna forekommer ofte, kan involvere mer än en sinnesmodalitet og tenderer att forvränge tänkandet og/eller påverka beteendet. Pasienten kan tolke dessa opplevelser i form av vanføreställninger og svare på dem emotionelt og tilfeldigvis även verbalt.
- 6. Svårt** – Hallucinationerna forekommer næstan kontinuerligt og forårsaker påtaglig splittring av tanker og beteende. Pasienten opplever og reagerer på hallucinationerna som virkelige perceptuelle opplevelser og pasientens funksjonsnivå påverkes av ofte forekommende emotionelle og verbale svar.
- 7. Extremt** – Pasienten är næstan totalt oppptagen av hallucinationer som praktisk taget helt dominerer tanker og beteende. Hallucinationerna tolkes via faste vanføreställninger og leder till verbale og beteendemæssige svar, inkluderande att pasienten lyder hallucinatoriske befallninger.

AVTRUBBADE AFFEKTER (N1):

Definition

Minskad emotionell reaktivitet som karakteriseras av en fattig ansiktsmimik, nedsatt känslöengagemang och nedsatt kroppsspråk.

Skattningen baseras på:

Observationer av fysiska manifestationer eller affektläge och emotionell reaktivitet under **intervjun**.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimal** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätt** – Förändringar i ansiktsuttryck och kroppsspråk som verkar uppstylat, tvångsmässigt, konstgjort eller brister i modulation.
- 4. Måttligt** – Fattig ansiktsmimik och patienten använder endast ett fåtal gester vilket ger ett avtrubbade intryck.
- 5. Medelsvårt** – Generellt flacka affekter med endast tillfälliga förändringar i ansiktsuttrycket och med fåtaliga gester.
- 6. Svårt** – Uttalad förfleckning och brist i känslöengagemang nästan hela tiden. Det kan förekomma omodulerade, extremt affektiva utbrott som excitation, raseri eller omotiverat, okontrollerat skratt.
- 7. Extremt** – Växlingar i ansiktsmimik och kroppsspråk saknas praktiskt taget helt. Patienten uppvisar ett konstant "träaktigt" utseende.

PASSIV/APATISK TILLBAKADRAGENHET (N4):

Definition

Minskat intresse för och initiativ i sociala sammanhang beroende på passivitet, apati, bristande energi eller viljelöshet. Detta leder till minskat personligt engagemang och till att patienten försummar sina ADL funktioner.

Skattningen baseras på:

Rapporter om socialt beteende från skötare/sköterskor, hemtjänst eller familjemedlemmar.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimal** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätt** – Visar tillfälligtvis intresse för sociala aktiviteter men tar sällan initiativ. Umgås vanligen endast med andra om de först tagit kontakt med patienten.
- 4. Måttlig** – Deltar passivt i de flesta aktiviteter men på ointresserat eller mekaniskt sätt. Föredrar att hålla sig i bakgrunden.
- 5. Medelsvår** – Deltar passivt i endast ett fåtal aktiviteter och visar praktiskt taget inget intresse och tar inga initiativ. Tillbringar vanligtvis föga tid med andra människor.
- 6. Svår** – Verkar apatisk och isolerad och deltar väldigt sällan i sociala aktiviteter och försummar tillfälligtvis personliga behov. Har mycket få spontana sociala kontakter.
- 7. Extrem** – Djupgående apati, socialt isolerad och försummar sig och sin ADL.

BRISTANDE SPONTANITET OCH SAMTALSFÖRMÅGA (N6):

Definition

Reduktion av kommunikationsförmågan i samband med apati, viljelöshet, försvarsbenägenhet eller kognitiva brister. Detta visar sig i form av minskat ord- och talflöde vid samtal.

