

Psykologisk bedömning - anteckningsmall

Namn _____ Personnummer _____ Läkare _____ Kontaktorsak _____

Info sammanhållen journal:

Suicidriskbedömning genomförd:

Skattningsformulär

Skala	Normal	Mild	Måttlig	Svår
PHQ-9	0-4	5-9	10-19	20-27
GAD-7	0-4	5-9	10-14	15-21
AUDIT (alt. levnadsvaneformulär)	>8p = riskbruk män; >6p = riskbruk kvinnor Risk? Ja/Nej			

Patients beskrivning av aktuella besvär

<u>Patientens önskemål om hjälp:</u>	<u>Notera gärna:</u>
	Debut:
	Utlösande faktorer:
	Triggers:
	Inverkan på vardagen:
	Vidmakthållande faktorer:

Bakgrund

Tidigare besvär (<i>episoder med psykisk ohälsa, skolgång</i>)	Signifikanta livshändelser
--	----------------------------

Vårdtyngd

Självskada/suicidrisk	Medicinering	Tidigare behandling/psykiatri
	Externa vårdkontakter	Hereditet

Sociala förhållanden

Relationer: familj, barn (minderåriga?), Vänner?	Boende/ekonomi
Kränkningar/våld (psykiskt/fysiskt)? Finns hotbild?	

Sysselsättning och fritid

Arbete/skola (trivsel?)	Fritid/intressen/återhämtning
Sjukskrivning: 25 %, 50 %, 75 % Plan för återgång?	Sedan:

Hälsa/levnadsvanor

Kost	Fysisk aktivitet	Sömn	Övrigt
Sexualitet	Sjukdom	Alkohol/droger/nikotin/koffein	

Bedömd huvudsaklig problematik:

Behov av insats:

Vid misstanke om ångestsyndrom, depression, insomni eller stressrelaterad ohälsa, fortsatt med fördjupad screening.

Fördjupad screening för preliminär diagnos

1. Depression.

Depression.

Känner du dig nedstämd och låg stora delar av din tid? Påverkar det ditt vardagsliv? Har du tappat lust till att göra saker du vanligen gillar att göra?

Obs: symtom över 2 veckor för diagnos.

Om ja: överväg att fråga om tidigare perioder samt episoder av uppvarvning

Anteckningar:

2. Ångestsyndrom. Finns det tillfällen då du upplever hög ångest, rädsla eller oro? Om ja:

Social ångest.

Känner du rädsla eller ångest i sociala situationer där du riskerar att utsättas för kritisk granskning av andra? Blir du rädd för att göra bort dig (t ex uppvisa symtom på ångest eller bete dig konstigt)? Undviker du dessa sociala situationer eller uthärdar du dem med stark rädsla/ångest?

Tvångssyndrom.

Upplever du påträngande, upprepanande tankar/bilder/impulser som är obehagliga och svåra att stoppa? Anstränger du dig för att försöka få bort sådana tankar?

Finns det saker som du gör om och om igen och som är svåra att sluta med? Är syftet med sådana beteenden att få bort ångest eller att hindra att hemska saker ska hända?

Paniksyndrom.

Kommer ångest plötsligt eller som från ingenstans? Involverar det obehagliga fysiologiska sensationer som hjärtklappning, svettningar, darrningar, tryck över bröstet, yrsel, svårt att andas och/eller tankar kring att tappa kontrollen, svimma eller dö? Är du rädd för att få nya attacker?

Agorafobi. Finns det specifika situationer som skapar stark rädsla eller som du undvikander pg a rädsla för att t ex inte kunna ta dig därifrån eller att inte få hjälp?

Hälsöångest.

Är du ofta orolig för att ha eller få en svår sjukdom? Brukar du kontrollera din kropp eller försöka säkerställa om du är sjuk eller inte (t.ex. känna av/scanna din kropp efter eventuella förändringar, googla diverse sjukdomstillstånd, söka vård)? Undviker du saker pg a din rädsla för sjukdomar (t.ex. att läsa texter om sjukdomar/döden eller att uppsöka vård)?

Specifik fobi.

Är rädsla/ångest kopplad till att komma i kontakt med något specifikt objekt eller miljö (t ex något djur, hög höjd)? Försöker du att undvika det? Tycker du rädslan är överdriven?

Är problemen relaterade till någon tidigare traumatisk händelse? Om ja:

PTSD.

Har du senaste månaden fått obehagliga/ofrivilliga minnesbilder från händelsen eller haft mardrömmar om händelsen? Påminns du ofta om händelsen och orsakar det starka känslor? Har du försökt undvika tankar, platser eller objekt som påminner om händelsen? Är du lättskrämmd eller ofta på din vakt?
Obs. Tidskriteriet: symtom över 1 månad.

Om patienten upplever ångestsymptom men inte tycker att de primärt är kopplade till ovanstående områden, fråga om oro.

GAD.

Upplever du överdriven rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter flertalet dagar under minst 6 månader? Tycker du att det är svårt att kontrollera oron? Leder den till stort lidande eller till att du fungerar sämre i vardagen?

3. Sömnbesvär.

Insomni.

Har du sömnsvårigheter (t.ex.svårt med insomning eller nattliga uppvakanden) som du upplever störande eller som orsakar besvär i ditt vardagliga liv?
Obs. Minst 3 nätter/vecka i minst i 3 månader, för diagnos

4. Stressrelaterad ohälsa.

Om patientens problem inte bäst beskrivs av egentlig depression eller av något ångestsyndrom, fråga om stress.

Stressrelaterad ohälsa.

Har det funnits tydliga yttre stressfaktorer i ditt liv de senaste månaderna? Har ditt mående, beteende och/eller din förmåga att fungera påverkats avsevärt som en konsekvens av dessa stressfaktorer? Upplever du ihållande brist på energi och att du inte blir utvilad efter sömn eller vila?

Överväg att inhämta följande kompletterande info vid bedömning av preliminär diagnos:

- Debut och förlopp av diagnos(er)
 - Fördjupad bedömning med relevanta MINI-avsnitt (ink. Socialstyrelsens kriterier för utmattningssyndrom)
 - Diagnosspecifik självskattning (OBS. Gränsvärden ska inte betraktas som definitiva, konsultera normer för mer nyanserad bild)
-

Diagnos/problematik	Skattningsformulär	Gränsvärde
Depression	PHQ-9	9
Social ångest	LSAS	30
Tvångssyndrom	Y-BOCS	15
Paniksyndrom	PDSS	6
Hälsoångest	SHAI-14	14
PTSD	IES-R	1.8
GAD	PSWQ	57
Insomni	ISI	10
Utmattning	SMBQ/KEDS	4.2/19

Preliminär bedömning/provisorisk diagnos:

Inventering möjlighet behandling steg 1 (guidad självhjälp/gruppbehandling):

Behandlingsplan: