## Hensikt

Pasienter som blir henvist *Seksjon Ung Døgnenhet for utredning og behandling* med bestilling om avklaring og utredning (hvor det ofte er forsøkt poliklinisk utredning tidligere) skal utredes i forhold til psykisk lidelse og ruslidelse. Utredningsforløpet skal være kvalitetssikret av spesialist i rus- og avhengighetsmedisin/-psykologi og i tråd med anbefalinger fra fagforeninger, helsedirektoratet og kompetansetjenester. Det skal følge klinikkens, avdelingens og seksjonens prosedyrer dersom dette er aktuelt. Utredninger skal ved å ha vært drøftet på *Diagnosemøte* før diagnoser settes kvalitetssikkres av spesialist (jfr pakkeforløp *Psykiske helse og rus* samt *Prosedyre - Ansvar og roller i pasientbehandlingen*

*Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA)*).

## Fremgangsmåte

Når pasienten har vært igjennom en innledende *På vei inn fase* (>3 uker) på enheten kan utredning vanligvis påbegynnes. Noen deler av utredningen krever dokumentert rusfrihet i forkant av undersøkelsene for å sikre rimelig god kvalitet/sikkerhet i resultatene og vurderingene (gjelder spesielt tester som går på kognisjon eller symptomintenisitet). Som tommelfingerregel bør en avvente 6 uker fra siste rusinntak før en utreder kognisjon. Gjentatte rusinntak kan føre til at utredningen blir utsatt og tar lenger tid. I noen tilfeller vil det ikke være hensiktsmessig å utrede grunnet svært dårlig ”rusmestring” dvs. hyppige rusinntak og abstinensreaksjoner. Akutte og langvarige abstinenssymptomer må tas med i betraktning under hele utredningen.

Utredningen av psykisk helse kan ikke ”stå på egne bein” uten skal samkjøres med og vurderes opp imot de medisinskfaglige, sykepleiefaglite og sosialfaglige delene av utredningen dvs. den skal være tverrfaglig. Dette fordi somatiske tilstander som kan gi psykiatriske symptomer skal være utredet/avklart - f.eks. smertetilstander, hormonelle fortyrrelser, kromosomavvik og skader på CNS/hjernen. Det er også nødvendig å kartlegge sosiale faktorer som man vet kan føre til psykisk lidelse - f.eks. pågående overgrep, fattigdom og økonomiske problemer, mangel på relasjoner/nettverk, arbeidsledighet/ikke meningsfylte aktiviteter, bostedsløs, etc.

Utredningen tar seg av følgende områder eller kategorier av psykiske problemer:

* *Symptomintensitet/”symptomtrykk”*
* *Symptomdiagnoser/akse 1-diagnoser (herunder affektive lidelser, angstlidelser, traumelidelser, psykoselidelser, spiseforstyrrelser, etc)*
* *Personlighetsforstyrrelser*
* *Nevroutviklingsforstyrrelser*
* *Kognitiv funksjon/svikt*
* *Opplevelse og beskrivelse av barndommen og oppveksten*
* *Opplevd egenverdi og selvtillit*

Siden alle pasienter allerede har diagnose på ruslidelse(-r) når de kommer inn, vil det være hensiktsmessig å revurdere disse ved utskrivelse. Rusanamnese og ”rusens funksjon” blir per nå kartlagt utenom utredningen av psykisk helse (og altså ikke av behandler), men informasjonen blir journaført og kan brukes inn i selve utredningen. Diagnosen 1X.2 ”Avhengighetssyndrom” skal stilles dersom ”tre eller flere av følgende kriterier har inntruffet samtidig i løpet av det foregående året”, dvs. dette kan i noen tilfeller endre seg i løpet av behandlingen, og at diagnoser i slike tilfeller bør endres. En kan også bruke tilleggskoder for å spesifisere at pasienten ikke ruser seg aktuelt (F 1X.20-26), f.eks. ”F1x.21 - For tiden abstinent, men i beskyttede omgivelser”

