

LÄKARENS UTVÄRDERINGSHANDLEDNING (LUH) uppdaterad för DSM-IV

INSTRUKTIONER

Instruktioner till läkaren är tryckt i **fet stil i blå färg**. Läkarens frågor eller kommentarer till patienten är tryckt i denna stil.

Ställ frågorna i de olika modulerna i nummerordning såvida det inte anges att frågan ska hoppas över eller att modulen ska avslutas. Kom ihåg: gå alltid vidare till nästa fråga såvida det inte finns andra instruktioner.

Diagnoser är markerade med **röd färg**.

UT betyder att den aktuella modulen ska avslutas. Gå därefter vidare, antingen till nästa modul som ska utvärderas eller till sammanfattningen på sista sidan.

PATIENTENS NAMN _____

INLEDANDE FÖRKLARING TILL PATIENTEN

Jag vill gärna se det ifyllda patientformuläret samt ställa ett antal frågor som kan underlätta för mig att förstå några av de symptom som Du har kryssat för. Jag kommer att anteckna medan vi pratar.

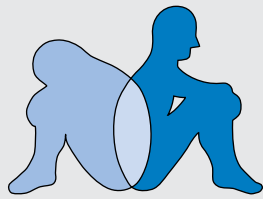
INGÅNGSKRITERIER TILL MODULERNA I LÄKARENS HANDLEDNING

Gå in i modulerna i den ordning som de finns i detta häfte (t ex "depression" först, sedan "ångest" och sist "somatisering"). Gå in i de moduler för vilka det finns Ja-svar på följande frågor i patientformuläret:

| | | | | |
|--|---------------------------------|--|---|---|
| Minst tre av fråga 1–15 Somatisering sidan 15 | Fråga 16 Ätstörning sidan 13 | Fråga 17 eller 18 Depression sidan 3 | Fråga 19, 20 eller 21 Ångest sidan 5 | Minst en av fråga 22–25 Alkohol sidan 11 |
| Fråga 26 eller 27 Tvång sidan 7 | Fråga 28 Social fobi sidan 9 | De moduler som eventuellt inte aktualiseras med hjälp av patientformuläret kan ändå användas om det föreligger andra välgrundade antaganden om en diagnos inom aktuell modul. | | |

PRIME-MD är utvecklat av Robert L. Spitzer, MD, Janet B.W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin deGruy III, MD, Steven R. Hahn, MD, med ekonomiskt stöd från Pfizer Inc., New York. Copyright till den svenska utgåvan: Pfizer AB och Dr Pär Svanborg, Psyk.klin., Karolinska Sjukhuset, Stockholm. Vetenskapliga upplysningar kan fås av Robert Spitzer eller Janet Williams, Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, Unit 74, NY 10032. Den svenska utgåvan av PRIME-MD är en service från Pfizer AB, Box 501, 183 25 TÄBY. Tel: 08-519 062 00. Fax: 08-519 062 12.





EGENTLIG DEPRESSION

Har Du under de senaste två veckorna haft något av följande problem nästan varje dag?

- | | | | |
|-----------|---|-----------|------------|
| 1 | Problem med att somna, sova eller sovit för mycket? | Ja | Nej |
| 2 | Trötthet eller bristande energi? | Ja | Nej |
| 3 | Dålig aptit eller ätit för mycket? | Ja | Nej |
| 4 | Bristande intresse eller glädje av de dagliga aktiviteterna? | Ja | Nej |
| 5 | Har Du känt Dig nere, deprimerad eller känt att framtiden ser hopplös ut? | Ja | Nej |
| 6 | Har Du haft bristande självförtroende, varit otillfredställd med Dig själv eller känt att Du har svikit Dig själv eller Din familj? | Ja | Nej |
| 7 | Har Du haft svårt att koncentrera Dig som t ex att läsa tidningen eller att titta på TV? | Ja | Nej |
| 8 | Har Du varit så orolig eller rastlös att Du har varit i rörelse mer än Du brukar? | Ja | Nej |
| | Om Nej: | | |
| | Hur är det med motsatsen – har Du talat eller rört Dig så långsamt att det varit iögonfallande? | Ja | Nej |
| | Räknas som Ja om en av frågorna besvaras med Ja, eller om man ser psykomotorisk hämning eller agitation under samtalet. | | |
| 9 | Har Du någon gång under de två senaste veckorna tänkt att Du skulle vilja vara död eller göra Dig illa på ett eller annat sätt? | Ja | Nej |
| | Om Ja: | | |
| | Berätta om det. | | |
| 10 | Finns det fem eller flera Ja-svar på frågorna 1–9 (en av dem skall vara fråga 4 eller 5)? | Ja | Nej |

Egentlig depression

Gå till fråga 12

PARTIELL REMISSION AV EGENTLIG DEPRESSION

- 11** Har Du någon gång tidigare varit mera nedstämd eller deprimerad än nu eller haft ännu mindre intresse eller glädje av de dagliga göromålen?

