

Basisscreening for psykiske lidelser i misbrugsbehandlingen



- Screeningsværktøj
- Inspiration til yderligere screening
- Inspiration til organisering af screeningen

KL 2012

Udarbejdet for KL af:

Cand.psych. Steen Guldager, Socialpsykologisk Center/Fredericia Misbrugscenter
Cand.psych., PhD Morten Hesse, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Screeningsværktøjet kan downloades på www.kl.dk/klscreeener

Indledning

KL har valgt at udvikle dette screeningsværktøj, dels fordi det er enkelt for misbrugsbehandlerne at anvende, dels at screeningsværktøjet stilles frit for de kommunale misbrugsbehandlere. KL vil derudover arbejde for, at screeningsværktøjet gøres elektronisk således, at de enkelte kommune kan dokumentere indsatsen, og der kan tilvejebringes aggregerede data.

Niveauer i screening

Screening kan ses som en indsats på graduerede niveauer. Det følgende er blot til inspiration. Der er et utal af mulige screeningsværktøjer, og der udvikles og forskes løbende på området. Bemærk, at nogle af de nævnte eksempler på værktøjer skal købes, mens andre er gratis, at nogle kræver certificering, nogle kun må anvendes af psykologer/læger etc. Alle kræver naturligvis et professionelt bagland (psykolog/psykiater/læge) for at sikre etik og kvalitet. Det betyder, at der er behov for nogle strategiske og organisatoriske overvejelser inden implementeringen af screeningsværktøjet påbegyndes. På sidste side i dette screeningsværktøj er der en organisatorisk checkliste, som kan anvendes til inspiration.

Anvendelsen af værktøjerne kræver bl.a., at

- man har formuleret internt samt for borgerne, hvordan screeningen udføres, hvad den skal bruges til, hvordan der følges op på den, etc.
- medarbejderne er undervist, trænet og superviseres i værktøjerne
- medarbejdere, der ikke er psykologer/psykiatere/læger kun opgør resultater, ikke konkluderer, men videregiver til disse ved resultater, der kalder på yderligere udredning
- egentlig udredning kun foretages af psykolog/psykiater/læge (internt eller eksternt), og at centret har en klar struktur for dette, herunder tilbagemelding til borgeren.

Niveau I: Basal screening

Medarbejdere udfører. Psykolog/psykiater/læge vurderer.

Eksempler på værktøjer:

- KL's screener
- BAI (Beck Anxiety Inventory, aktuelle angstsymptomer)
- BDI (Beck Depression Inventory-II, aktuelle depressive symptomer)
- ASRS (ADHD-symptomer, pas meget på ikke at overkonkludere på resultaterne!)
- M.fl.

Niveau II: Grundigere screening/udredning

Psykolog/psykiater/læge eller specialuddannede medarbejdere udfører. Psykolog/psykiater/læge vurderer.

Eksempler på værktøjer:

- Grundig psykopatologisk orienteret anamnese, herunder familiære genetiske og sociale dispositioner, livsforløb, eventuelle hjernepåvirkninger etc.
- Fuld MINI (Mini Internationalt Neuropsykiatrisk Interview, dansk version 5.0.0, bred psykiatrisk screening)
- ADIS IV (Anxiety Disorders Schedule, adult version, angstlidelser)
- DIVA 2.0 (Diagnostisk interview til brug for udredning af ADHD hos voksne)
- NEO PI-R (personlighedsprofil)

- SCID-II (personlighedsfortyrrelser)
- MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, personlighedsforstyrrelser og klinisk psykiatriske symptomer)
- MOCA (Montreal Cognitive Assessment, koncentreret kognitivt testbatteri)
- BRIEF-V (Behaviour Rating Inventory of Executive Function, selvudfyldelse samt pårørendeversion, eksekutivfunktioner)
- M.fl.

Niveau III: Specialistudredning

Specialtrænet psykolog/psykiater/læge udfører og vurderer.

Eksempler på værktøjer:

- MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, personlighedsprofil, personlighedsforstyrrelser, psykopatologi)
- Neuropsykologiske testbatterier/deltests
- Rorschach (Klinisk personlighedsvurdering)
- M.fl.

Screenere for psykiske lidelser til misbrugsbehandling

Information til brugeren

Hvorfor skal man deltage i en screening?