Utredningen er modellert etter en trinnvis fremgangsmåte som er praksis i mange PHV og TSB avdelinger. På Seksjon Ung Døgn defineres *Trinn 1* (eller *Basis*) tydelig, deretter et utvalg utredningsverktøy på *Trinn 2* (eller *Utvidet*) i forhold til de symptomer eller områder som gav funn i Trinn 1. *Trinn 3* (eller *Spesialisert*) anslås det ikke å være behov for i merparten av utredningene og dette trinn kan inkludere f.eks. ekstern nevropsykologisk undersøkelse, evneutredning eller andre type spesialiserte undersøkelser (genotyping, lærevansker, søvnregistrering, etc).

Ved utvidet utredning kommer også områdene/kategoriene *følelsesreguleringsvansker, følelsebevissthet, opplevelser av/i nære relasjoner* samt flere *utviklingsforstyrrelser* opp.

Ved spesialisert utredning vil *evnenivå* og andre områder/kategorier kunne bli kartlagt.

Utredning *Trinn 1* skal i utgangspunktet gjøres for alle pasienter som enten:

a) ikke er tidligere utredet

b) hvor det spesifikt er bestilt utredning i henvisningen eller

c) når pasienten ønsker det og det samtidig vurderes hensiktsmessig av behandlingsansvarlig f.eks. ved uavklarte tilstander, utdaterte tidligere utredninger, ”second-opinion” eller når tilstandsbildet har endret seg vesentlig.

Hvis pasienten ikke samtykker til utredning men det var bestilt utredning i henvisning eller det var en del av behandlingsplanen, så skal det opprettes en ny behandlingsplan sammen med pasient og henviser. Det skal da vurderes på nytt hvor langt opphold ved *Seksjon Ung Døgnenhet for utredning og behandling* pasienten er i behov av, men også hele oppholdet kan vurderes – er det nok grunnlag igjen for innleggelsen?

Hvis pasienten skal utredes under innleggelse, skal forholdet mellom å delta i enhetens faste behandlingsprogram versus å ha timer med psykologfaglig-, medisinskfaglig-, sykepleier- og sosialfaglig på team avklares. Dersom behandlings- og utredningstiltak kommer i konflikt bør det avklares i team sammen med pasienten og nedfelles i behandlingsplan, f.eks. ”pasienten skal ikke delta i aktivitetsgruppe da han/hun skal ha 3 psykologtimer i uken for utredning”.

Utredninger skal ivareta etiske aspekter rundt pasientrelasjonen, og det skal brukes evidensbaserte metoder og verktøy. Behandlere som utfører utredningen er lovpålagt å kun bruke kvalitetssikrede tester som de selv har kompetanse til å bruke. Det kreves ofte kursing/opplæring i bruk av de enkelte testene og noen ganger sertifisering for å få lov til å bruke testverktøy. Utredninger skal ha et avveid forhold mellom kost og nytte. Pasienten bør informeres i forkant av utredningen om hvilke implikasjoner konklusjonene og diagnosene kan føre til. Pasienten kan ikke ”nekte” en diagnose når utredning er fullført, men kan klage.

Utredninger skal kvalitetssikres tverrfaglig og av spesialist. Ved oppstart av utredning skal pasienten og saken med bakgrunnsinformasjon presenters i *Diagnosemøte*. Der skal det legges en plan for utredning i samarbeid med spesialist (jfr pakkeforløp *Psykiske helse og rus* samt *Prosedyre - Ansvar og roller i pasientbehandlingen Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA)*). Når det er blitt tatt opp i møte skal det journalføres med *dokumenttype* ”Tverrfaglig møtereferat...” og *betegnelse* ”Diagnosemøte” (frase for *Diagnosemøte* bør brukes). Pågående utredning kan tas opp fortløpende, f.eks. når resultater fra Trinn 1 foreligger og man i diagnosemøte vurderer å gå videre med Trinn 2 eller ved ulike type utfordringer underveis. Testresultat skal journalføres med egnet frase (se nedenfor).