Om Ja:

Hade Du vid denna tidpunkt många av de problem som jag frågat Dig om, t ex sömnbesvär, koncentrationssvårigheter, trötthet, dålig aptit, bristande intresse för olika saker?

Räknas bara som Ja om patienten tidigare efter allt att döma har haft fem av "symtomen" på fråga 1-9 och tillstår ett aktuellt sänkt stämningsläge eller bristande intresse eller lust.

Ja — Partuell remission av egentlig depression — Nej

DYSTYMI

- 12** Har Du under de senaste två åren ofta känt Dig nedstämd eller deprimerad eller haft lite intresse eller lust att företa Dig något?

Räknas bara som Ja om patienten även svarar Ja på:

Har Du haft det så mer än hälften av dagarna de sista två åren?

Ja — Nej — Gå till 14

- 13** Har det under de senaste två åren ofta varit svårt för Dig att klara Ditt arbete, att sköta hemmet och familjen eller att komma överens med andra människor?

Ja — Dystymi — Nej — Gå till 16

LÄTT DEPRESSION

- 14** Ställdes diagnosen egentlig depression (inklusive partiell remission) vid fråga 10 eller 11?

Ja — Gå till 16 — Nej

- 15** Har patienten svarat Ja på två eller fler av frågorna 1-9 (varav ett Ja-svar är fråga 4 eller 5)?

Ja — Lätt depression — Nej — UT

BIPOLÄR SJUKDOM

- 16** Har en läkare någon gång sagt att Du är manodepressiv eller behandlat Dig med litium?

Om Ja:

När var det? Vet Du varför?

Ja — Lägg till bipolär sjukdom — Nej

DEPRESSION ORSAKAD AV SOMATISK SJUKDOM, ORDINERAD MEDICINERING ELLER MISSBRUKSDROG

- 17** Är de nuvarande depressiva symtomen troligen beroende av biologiska effekter av en somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog?

Ja — Lägg till depression pga somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog — Nej — UT

Inte säker — UT

PANIKÅNGEST

Om patienten har kryssat Nej på fråga 21 (ångestfall), gå vidare till fråga 33.

- | | | | | |
|-----------|--|-----------|------------|------------|
| 18 | Du har kryssat för att Du haft ett ångestfall under den senaste månaden. Har detta hänt tidigare? | Ja | Nej | Gå till 33 |
| 19 | Kommer ett sådant anfall <u>plötsligt och utan förvarning</u> ? Om oklart: I situationer där Du inte förväntar Dig ett sådant anfall? | Ja | Nej | Gå till 33 |
| 20 | Har Du varit mycket oroad vid tanken på att Du skulle få ett nytt anfall eller varit bekymrad över att det skulle vara något fel på Dig? Räknas som Ja om det någonsin varit så. | Ja | Nej | Gå till 33 |

Tänk tillbaka på Din senaste svåra ångestattack.

Gå till fråga 32 så snart Du har kryssat 4 symtom, som patienten hade under den senaste ångestattacken.

- | | | | | | |
|-----------|---|-----------|------------|-------------------|---------------|
| 21 | Fick Du andnöd? | Ja | Nej | | |
| 22 | Fick Du hjärklappning, snabb puls eller hoppade hjärtat över några slag? | Ja | Nej | | |
| 23 | Fick Du smärtor eller tryck över bröstet? | Ja | Nej | | |
| 24 | Svettades Du? | Ja | Nej | | |
| 25 | Fick Du kvävningsskänslor? | Ja | Nej | | |
| 26 | Blev Du varm eller kall? | Ja | Nej | | |
| 27 | Blev Du illamående, orolig i magen eller kändes det som om Du skulle få diarré? | Ja | Nej | | |
| 28 | Kände Du Dig yr, osäker på benen eller matt? | Ja | Nej | | |
| 29 | Hade Du krypningar eller känslolöshet i vissa delar av kroppen? | Ja | Nej | | |
| 30 | Darrade eller skakade Du? | Ja | Nej | | |
| 31 | Var Du rädd för att Du skulle dö? | Ja | Nej | | |
| 32 | Är 4 eller fler av fråga 21–31 Ja-svar? | Ja | Nej | Panik- syndrom | Ångest UNS |