Formålet med screeningen er at skaffe information både til behandlingen, og så vi på landsplan kan få et overblik over, hvad folk har brug for hjælp til, og hvordan vi så kan tilpasse hjælpesystemerne til det.

Forskning tyder på, at mere end halvdelen af mennesker, der udvikler afhængighed af stoffer og alkohol, har haft symptomer på psykiske lidelser lang tid før de begyndte at bruge stoffer/alkohol.

Vi vil gerne hjælpe dig så godt som muligt. Derfor ser vi også efter eventuelle psykiske lidelser, du kunne have brug for hjælp til i forbindelse med misbrugsbehandlingen.

Det er klart, at man også skal se på alle de andre vigtige ting i dit liv, men her er det lige eventuelle kendte psykiske lidelser, vi ser efter.

I denne screening ser vi på fire områder: Angst/depression, antisocial personlighedsforstyrrelse, neuropsykologiske vanskeligheder og alvorlige sindslidelser.

Hvis du har svært ved at læse, koncentrere dig eller andet, kan du bede om at få skemaet læst op.

Screening kan tjene to formål:

Det kan hjælpe os til tidligt at opdage, om du har særlige behov, der skal løses, så vi ikke først opdager det langt henne i misbrugsbehandlingen, eller helt overser det. Det vil sige, at du tidligt kan få hjælp til forskellige vanskeligheder, eller at vi kan tage hensyn til særlige behov i behandlingen.

Og vi kan dokumentere, at nogen har vanskeligt ved at få hjælp til psykiske problemer, som vises gennem screeningen, men som typisk ikke fører til behandling eller mere omfattende undersøgelse. På den måde kan din medvirken til screeningen sikre, at vi lærer om vanskeligheder, som ikke identificeres i dag, og dermed har mulighed for at forbedre behandlingssystemet.

Depression og angst: Inden for de seneste 2 uger, hvor ofte har du været generet af følgende problemer?

(Marker dit svar med “✓”)

1. Lille interesse i eller glæde ved at gøre ting

- 0 Slet ikke
- 1 Flere dage
- 2 Mere end halvdelen af dagene
- 3 Næsten hver dag

2. Følt dig nedtrykt, håbløs eller været deprimeret

- 0 Slet ikke
- 1 Flere dage
- 2 Mere end halvdelen af dagene
- 3 Næsten hver dag

3. Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt

- 0 Slet ikke
- 1 Flere dage
- 2 Mere end halvdelen af dagene
- 3 Næsten hver dag

4. Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring

- 0 Slet ikke
- 1 Flere dage
- 2 Mere end halvdelen af dagene
- 3 Næsten hver dag

Kilde: Patient Health Questionnaire

Til behandleren:

Spørgsmål 1 + 2: Er scoren mere end 5: Undersøg nærmere for depression.

Hvis der er en depression, bør dette tages i betragtning på følgende måder:

- Depression kan behandles med medicin eller samtaler eller en kombination, selv om man er misbruger. Egen læge er indgangen til sundhedssystemet. Der er tilskudsordning til psykolog-hjælp ved depression, og lægen kan henvise til behandlingspsykiatrien ved meget alvorlig depression eller bipolar affektiv sindslidelse. Er misbruget massivt, er det sandsynligt, at behandlingen ikke vil give de samme resultater, som man ville forvente uden misbrug, men behandling er bedre end ingen.
- Mange mennesker med svære depressive symptomer bliver modløse og trækker sig ind i sig selv i perioder. Lav aftaler med klienten om, hvorvidt behandlingsstedet må og kan være opsøgende i form af telefonopkald, hjemmebesøg eller andet, hvis klienten holder op med at møde op eller svare på kontaktforsøg.

Spørgsmål 3 + 4: Hvis scoren er mere end 5: Undersøg nærmere for angstlidelse, undersøg hvilken/hvilke angstlidelser, der er tale om.