Da planen for utredning er fullført skal utredningsresultater og foreløpige vurderinger/diagnoser legges frem i *Diagnosemøte* hvor man sammen med spesialist drøfter utredningen og prøver å konkludere med diagnoser og eventuelt anbefalinger for videre behandling. Også dette skal journalføres med ”Tverrfaglig møtereferat...” og *betegnelse* ”Diagnosemøte” (frase for *Diagnosemøte* bør brukes)*.* Før den avsluttende drøftingen, skal tentative diagnoser bli tatt opp i team og vurderes opp imot de sosialfaglige, sykepleiefaglige og medisiskfaglige delene av utredningen. Dette kan gjøres i behandlingsmøte, alt. i ekstrainnkalt teammøte uten pasient.

Det er svært viktig å få med i journal de differensialdiagnostiske vurderingene, sånn at det kommer frem hvorfor en spesifikk diagnose blir stilt. Ingen enkelttest kan brukes til å stille diagnose. Det er forventet at pasienten oppfyller kriterier for flere diagnoser, og en bør ha noe kunnskap om hvilke tilstander som ofte forekommer sammen eller øker risikoen for tilleggsproblemer - f.eks. ADHD og økt risiko for affektiv lidelse, angstlidelse, lærevansker, avhengighet, arbeidsledighet, overvekt, trafikkulykker, kriminalitet, etc. Diagnoser er ”ferksvare” og det kan være like viktig å fjerne diagnoser som det å stille nye diagnoser. En kan også prøve å si noe om hvor stor grad av usikkerhet (og hvorfor) det er for dianosene.

Det er også svært viktig å innhente tidligere utredninger i starten av innleggelsen (eller før), sånn at de kan brukes enten til å avklare hvorvidt en skal gå for utredning, eller brukes som grunnlag og informasjonkilde i aktuell utredning.

Utredningen av psykisk helse skal oppsummeres i en *Utredningsrapport*. Det er viktig å beksrive hvordan symptomene/vanskene spiller seg ut i pasientens hverdag og påvirker funksjonsnivået. Prøv å bruke et språk og formuleringer som tar høyde for at pasienten og andre fagpersoner skal lese og forstå den. Vitkig her å få med pasientens sterke sider/ressurser samt hva som fungerer normalt.

Funksjonen til screeningverktøy er å raskt avklare om det er et område en bør gå videre på å utrede. Screeningverktøy er ofte overinklusive, dvs hvis du får et negativt svar er det en god indikasjon på at du ikke trenger å utforske dette videre. Screeningverktøy skal ikke brukes til å stille diagnose men de er et første trinn eller en slags siling av retning i utredning.

Skåringsnøkler og informasjon om testenes kvaliteter, begrensninger og empirisk utprøving må være kjent for behandler som bruker testene. Hvis ikke kan spesialist som regel veilede behandler på dette. Det er ikke lov å bruke tester man ikke har kjennskap/kompetanse til eller tester som krever sertifisering (kurs) når man ikke har det f.eks. WAIS, CPT3, RBANS.

## Utredningsverktøy - Trinn 1 (Basis)

* MINI 6.0 (modul B, I, J, O, P utelatt, + B, H, R, S, T, U, X, Y, Z fra MINI Plus 5.0)

alternativt SCID-5-KV / SCID-I (inklusive silings-/screening modul)

* IPDS og intervju (”Innledende spørsmål...”) fra SCID-5-PF
* ASRS 1.1
* MoCA
* YATEP kan brukes dersom pasienten spesifikt samtykker til det, og hvis ikke bør det vurderes om noen av testene skal tas på nytt (gjelder spesielt SCL-10, RSES og CTQ)

## Begrunnelse til valg av screening- og testverktøy

Utredning av de vanligste s.k. ”Akse 1-lidelsene”:

A1. MINI 6.0.0 – MINI INTERNASJONALT NEVROPSYKIATRISK INTERVJU + Mini Plus

A2. SCID-5-KV (SCID-I) – Structured Clinical Interview for DSM – 5 – klinikerversjon