GENERELL ÅNGEST

33 Har Du känt Dig nervös, ängslig eller spänd under mer än hälften av dagarna under den sista månaden? **Ja** **Nej** — Gå till 44

Har Du under den senaste månaden ofta haft något av följande besvär:

34 Känt Dig så rastlös att det varit svårt att sitta still? **Ja** **Nej**

35 Blivit fort trött? **Ja** **Nej**

36 Muskelspänningar, värk eller ömhet? **Ja** **Nej**

37 Svårigheter att somna eller sova? **Ja** **Nej**

38 Haft svårt att koncentrera Dig på saker som t ex att läsa eller titta på TV? **Ja** **Nej**

39 Lätt blivit sur eller irriterad? **Ja** **Nej**

40 **Är 3 eller fler av frågorna 34–39 Ja-svar?** **Ja** **Nej** — Gå till 44

41 Har dessa besvär under den senaste månaden förorsakat problem i Ditt arbete, hemliv eller i förhållandet till andra människor? **Ja** **Nej** — Ångest UNS
Gå till 45

42 Har Du under de senaste 4 veckorna varit mycket ängslig över allt möjligt?
Räknas bara som Ja om patienten också svarat Ja på:
Har Du haft det så mer än hälften av dagarna senaste 6 månaderna? **Ja** **Nej** — Ångest UNS
Gå till 45

43 När Du oroar Dig på detta sätt, har Du då svårt att sluta oroa Dig? **Ja** — Generaliserat ångest-syndrom
Gå till 45 **Nej** — Ångest UNS
Gå till 45

44 **Är paniksyndrom eller ångest UNS diagnostiserad?** **Ja** **Nej** — UT

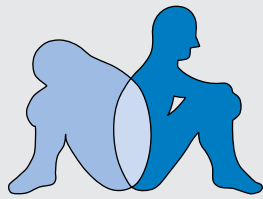
ÅNGEST ORSAKAD AV SOMATISK SJUKDOM, ORDINERAD MEDICINERING ELLER MISSBRUKSDROG

45 **Är de nuvarande ångestsymtomen troligen beroende på biologiska effekter av somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog?** **Ja** — Lägg till ångest pga somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog
Inte säker — UT **Nej** — UT
UT

- 46** Oroas Du så mycket av smuts, bakterier, kemikalier eller andra föroreningar att Du tvättar eller rengör Dig mer än andra? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 47** Kontrollerar Du saker om och om igen, för att vara säker på att inget hemskt skall hända? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 48** Använder Du för mycket tid att hålla ordning, städa eller att ställa saker i en speciell ordning? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 49** Oroar Du Dig överdrivet mycket för att förlora saker, trots att Du vet att de egentligen inte är så viktiga? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 50** Betraktar Du Dig eller behandlas Du av andra som känner Dig, som en "ekorre" eller samlare? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 51** Oroar Du Dig för eller är Du ständigt upptagen av att Du är alltför aggressiv i ord eller handling, trots att Du aldrig skulle vilja skada någon? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej**
- 52** Utför Du vissa ritualer för att minska Din oro för att ställa till skada? **Ja** — Gå till fråga 53 **Nej** — UT
- 53** Orsakar Dig Din oro eller det Du gör för att minska den ett påtagligt obehag? **Ja** — OCD
Gå till fråga 55 **Nej**
- 54** Medför Din oro, eller det Du gör för att minska den, påtagliga problem för Dig i Ditt arbete, sociala aktiviteter eller i dina relationer? **Ja** — OCD **Nej** — UT

TVÅNGSTANKAR OCH TVÅNGSHANDLINGAR ORSAKADE AV SOMATISK SJUKDOM, ORDINERAD MEDICINERING ELLER MISSBRUKSDROG

- 55** **Beror tvångstankarna och tvångshandlingarna på biologiska effekter av somatisk sjukdom, ordinerad medicin eller missbruksdrog?** **Ja** — Lägg till OCD
pga somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog
UT **Nej** — UT



56 Ängslas Du så mycket för att tala eller utföra saker offentligt att Du ofta undviker det, eller bara kan stå ut med det trots ett påtagligt obehag?

Ja **Nej**

57 Är Du så ängslig för att äta med främmande människor eller auktoriteter att Du ofta undviker det, eller bara kan stå ut med det trots ett påtagligt obehag?

Ja **Nej**

58 Är Du så ängslig för att någon ser på när Du skriver för hand eller på maskin att Du ofta undviker det, eller bara står ut med det trots ett påtagligt obehag?