Skattningen baseras på:

Kognitiva – verbala processer så som de tar sig uttryck under **intervjun**.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimala** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätt** – Patienten tar i samtal få initiativ. Patientens svar tenderar att bli kortfattade och torftiga, och ledande frågor måste ställas av intervjuaren.
- 4. Måttlig** – Samtalet flyter inte fritt och det blir ojämnt och haltande. Ledande frågor behövs ofta för att locka fram adekvata svar och fortsätta samtalet.
- 5. Medelsvår** – Patienten uppvisar en markerad brist på spontanitet och öppenhet, och svarar på intervjuarens frågor med endast en eller två korta meningar.
- 6. Svår** – Patientens svar begränsas huvudsakligen till några ord eller korta fraser i avsikt att undvika eller förkorta samtalet. (T.ex. "Jag vet inte", "Det får jag inte tala om"). Detta resulterar i att samtalet allvarligt försvåras och att intervjun blir högeligen inproduktiv.
- 7. Extrem** – Patientens tal är begränsat till, som mest, ett enstaka yttrande, vilket omöjliggör samtal.

MANÉR OCH KROPPSHÅLLNING (A5):

Definition

Onaturliga rörelser eller onaturlig kroppsställning som karakteriseras av en manerlig uppstyld, dåligt koordinerad eller bisarr framtoning.

Skattningen baseras på:

Observationer av de fysiska manifestationerna under **intervjun** samt **rapporter** från sjukvårdspersonal, hemtjänst och familjemedlemmar.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimal** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätta** – Lätt manerlighet i rörelserna eller mindre stelhet i kroppshållningen.
- 4. Måttliga** – Rörelserna är påtagligt manerliga eller dåligt koordinerade eller patienten intar en onaturlig kroppsställning under korta perioder.
- 5. Medelsvåra** – Tillfälliga bisarra ritualer eller förvridna kroppsställningar som man kan observera eller en onaturlig kroppsställning som patienten intar under längre perioder.
- 6. Svåra** – Ofta upprepade, bisarra ritualer, manér eller stereotypa rörelser eller en förvriden kroppsställning som patienten intar under längre perioder.
- 7. Extrema** – Patientens funktionsnivå är allvarligt störd p g a praktiskt taget konstanta rituella, manerliga eller stereotypa rörelser eller av en onaturlig fixerad kroppsställning vilket patienten bibehåller nästan hela tiden.

UDDA TANKEINNEHÅLL (A9):

Definition

Tänkandet karakteriseras av främmande, fantastiska eller bisarra idéer som varierar från sådana som är "vid sidan av" eller atypiska till sådana som är förvrängda, ologiska och uppenbart absurda.

Skattningen baseras på:

Tankeinnehållet som det framkommer under **intervjun**.

- 1. Saknas** – Definitionen är ej uppfylld.
- 2. Minimal** – Tveksamt patologiskt. Kan vara en extrem normalvariant.
- 3. Lätt** – Tankeinnehållet är något udda eller idiosynkratiskt eller patienten fogar in välbekanta idéer i ett udda sammanhang.
- 4. Måttligt** – Idéerna är oftast förvrängda och kan tillfälligtvis tyckas vara helt bisarra.
- 5. Medelsvårt** – Patienten uttrycker många främmande och fantastiska tankegångar (t.ex. att han/hon är en adopterad kungason/dotter, att han /hon har uppstått från de döda) eller några tankar som är uppenbart absurda (t.ex. att han/hon har 100 barn, att han/hon mottar radiomeddelanden från yttre rymden via en tandfyllning).
- 6. Svårt** – Patienten uttrycker många ologiska eller absurda idéer eller några med klart bisarr kvalitet (t.ex. att han/hon har tre huvuden, att han/hon ar en besökare från en annan planet).
- 7. Extremt** – Tänkandet är fullt av absurda, bisarra och groteska idéer.