Screening for personlighetsforstyrrelse:

A. IPDS – Iowa Personality Disorder Screen

B. Intervju (”Innledende spørsmål ved utredning av personlighets-forstyrrelser”)

Screening for utviklingsforstyrrelse (”ADHD”):

A. ASRS 1.1 - ADHD Self-Report Scale

Screening for kognitiv dysfunksjon:

A. MoCA – Montreal Cognitive Assessment

Selvvurdering av symptomintenistet:

A. SCL10 – Symptom Checklist 10

Selvvurdering av selvtillit og selvfølelse:

A. RSES – Rosenberg Self-Esteem Scale

Selvvurdering av traumer/omsorgssvikt i barndom og oppvekst:

A. CTQ – Childhood Trauma Questionnaire

Hvis ikke SCID-5-KV / SCID-I er tilgjengelig på enheten, eller behandler som utreder ikke har nødvendig kompetanse til å bruke verktøyet, kan MINI 6.0 eller tilsvarende brukes isteden.

Personlighetsforstyrrelse er viktig å utrede, fordi det har mye å si for pasientens videre behov og rehabilitering, men det er også en stor risikofaktor for drop-out. Utredning av personlighetsforstyrrelse er noe mer omfattende og en god screening kan spare ressurser.

Kognitiv svikt er viktig å utrede, fordi det har mye å si for pasientens videre behov og rehabilitering, men også en risikofaktor for drop-out eller manglende nytte av behandlingen. Personer med kognitiv svikt eller psykisk utviklingshemming trenger ofte tilrettelagt behandling. Utredning av kognitiv svikt er noe mer omfattende og en god screening kan spare ressurser.

Utviklingsforstyrrelser, spesielt ADHD, er viktig å utrede innen TSB fordi det har mye å si for pasientens videre behov og rehabilitering, og ubehandlet er det en stor risikofaktor for generelt dårlig prognose. ADHD er overrepresentert i pasientgruppen og utredning av utviklingsforstyrrelse er ofte mer omfattende og komplisert enn ved andre tilstander. En god screening kan spare ressurser.

MoCA kan utelates dersom man allerede vet at man skal innom mer spesifik og nøyaktig kartlegging/utredning av kognisjon f.eks. ved bruk av RBANS eller WAIS-IV.

## Journalføring og DIPS

Behandler fører fortløpende journal med dokumenttype ”Journalnotat behandler...” men alle tester som er administrert må journalføres, og da gjør man det i tillegg med separat notat *dokumenttype* ”Testnotat...”og i *betegnelse* skriver man navnet til testen f.eks. ”SCL-10”. Det er anbefalt å markere hvorvidt testen er en del av YATEP, forslagsvis ved å skrive f.eks. ”SCL-10 (YATEP)” i *betegnelse*. Hvert notat fra en administrert test skal inneholde en beskrivelse av testen, ev. observasjoner fra administreringen, samt resultat og vurdering. Det jobbes med å bygge opp en frase-bank med testspesifikke fraser, som vil bli lagt på fellesområde og/eller lagt inn i DIPS.

Utredningen sammenfattes i en rapport og journalføres under *dokumenttype* ”Utredning”. Bruk frase eller mal for *Utredningsrapport (psykisk helse)*. Konklusjon og oversiktlig beskrivelse av utredningen journalføres som en del av den *oppsummeringen* av oppholdet (Resymé) behandlingsansvarlig lager mot slutten av behadnlingen, og journalføres under *dokumenttype* ”Resyme”. Etter det at utredingen er ferdigsstilt (vurdert og journalført samt tatt opp i diagnosemøte for kvalitetssikring av spesialist) så skal nye diagnoser registreres i DIPS under diagnoseknappen. Ved opprettelse av *epikrise*, vil en vanligvis kunne flette inn *oppsummeringen* og enten legge ved *utredningsrapporten* eller skrive at den kan bestilles.