Ja **Nej**

59 Är Du så orolig vid sociala sammankomster eller i små grupper av personer att Du undviker det, eller bara står ut med det trots ett påtagligt obehag?

Ja **Nej**

60 Är Du så orolig att använda allmänna toaletter att Du undviker dem, eller endast använder dem trots påtagligt obehag?

Ja **Nej**

61 **Är minst en av frågorna 56–60 Ja?**

Ja — Gå till fråga 62 **Nej** — UT

62 Tycker Du att Din olust i de situationer vi just talat om är överdriven eller orimlig?

Ja — Gå till fråga 63 **Nej** — UT

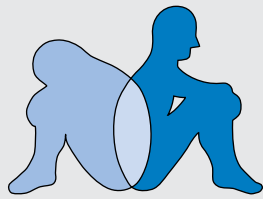
63 Medför Din sociala oro problem för Dig i Ditt arbete, skolgång, sociala aktiviteter eller i Dina relationer?

Ja — Social fobi **Nej** — UT

SOCIAL FOBI ORSAKAD AV SOMATISK SJKDOM, ORDINERAD MEDICINERING ELLER MISSBRUKSDROG

64 **Beror den sociala fobin eller det undvikande beteendet på biologiska effekter av somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog?**

Ja — Lägg till social fobi pga somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog **Nej** — UT
UT



ALKOHOLMISSBRUK/BEROENDE

Sektion A

I patientformuläret sade Du att...

om Ja på fråga 22: Du tänkt på att minska Din alkoholkonsumtion. Varför?

om Ja på fråga 23: Någon har klagat på Din alkoholkonsumtion. Vem? Varför?

om Ja på fråga 24: Du har haft skuld känslor för Din alkoholkonsumtion. Varför?

om Ja på fråga 25: Du har druckit 5 eller fler glas öl, vin eller sprit under en enskild dag den senaste månaden. Hur ofta har Du druckit så mycket under de senaste 6 månaderna? Har detta orsakat några problem?

Sektion B

Bedöm frågorna 65–69 genom att: 1) ställa alla frågor, 2) använda svaren från ovanstående frågor eller 3) använd andra upplysningar om patienten, t ex från anhöriga.

65 Har en läkare någonsin föreslagit att Du skulle sluta dricka av hälsoskäl?

Räknas som Ja om patienten har fortsatt dricka de senaste 6 månaderna efter att läkaren avrått från fortsatt drickande.

Ja

Nej

Har något av följande hänt mer än en gång de senaste 6 månaderna?

66 Har Du druckit, varit berusad eller haft baksmälla medan Du var på arbetet, i skolan eller när Du utfört andra uppgifter?

Ja

Nej

67 Har Du försummat Ditt arbete, Din skolgång eller andra uppgifter, eller kommit för sent för att Du druckit eller varit bakfull?

Ja

Nej

68 Har Du problem med att umgås med andra människor när Du dricker?

Ja

Nej

69 Har Du kört bil efter att ha druckit eller när Du varit berusad?

Ja

Nej

70 Är minst ett av 65–69 besvarat med Ja – ELLER – tyder svaren i sektion A på att patienten sannolikt har haft betydande alkoholproblem under de senaste månaderna?