- Angst skal ikke behandles med samtalerapi, når der samtidig er misbrug.
- Psykoedukation omkring angst kan være en mulighed.
- Diskuter sammenhænge mellem angst og misbrug, med særligt fokus på, hvordan misbrugsstofferne kan fremme angstsymptomer. Eksempelvis kan tømmermænd gøre, at man føler sig følelsesmæssig sårbar, og stoffer som amfetamin, kokain og hash kan gøre, at man føler at andre mennesker er ude efter én eller ikke kan lide én, når man har taget dem over længere tid.
- Hvis klienten skal henvises til døgnbehandling, dagbehandling eller gruppesamtaler, er det vigtigt at tale med ham eller hende om muligheden for at gruppebehandlingen kan give bagslag.
- Sørg for, at der laves aftaler om, at klienten kan trække sig fra gruppen, hvis det bliver nødvendigt.
- Forbered behandleren på reaktioner, som kan skyldes angsten. Angst kan føre til, at klienten ikke magter at tage stilling til spørgsmål, ikke vover at kaste sig ud i nye ting, eller bruger stofferne til at flygte fra sine følelser. Her er det også vigtigt at vide, hvilken/hvilke angstlidelser, der er tale om.

Til brugeren:

Hvorfor spørger vi til selvmord?

Det er fordi mange som bruger stoffer/alkohol, kan have tanker om døden og selvmord i perioder.

SUICIDALITET

Er det i løbet af den seneste måned sket at du

- C1 tænkte, at det ville være bedre at være død eller ønskede at du var død?
- C2 ønskede at skade dig selv?
- C3 tænkte på selvmord?
- C4 havde en selvmordsplan?
- C5 har forsøgt selvmord

NEJ	JA

I løbet af dit liv:

- C6 Har du nogensinde foretaget selvmordsforsøg?

NEJ	JA

Til behandleren:

Er mindst 1 af ovenstående besvaret med **JA**?

Hvis Ja, **uddyb** graden af selvmordsrisiko som følger:

C1 eller C2 eller C6 = JA: LAV

C3 eller (C2+C6) = JA: MIDDEL

C4 eller C5 eller (C3 + C6) = JA: HØJ

Marker med kryds i boksen

NEJ	JA
Suicidalrisiko aktuel	
Lav	
Middel	
Høj	

Kilde: M.I.N.I. 5.0.0 dansk

Gør scoren op jvf. instruktionen. Hvis der er positive svar, kan du undersøge, om du må spørge yderligere ind til det:

C1, C2, C3: Du kan spørge ind til hyppighed og eksempler på konkrete tanker.

C4: Du kan spørge, om vedkommende vil fortælle, hvad den går ud på: Læg mærke til, hvor konkret den er: Er der tid, sted, metode, forberedelser, er det planlagt, at ingen skal kunne opdage det. Det kan give en indikation af alvorligheden.

C5: Du kan undersøge, om du må spørge ind til det konkrete igen: Tid, sted, metode, forberedelser, var det planlagt, at ingen skal kunne opdage det, har der været nogen fra hjælpesystemerne, pårørende, venner, der har fulgt op på det, hvordan tages der hånd om eventuelle tilbagevendende selvmordstanker etc. Det kan igen give en indikation af alvorligheden.

C6: Du kan spørge til, om der har været flere selvmordsforsøg, hvornår det senest skete, hvordan omstændighederne var, hvornår første gang, om der har været fulgt systematisk op på det etc.

Hvis du konstaterer selvmordsrisiko eller har bekymring omkring det, bør du vende det med kollega, afdelingsleder, jeres psykolog/psykiater ift. opfølgning gennem vedkommendes egen læge/behandlingspsykiatrien, evt. psykiatrisk skadestue. Straks, hvis det er alvorligt, ellers snarest.

Det er ikke misbrugscentrets opgave at håndtere selvmordsproblematikker, dermed heller ikke din opgave. Den opgave ligger i sundhedssystemet. Men du/I har pligt til at reagere på det og tage kontakt til sundhedssystemet ved reel bekymring.

I bør på misbrugscentret have en **formuleret strategi** for, hvad I gør, når I møder selvmordsrisici hos jeres brugere. Strategien skal være koordineret med sundhedssystemets tilbud. Herunder, hvad I gør i eventuelle akutte situationer (kan vi få fat i en læge, der kan indlægge, kan vi få vedkommende på psykiatrisk skadestue etc.).

Dyssocial personlighedsstruktur

P1 Har du gjort noget af følgende, før du var 15 år gammel:	NEJ	JA
A Pjækket gentagne gange fra skole eller løbet hjemmefra natten over?		
B Løjet, snydt, stjålet eller gentagne gange fuppet andre?		
C Startet slåskampe, mobbet, truet eller skræmt andre?		
D Med vilje ødelagt ting eller lavet brandstiftelse?		
E Med vilje mishandlet dyr eller mennesker?		
F Tvunget nogen til at have sex med dig?		