Oversikt journaltyper, -betegnelser og rekkefølge:

1. Tverrfaglig møtereferat... / Diagnosemøte
2. Journalnotat behandler... / Utredningstime + Testnotat / [Navn på test]
3. Tverrfaglig møtereferat... / Diagnosemøte
4. Tverrfaglig møtereferat... / Teamdrøfting
5. Utredning... / Utredningsrapport
6. Resyme / Resyme
7. Epikrise RUS / Epikrise RUS
* Ved punkt 1. opprettes det en plan for utredning
* Punkt 2. journalføres hver gang en har tatt en test
* Ved punkt 3. og 4. kan rekkefølgen også være omvendt
* Punkt 5. er fyldig og redegjører i detalj for utredningen
* Punkt 6. inneholder en oversikt og konklusjoner fra utredningen
* Punkt 7. baserer seg på Resyme (punkt 6.)

### Notatfrase - Diagnosemøte

*Tilstede: (spesialister skal nevnes her med etternavn)*

*Tester/materiale/observasjoner/anamnese*

*Resultat/tolkning*

*Vurdering/differensialdiagnostikk*

*Konklusjon/tiltak*

*Diagnoser*

### Notatfrase - Utredningstime

*Aktuelt*

*Status presens*

*Tiltak/tester*

*Vurdering*

### Notatfrase - Testnotat

*[Fullt navn og beskrivelse av testen]*

*Resultat*

*Vurdering*

*Referanse*

### Notatfrase - Utredningsrapport

*Henvisning og problemstilling*

*Bakgrunnsinformasjon*

*Metodebeskrivelse*

*Observasjoner og komparentopplysninger*

*Resultatfremstilling*

*Vurdering og konklusjon*

*Anbefaling av videre tiltak og oppfølging*

## Utredningsverktøy - Trinn 2 (Utvidet)

Vurder nytt anamneseopptak

Komparentintervju (helst ved bruk av standardisert semistrukturert mal)

Systematiske observasjoner i miljøet

Gjennomgang av tidligere utredninger

Rapporter fra skolegangen

Søvnkartlegging (Søvnkartleggingsskjema, BSNQ, søvndagbok, BSI, ISI, Sleep Hygiene Index)

Rusens funksjon / Alchohol-E / DUDIT-E

DIVA 2.0 og WURS (ADHD)

WFIRS-S (Funksjonsnedsettelse/ADHD)

SCID-5-PF, eventuelt inklusive silings-/screeningmodul SCID-5-SPF (Personlighetsforstyrrelse)

RBANS (Kognitiv funksjon)

BRIEF-A (Vansker i hverdagen som kan knyttes til eksekutiv dysfunksjon)

SCI-PANSS (Psykoselidelse)

RAADS-R (Asperger/autisme)

SCL-90R (Symptomintensitet)

ITQ , TRAPS, IES-R, PCL-5, SDQ, KAPS-5 (Traumer)

BRIEF-A (Eksekutiv fungering)

BDI-II, PHQ-9, MADRS-S/MADRS, YMRS, MDQ, HCL-32 (Affektive lidelser)

OCI-R, YBOCS (Tvangslidelse)

LSAS, SPRS (Sosial angstlidelse)

BAI (Angstlidelse/panikklidelse)

SHC (Somatiske helseplager)

TAS-20 (Aleksitymi)

DERS-36 (Emosjonsregulering)

ECR (Relasjonell fungering)

### Begrunnelse til valg av screening og testverktøy

Hvis ikke SCID-5-PF er tilgjengelig på enheten, eller behandler som utreder har nødvendig kompetanse til å bruke dette verktøyet, kan den uofisielle ikke kvalitetssikrede oversettelsen av SCID-II midlertidlig brukes.

## Utredningsverktøy - Trinn 3 (Spesialisert)

SCID-D

CPT3

WCST

TMT

Stroop

WAIS-IV

SIPP-118

Nevropsykologisk testbatteri/utredning

### Begrunnelse til valg av screening og testverktøy

SIPP-118 Severity Indices of Personality Problems

WAIS-IV – Wechsler Adult Intelligence Scales