GLOBAL FUNKTIONSSKALA (GAF-SKALAN)

GAF – Symtom	GAF	GAF – Funktion
Inga symtom	91–100	Synnerligen god funktionsförmåga inom vitt skilda områden, livsproblem förfaller aldrig bli ohanterliga, andra söker sig till personen på grund av hans eller hennes många positiva egenskaper.
Frånvaro av symtom eller minimala symtom (t.ex. lätt nervositet inför en tentamen).	81–90	God funktionsförmåga i alla avseenden, intresserad av och engagerad i ett antal olika aktiviteter, socialt kapabel, allmänt sett tillfreds med tillvaron, endast vardagliga problem eller bekymmer (t.ex. tillfälliga konflikter med anhöriga).
Om några symtom föreligger så rör det sig om övergående och förväntade reaktioner på psykosociala stressfaktorer, (t.ex. koncentrations-svårigheter efter familjegräl).	71–80	Endast obetydliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t.ex. tillfälligt på efterkälken med skolarbetet).
Vissa lindriga symtom (t.ex. nedstämdhet och lindriga sömnbesvär).	61–70	Vissa funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t.ex. tillfälligt skolk, stulit från annan familjemedlem), men i stort sätt tämligen välfungerande, har några etablerade, betydelsefulla personliga relationer.
Måttliga symtom (t.ex. flacka affekter och omständligt tal, enstaka panikattacker).	51–60	Måttliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t.ex. har endast få vänner, har konflikter med kolleger eller arbetskamrater).
Allvarliga symtom (t.ex. självmordstankar, svåra tvångsritualer, frekventa snatterier).	41–50	Allvarliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola (t.ex. inga vänner alls, oförmögen att behålla ett arbete).
Viss störning i realitetsprovningen, kommunikationsförmågan, omdöme, tankeförmåga eller sinnesstämning (t.ex. uttrycker sig tidvis ologiskt, oklart eller irrelevant)	31–40	Uttalade funktionssvårigheter i flera avseenden, såsom arbete eller studier, familjerektioner, (t.ex. en deprimerad man som undviker sina vänner, försummar familjen och är oförmögen att arbeta; ett barn som ofta ger sig på yngre barn, misslyckas i skolan och är trotsig hemma).
Beteende avsevärt påverkat av vanföreställningar eller hallucinationer eller allvarlig störning av kommunikationsförmågan eller omdömet (t.ex. stundtals osammanhängande, betar sig gravt inadekvat, ständigt suicidtankar).	21–30	Oförmögen att fungera i snart sagt alla avseenden (t.ex. ligger till sängs hela dagen, inget arbete, ingen bostad, inga vänner).
Viss risk för att individen tillfogar sig själv eller andra skada (t.ex. suicidhandlingar utan uppenbar dödsförväntan; ofta våldsam; maniskt uppskruvad) eller grav störning av kommunikationsförmågan (t.ex. mestadels osammanhängande eller mutistisk).	11–20	Stundtals oförmögen till elementär personlig hygien (t.ex. kladdar med avföring).
Ständig risk att individen tillfogar sig själv eller andra allvarlig skada (t.ex. återkommande våldsamhet) eller allvarlig suicidhandling med uppenbar dödsförväntan.	1–10	Ständig oförmögen till elementär personlig hygien.
Otillräcklig information.	0	

GAF-1 Symtom=[]

GAF-2 Funktion= []

GAF-Total= []

Otillräcklig information.

Klinik/Sektion: _____

Skattare: _____

Skattningsdatum

År

Mån

Dag

Patientens födelsedatum

Initialer

Vilket år upplevde patienten sina första psykiska symtom?

Vilket år kan patienten ha ansetts ha visat påtagliga tecken till sjukdom i form av försämrad funktion?

När sökte patienten första gång hjälp överhuvud taget för sina psykiska besvär (oavsett vilken vårdinstans), år?

År för första kontakt med psykiatri (oavsett var)?

Antal inläggningar pga. psykossymptom?

Huvuddiagnoskod ICD-nummer: F_____ satt År

- DSMIV kod: 295.30 Paranoid schizofreni
295.10 Desorganiserad schizofreni (hebefreni)
295.20 Kataton schizofreni
295.90 Odifferentierad schizofreni
295.60 Residual schizofreni
297.1 Vanföreställningssyndrom

Ytterligare psykiatrisk diagnos ?

Ja Specificera: _____

Nej

MEDICINSK BEHANDLING

Antipsykotisk behandling: Läkemedel: _____ Dosering: _____ Startdatum: _____

Läkemedel: _____ Dosering: _____ Startdatum: _____

Läkemedel: _____ Dosering: _____ Startdatum: _____

Läkemedel: _____ Dosering: _____ Startdatum: _____

Boende:

Ange patientens huvudsakliga boende under det senaste året.