P2	Ved følgende spørgsmål skal JA IKKE afkrydses hvis adfærden ene og alene er religiøst motiveret	Siden 15 år	Sidste år	Sidste måned
		NEJ	JA	JA
A	... gentagne gange opført dig på en måde, som andre ville anse for uansvarlig, som f.eks. ladet være med at betale for ting du skyldte for, bevidst optrådt ubehersket eller med fuldt overlæg valgt ikke at arbejde for at underholde dig selv? (hvis ja) Også indenfor det sidste år? Sidste måned?			
B	... gjort ting, der er ulovlige, selv om du ikke blev taget (dvs. hærværk, butikstyveri, tyveri, salg af stoffer eller grov kriminalitet)? (hvis ja) ”Har du også gjort det indenfor det sidste år? Sidste måned?”			
C	... været gentagne gange i slagsmål (inklusive håndgemæng med din ægtefælle eller dine børn)? (hvis ja) ”Er det også sket indenfor de sidste 12 måneder? Sidste måned?”			
D	... ofte løjet for eller fuppet andre mennesker for at få penge eller adgang til fornøjelser, eller løjet bare for sjov? (hvis ja) ”Har du også gjort det indenfor det seneste år? Sidste måned?”			
E	... udsat andre for fare uden at bekymre dig om det? (hvis ja) Også indenfor det sidste år? Sidste måned?			
F	... gjort nogen fortræd, mishandlet nogen, løjet over for nogen, stjålet fra nogen eller øvet hærværk uden at føle skyld bagefter? (hvis ja) Også indenfor det sidste år? Sidste måned?			
G	... truffet store beslutninger efter en indskydelse, så som at flytte, afbryde en uddannelse eller droppe et langvarigt forhold? (hvis ja) Også indenfor det sidste år? Sidste måned?			

Til behandleren:

Er der svaret JA til 3 eller flere i P1 og 3 eller flere i P2 siden 15 års alderen	NEJ	JA - Antisocial personlighed
Er der svaret ja til 3 eller flere i P1 og 1 eller flere i P2 i det seneste år	NEJ	JA Antisocial personlighed AKTUELT

Tilpasning af behandlingen til dyssocial personlighedsstruktur

- Vær åben over for klienten om problemerne fra starten (en slags psykoedukation). Påpeg, at det kan ske, at han eller hun får lyst til at lyve, spille nogen ud mod hinanden, eller leve et dobbeltliv under behandlingen. Gør det klart for klienten, at denne slags adfærd vil gøre, at han intet vinder ved at være i behandlingen.
- Tal om sammenhængen mellem kriminalitet og misbrug.
- Lav meget klare og tydelige aftaler. Sørg om muligt for, at der konstant er kortsigtede gevinster for klienten, hvad får vedkommende ud af at deltage ('what's in it for you?').
- Tal med klienten om, at et livslangt mønster ikke brydes på kort tid, og at der kun vil ske varige forandringer, hvis behandlingen er langvarig.

Til brugeren:

Kognitiv funktion

En del mennesker, som har haft problemer med alkohol eller stoffer, har været ude for ulykker, hvor de har slået hovedet, eller har fået en overdosis eller har været forgiftede. Andre har været igennem en svær fødsel, hvor deres nervesystem kan have taget skade, eller har haft en mor, der misbrugte alkohol, stoffer eller medicin under graviditeten.

Den slags ulykker og forhold kan give skader på hjernen, som kræver en nøjere undersøgelse, genoptræning, eller som måske en særlig støtte. Derfor vil vi gerne spørge dig, om du har været ude for den slags ulykker, så vi kan henvise til en neuropsykologisk undersøgelse, for at du kan få den bedst mulige hjælp i forbindelse med din misbrugsbehandling.

	Ja	Nej	Ved ikke
Har du nogensinde slået hovedet, så du var bevidstløs i mere end en halv time (eller mindre, men med synsforstyrrelser, talebesvær, hukommelsesbesvær eller lignende i en periode efter?)			
Har du nogensinde fået en overdosis af stoffer eller alkohol, som krævede behandling i form af medicin?			
Var din fødsel meget svær? Var der iltmangel?			
Er du født mere end 3 måneder for tidligt eller vejede under 1000 g ved fødslen?			