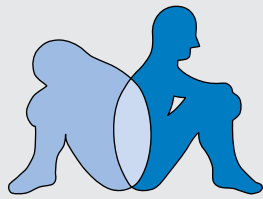
Ja

Nej

UT

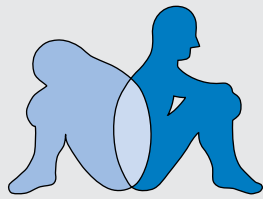
Troligen alkoholmissbruk/beroende

UT



BULIMIA NERVOSA, ÄTSTÖRNING

- | | | | |
|--|-----------|--|--|
| 71 Äter Du under loppet av några få timmar så mycket att andra skulle betrakta det som <u>onormalt stora</u> mängder mat? | Ja | Nej | UT |
| 72 När detta sker, känns det då ofta som om Du inte kan styra vad eller hur mycket Du äter? | Ja | Nej | UT |
| 73 Har detta hänt så ofta som i genomsnitt två gånger i veckan under de senaste 3 månaderna? | Ja | Nej | UT |
| 74 Framkallar Du själv kräkning eller tar Du mer än rekommenderad normaldos av laxermedel för att undvika att gå upp i vikt efter att ha ätit på detta sätt? | Ja | Nej | Gå till 76 |
| 75 Har detta hänt så ofta som i genomsnitt två gånger i veckan under de senaste 3 månaderna? | Ja | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Bulimia nervosa med självrensning</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #bbdefb;">UT</div> | |
| 76 Fostar Du ofta på så sätt att Du inte äter under 24 timmar eller motionerar i minst 1 timme med enda målsättningen att inte gå upp i vikt efter att ha ätit på detta sätt? | Ja | Nej | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Ätstömning UNS</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #bbdefb;">UT</div> |
| 77 Har detta hänt så ofta som i genomsnitt två gånger i veckan under de senaste 3 månaderna? | Ja | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Bulimia nervosa utan självrensning</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #bbdefb;">UT</div> | |
| | | Nej | <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #fce4ec;">Ätstömning UNS</div> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #bbdefb;">UT</div> |



SOMATISERINGSSYNDROM

78 Har patienten svarat Ja på 3 eller flera av de fysiska symtomen (fråga 1–15) och är dessa symtom somatoforma? (Vid somatoforma syndrom saknar symtomen påvisbar organisk orsak, eller så kan inte symtomens svårighetsgrad eller patientens funktionsnedsättning tillfredsställande förklaras av en faktisk organisk orsaksfaktor).

Ja

Nej — UT

Observera att om egentlig depression eller paniksyndrom också är diagnostiserad räknas inte de fysiska symtom som är kriterier för dessa syndrom som somatoforma (t ex palpitationer eller andnöd vid paniksyndrom och trötthet eller insomni vid egentlig depression)

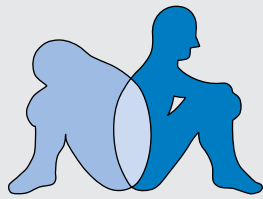
79 Har patienten haft dessa eller andra ospecifika fysiska symtom under flera år?

Ja

Somatiserings-
syndrom

Nej

Somato-
formt
syndrom
UNS



Patientens namn: _____ Formulär nr: _____

Läkarens namn: _____ Datum: ____ / ____ 19 ____

ARBETSDIAGNOSER

Kryssa för alla arbetsdiagnoser som ställts i modulerna, ICD-10 koder anges inom parentes där dessa är lämpliga.

Ingen diagnos ställd i någon modul

Affektiva

- Egentlig depression (medelsvår (F 32.1) till svår depression utan psykotiska inslag (F 32.2))
- Partiell remission av egentlig depression (ingen ICD-10 kod)
- Dystymi (F 34.1)
- Lätt depression (F 32.0)
- Bipolär sjukdom (om fastställd F 31.3 (lindrig eller medelsvår) eller F 31.4 (svår))
- Depressiv sjukdom p.g.a. somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog (Ingen ICD-10 kod)

Ångest

- Paniksyndrom (F 41.0)
- Generaliserat ångestsyndrom (F 41.1)
- Ångest UNS (F 41.9)
- Ångest p.g.a. somatisk sjukdom, ordinerad medicinering eller missbruksdrog (Ingen ICD-10 kod)
(Om fastställd och p.g.a. ordinerad medicinering eller missbruksdrog: 292.89)

Tvång

- Tvångssyndrom (F 42.8)

Social fobi

- Social fobi (F 40.1)

Alkohol

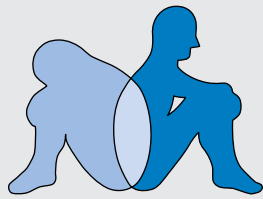
- Troligt alkoholmissbruk/beroende (F 10.2)

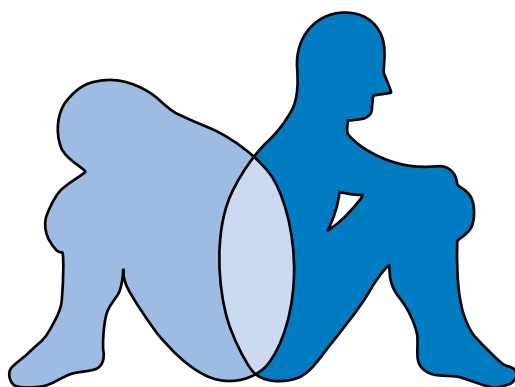
Ätande

- Ätstörning UNS (F 50.9)
- Bulimia nervosa, med eller utan självrensning (F 50.2)

Somatoforma

- Troligt somatiseringssyndrom (F 45.0)
- Somatoformt syndrom UNS (F 45.9)





Box 501, 183 25 Täby, tel: 08-519 062 00, fax: 08-519 062 12.