Om patienten är inskriven i heldygnsvård välj det alternativ som skulle vara aktuellt om patienten ej skulle varit inskriven.

- | | |
|---|---|
| 1. Ordinärt ensamboende utan stödinsatser | 3c. Korttidsboende (på behandlingshem, HVB, SIS-institution, utslussnings boende el dyl) |
| 2. Ordinärt boende med beviljade stödinsatser | 4. Saknar bostad |
| 3. Stödboende/gruppboende | 5. Uppgift saknas |
| 3a. Permanent boende (enligt SoL eller LSS) med personal hela dygnet | 6. Bor med föräldrar/syskon med stödinsatser |
| 3b. Permanent boende (enligt SoL) med personal del av dygnet | 7. Bor med föräldrar/syskon utan stödinsatser |
| | 8. Övrigt |

Försörjning:

Har det senaste året erhållit minst hälften av sin försörjning från:

Endast ett alternativ möjligt.

Om personer som är sjukskrivna ej är sjukpenningberättigade och därför får ersättning från socialtjänsten anges alternativ 3.

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Egen försörjning (lönearbete, studiemedel, A-kassa, ålderspension/garantipension) | 4. Anhörig/eget kapital |
| 2. Sjukskrivning/sjukersättning | 5. Övrigt |
| 3. Försörjningsstöd | 6. Uppgift saknas |

Arbete/Sysselsättning:

Patientens ordinarie anställning/sysselsättning eller motsvarande?

Uppgiften avser huvudsaklig situation det senaste året.

- | | |
|--|---|
| 1. Arbete/studier öppna marknaden ≤50 % | 4. Arbetsrehabilitering på öppna marknaden (med stöd) |
| 2. Arbete/studier öppna marknaden >50 % | 4a. Arbetsrehabilitering i skyddad verksamhet |
| 3. Arbetslös/arbetsmarknadsåtgärd | 4b. Anpassad studieform |
| 3a. Skyddad verksamhet ≤50 % | 4c. Sysselsättning motsvarande SOL:s definition (dagcenter, brukarklubbar etc) |
| 3b. Skyddad verksamhet >50 % | 5. Ingen sysselsättning |
| | 6. Uppgift saknas |

Skolunderbyggnad:

Frågeformulering: Vilken är patientens högsta uppnådda utbildningsnivå?

- | | |
|---|---|
| 1. Ej fullgjord förgymnasial utbildning | 4. Fullgjord eftergymnasial utbildning (minst 2 år) |
| 2. Fullgjord förgymnasial utbildning | 5. Uppgift saknas |
| 3. Fullgjord gymnasial utbildning | 6. Övrigt |

Civil status:

- | | |
|-----------------|---|
| 1. Gift | 5. Änka/änkeman |
| 2. Sammanboende | 6. Aldrig varit gift eller sammanboende |
| 3. Separerad | 7. Särbo |
| 4. Frånskild | |

Har patienten någon fast relation (flick-/pojkvän/maka/make)?

För att en relation ska räknas som fast ska den ha varat i minst 3 månader. I övrigt definieras begreppet av patienten.

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. Nej, har aldrig haft. | 4. Ja, sedan mer än 1 år |
| 2. Nej, men haft en fast relation tidigare. | 5. Uppgift saknas/ej tillämpligt |
| 3. Ja, sedan mindre än 1 år | |

Sociala kontakter:

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Inga sociala kontakter | 4. Ibland 2–3 gånger per månad |
| 2. Endast i samband med arbete/skola (liknande) | 5. Regelbundet, varje vecka |
| 3. Sällan ca 1 gång per månad | 6. Endast med anhöriga |

Hushållets sammansättning:

Hushållets sammansättning, vuxna;

- | | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1. Ensamboende | 4. Bor med andra vuxna |
| 2. Bor med maka/make/sambo | 5. Uppgift saknas |
| 3. Bor med förälder/föräldrar | 6. Ensamboende med barn |
| | 7. Övrigt |