Til behandleren:

Screening: Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

www.videnscenterfordemens.dk/media/753993/moca.pdf

<http://www.mocatest.org/>

http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Danish-2010.pdf

Bemærk: Hvis man arbejder i en profitbaseret organisation, skal man søge tilladelse til at anvende denne test.

Henvisning til neuropsykologisk undersøgelse

Hvis scoren på MoCA er under 26, bør der altid henvises for nærmere neuropsykologisk udredning.

Suppler henvisningen med oplysningerne fra skemaet ovenfor.

Hvis vedkommende nævner mulighed for hjerneskader under graviditet, fødsel eller tidlig barndom, kan du evt. spørge, om du må få yderligere oplysninger ved at ringe til moderen/faderen eller en anden, der har mere viden om det.

Bemærk, at MoCA ikke screener for eksekutivfunktioner, dvs. evnen til at opretholde en passende regulering af egen adfærd og emotionelle responser, samt evnen til systematisk at problemløse via planlægning og organisering, samt at kunne holde opgaveløsningslementerne i en aktiv arbejdshukommelse (metakognition). Dette kan evt. udredes af neuropsykolog.

Særlige oplevelser

	Ja	Nej
1. Har du nogensinde troet, at folk udspionerede dig, at nogen havde rottet sig sammen mod dig, eller forsøgte at skade dig?		(gå til 2)
1a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
1b. Varede det mere end 2 dage?		
2. Har du nogensinde troet, at nogen kunne læse dine tanker, eller kunne høre dine tanker, eller at du faktisk kunne læse andres tanker eller høre hvad en anden person tænkte?		(gå til 3)
2a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
2b. Varede det mere end 2 dage?		
3. Har du nogensinde troet, at nogen eller en kraft uden for dig selv puttede tanker i dit hoved, som ikke var dine egne, eller fik dig til at handle på en måde, hvor du ikke var dig selv? Eller nogensinde følt, at du var blevet besat?		(gå til 4)
3a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
3b. Varede det mere end 2 dage?		
4. Har du nogensinde troet, at du fik særlige beskeder gennem fjernsynet, radioen eller aviser? Har du troet, at nogen, som du ikke kendte, havde en særlig interesse i dig?		(gå til 5)
4a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
4b. Varede det mere end 2 dage?		
5. Har din familie eller dine venner nogensinde ment, at dine tanker var mærkelige eller usædvanlige?		(gå til 6)
5a. Var det på grund af ting du sagde eller gjorde, når du var påvirket af stoffer eller havde abstinenser?		
5b. Var det på grund af ting, du sagde eller gjorde i mere end 48 timer?		

	Ja	Nej
6. Kan du nogensinde høre ting, som andre ikke kan høre, som for eksempel stemmer?		(gå til 7)
6a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
6b. Varede det mere end 2 dage?		
7. Har du nogensinde set syner mens du var vågen, eller set ting, som andre ikke kunne se?		(gå til 8)
7a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
7b. Varede det mere end 2 dage?		
8. Har du nogensinde haft en periode, hvor du følte dig højt oppe, hyper, eller så fuld af energi eller fuld af dig selv, at du fik problemer, eller at andre syntes at du ikke var dig selv?		(gå til 9)
8a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
8b. Varede det mere end 2 dage?		
9. Har du nogensinde været så irriteret, gnaven eller i dårligt humør i flere dage, at du kom i skænderier eller fysiske slagsmål eller råbte af folk, som ikke var familie? Har du eller andre lagt mærke til, at du var mere irriteret eller overreagerende sammenlignet med andre, selv når du syntes, at du var berettiget i din reaktion?		(gå til spørgsmål om livshistorie)
9a. Skete det kun under påvirkning af stoffer, som virkede på en måde, du ikke var vant til, eller i forbindelse med svære abstinenser eller mange dages stort forbrug af stoffer?		
9b. Varede det mere end 2 dage?		
10. Har nogen i din familie, som dine søskende eller dine forældre, nogensinde været alvorligt psykisk syge?		

Til behandleren:

Hvis der svares ja, spørg ind til konkrete eksempler og beskrivelser og notér dem.

Undersøgelse for skizofreni?

Point gives for "Ja" til spørgsmål 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

To eller flere point indikerer behov for udredning for psykotisk lidelse.

Bemærk svarene på a og b. Forskning indikerer, at 50% af de, som har en stofpsykose, der ikke klinger af i løbet af et par dage, senere får en skizofrenidiagnose, og at yderligere 35% får en 'psykiatrisk karriere', dvs. i alt 85%. Er der derfor længerevarende stofpsykoser, bør vedkommende monitoreres løbende for evt. udvikling af alvorligere psykiatriske lidelser.

Foreslå klienten en henvisning til psykiater. Oplys, at der kan være nogle oplevelser, som klienten har, som kan tyde på, at han eller hun kan få brug for mere hjælp end misbrugscenteret i sig selv kan levere, og at det er vigtigt, at I får afklaret, om der er et problem.

Hvis patienten accepterer henvisning til psykiater, oplys da, at vi har brugt MINI screen spørgsmål om psykose. Skriv de spørgsmål ned, som er besvaret med "Ja", og bemærk de a og b svar, som er markeret med "Ja".

Undersøgelse for bipolar affektiv sindslidelse?

Hvis enten spørgsmål 8 eller 9 er besvaret med "Ja", og der er svaret "Nej" til a og b spørgsmålene i spørgsmål 8 og 9, bør der henvises til udredning for bipolar affektiv sindslidelse.

Foreslå klienten en henvisning til psykiater via egen læge. Oplys, at der kan være nogle oplevelser, som klienten har, som kan tyde på, at han eller hun kan få brug for mere hjælp end misbrugscenteret i sig selv kan levere, og at det er vigtigt, at I får afklaret, om der er et problem.

Hvis patienten accepterer henvisning til psykiater, oplys da, at vi har brugt MINI screen spørgsmål om maniske symptomer. Skriv de spørgsmål ned, som er besvaret med "Ja", og bemærk hvilke a og b svar, som er markeret med "Ja", og hvilke med "Nej".

Eventuel tidligere kontakt til psykiatrien?

Har du nogensinde været tilknyttet eller indlagt på et psykiatrisk hospital eller et andet psykiatrisk behandlingstilbud?

- Ja
 - Inden du fyldte 18 år?
 - Efter du var fyldt 18 år?
 - Nej (GÅ TIL NÆSTE SIDE)

Hvis de gav dig en diagnose, hvilken af følgende?

- Skizofreni
- Maniodepressiv lidelse (bipolar affektiv sindslidelse)
- Angst
- Depression
- Personlighedsforstyrrelse
- ADHD
- Misbrug/behov for afgangning eller afgangning
- Andet
- Husker ikke

Til behandleren:

Eventuelle tidligere diagnoser bør inddrages ift. en eventuel revurdering af diagnosen: Er den stadig relevant og korrekt? I så fald, får vedkommende en relevant behandling for eventuelle aktuelle lidelser, samt hvorledes bør misbrugsbehandlingen tilrettelægges ift. lidelsens karakter? Få gerne en psykiater til at revurdere, hvis borgeren giver sit samtykke.

Hvis der har været psykiatrisk indlæggelse/tilknytning i folks tidligere barndom, før teenagetiden, kan du evt. spørge vedkommende, om du må få yderligere oplysninger ved at ringe til moderen/faderen eller en anden, der har mere viden om det.

Familiehistorie

Tænk på dine **biologiske** forældre, hvis du har kendt dem, så du kan huske dem.

Hvilken af disse beskrivelser passer bedst på dem, ud fra hvad du husker og ved, sæt kryds:

0: Ingen særlige psykiske vanskeligheder	Ikke haft psykiske vanskeligheder, der har givet dem tydelige problemer.
1: Måske psykiske vanskeligheder	Tegn på psykiske vanskeligheder, f.eks. isolerer sig eller har meget angst i perioder, eller som du har hørt har psykiske vanskeligheder.
2: Klart psykiske vanskeligheder	Har vist tydelige tegn på psykiske vanskeligheder, f.eks. ved ikke at kunne passe arbejde eller uddannelse i perioder. Kan have truet med selvmord.
3: Svære psykiske vanskeligheder	Har f.eks. været indlagt psykiatrisk, eller haft flere selvmordsforsøg.
4: Meget svære psykiske vanskeligheder	Har gennem en længere årrække været ude af stand til at klare sig selv, ikke kunnet bo for sig selv eller opretholde et almindeligt arbejde, har haft gentagne psykiatriske indlæggelser.
5: Ingen informationer	Har ikke kendt dem, og har ikke hørt nok om dem til at kunne give et bud.

Har du en eller flere **biologiske søskende**, som du kender, eller har kendt?

Ja

Nej (GÅ TIL NÆSTE SIDE)

Hvis du har flere biologiske søskende, så **tænk på den af dem, som har haft det sværest psykisk.**

Hvilken af disse beskrivelser passer bedst på vedkommende, ud fra hvad du husker og ved:

0: Ingen særlige psykiske vanskeligheder	Ikke haft psykiske vanskeligheder, der har givet tydelige problemer.
1: Måske psykiske vanskeligheder	Tegn på psykiske vanskeligheder, f.eks. isolerer sig eller har meget angst i perioder, eller som du har hørt har psykiske vanskeligheder.
2: Klart psykiske vanskeligheder	Har vist tydelige tegn på psykiske vanskeligheder, f.eks. ved ikke at kunne passe arbejde eller uddannelse i perioder. Kan have truet med selvmord.
3: Svære psykiske vanskeligheder	Har f.eks. været indlagt psykiatrisk, eller haft flere selvmordsforsøg.
4: Meget svære psykiske vanskeligheder	Har gennem en længere årrække været ude af stand til at klare sig selv, ikke kunnet bo for sig selv eller opretholde et almindeligt arbejde, har haft gentagne psykiatriske indlæggelser.
5: Ingen informationer	Har ikke kendt dem tilstrækkeligt og har ikke hørt tilstrækkeligt om dem til at kunne give et bud.

Til behandleren:

Er der en score på 3 eller 4 hos forældre eller søskende, skal du være særlig opmærksom på behovet for en yderligere psykiatrisk udredning.

Hvis du har brug for yderligere viden om dette, kan du evt. spørge vedkommende, om du må få flere oplysninger ved at ringe til moderen/faderen eller en anden, der har mere viden om det.

Til brugeren:

Samtykke

Hvis vi har brug for det, må vi få en læge, psykiater eller psykolog til at se dine svar igennem for at sikre, at du får den rette behandling?

- Ja
- Nej

Checkliste

Screening/udredning i misbrugscentre

Kerneopgave	Kræver handling	På plads
<ul style="list-style-type: none"> • Har personalet/organisationen en grundviden om de mest udbredte psykiske lidelser? • Om samsygeligheden mellem disse og misbrug (skadeligt brug/afhængighed af alkohol/stoffer)? • Om sundhedssystemets behandlingsmuligheder? • Skal medarbejderne have et eksemplar af ICD-10 (WHO'S/psykiatriens klassifikation af diagnostiske kriterier)? 		
<p>Hvordan udreder/screener vi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har vi beskrevet, hvad vi vil bruge vores udredninger/screeninger til? • Internt til behandlingstilrettelæggelse? • Inddrager vi det i vores sagssupervision? • Eksternt til koordination og samarbejde med eksterne læger, psykiatere, neuropsykologer etc.? • Har vi en beskrevet konkret og etisk gennemtænkt metode for tilbagemeldingen til borgeren? 		
<p>Har vi et grundlæggende screeningsbatteri?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er vi lært op i dets muligheder, begrænsninger og administration? • Er det tydeligt organiseret (hvem bruger det hvornår, og giver videre til hvem)? 		
<p>Har vi værktøjerne til en supplerende psykopatologisk anamnese og testning?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det tydeligt organiseret? • Hvis vi har psykolog/læge/psykiatrisk konsulent i vores kommunale tilbud, er de koordinerede, er deres roller og opgaver klare? 		
<p>Hvad gør vi, når vi finder psykiske lidelser o.l., der skal udredes nøjere og behandles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har vi tydeligt organiseret og struktureret samarbejdet med de privatpraktiserende læger, behandlingspsykiatrien, socialpsykiatrien, neuropsykologer etc., samt øvrige relevante enheder i kommunen (jobcenter etc.)? • Har vi faktisk mulighed for at viderevisitere borgeren, når vi støder på alvorlige symptomer på behandlingskrævende psykiske lidelser ud over skadeligt brug og afhængighed? • Er tilbuddene omkring den enkelte koordinerede? Hvem har ansvaret for, at de er det? 		