

Rätt diagnos på BUP – hur kommer vi dit?

Bakgrund

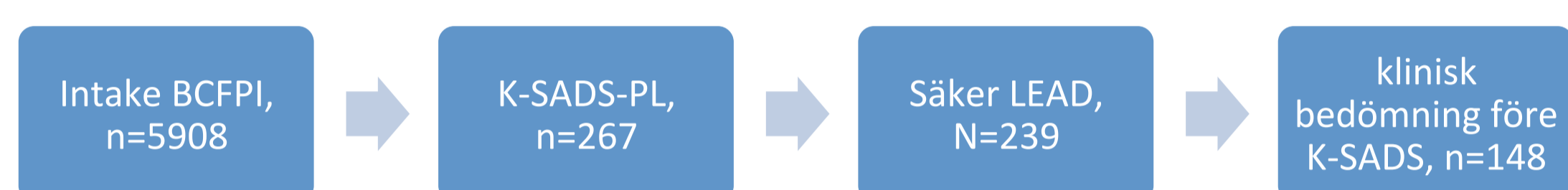
Rätt diagnos i ett tidigt skede är viktigt för vi snabbt ska kunna sätta in adekvat behandling.

Diagnostiken inom barn och ungdomspsykiatri är svår (1,2) och fördröjning till rätt diagnos och därmed korrekt behandling är inte ovanligt (3).

Syfte

Att undersöka i vilken mån telefonintervju (BCFPI), kliniskt bedömningsamtal, och halvstrukturerad intervju (K-SADS-PL), bidrar till den slutgiltiga diagnosen.

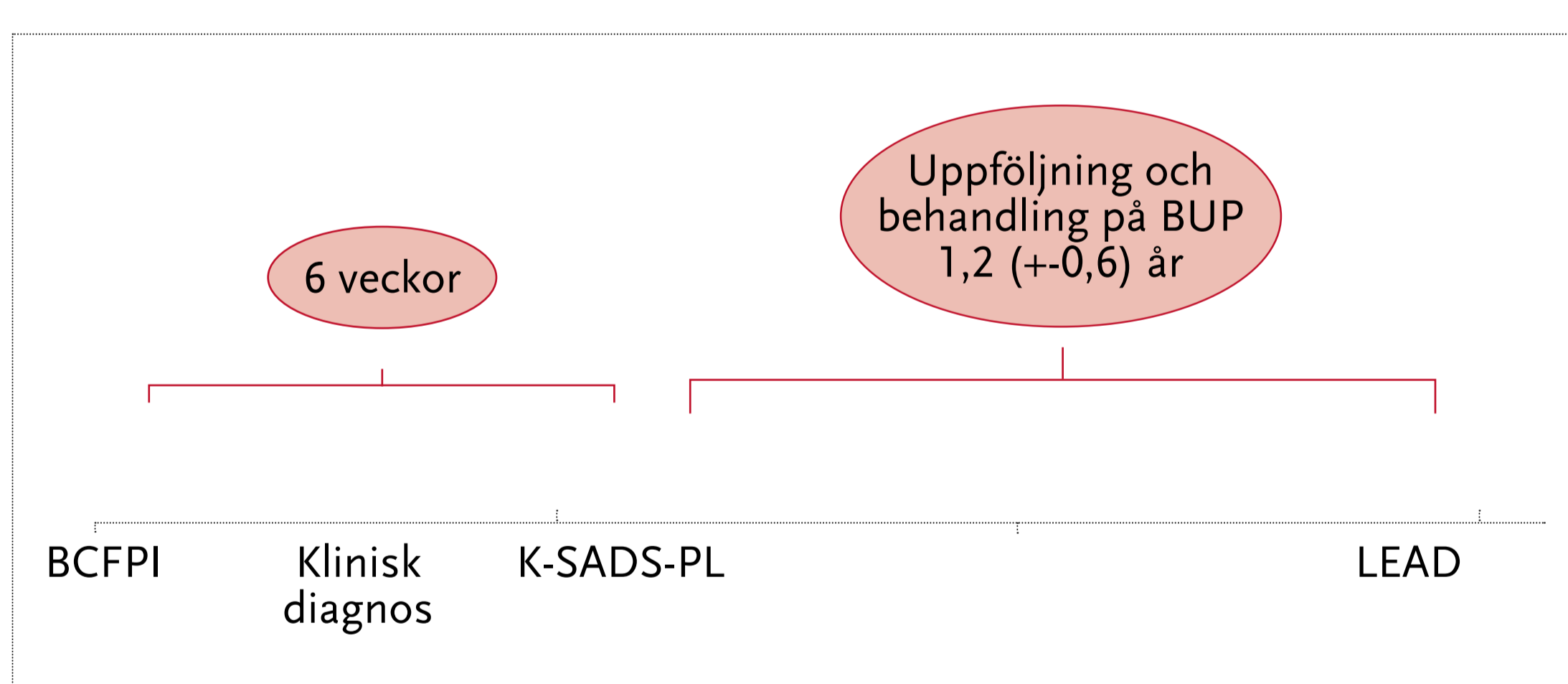
Material



- Patienterna rekryterades från fyra BUP-mottagningar i södra Sverige och inkluderade initialt alla nyinkomna patienter, 6-17 år gamla mellan december 2009 och januari 2013. 5908 patienter intervjuades med BCFPI och efter samtycke valdes 307 patienter slumpmässigt ut för K-SADS-PL. För att fördelningen flicka/pojke, barn/ungdom skulle vara relativt jämn gjorde man i slutet av rekryteringen ett mer aktivt patientval.
- Diagnoser som inkluderades var Adhd, depression, beteendesyndrom och separationsångest.
- Ett blint reliabilitetstest på 30 journaler genomfördes mellan ST-läkare ND och 2 tidigare ST-läkare FB och OW. Interbedömarreliabiliteten var god, med ett kappavärde för depression 0.55, beteendesyndrom 0.90, ångeststörning 0,85, Adhd 1.0.

Metod

Instrument och Procedur



Efter remiss, vid nyanmälan till 4 svenska BUP-kliniker intervjuades föräldrar med Brief child and family phone interview (BCFPI).

BCFPI är en strukturerad telefonintervju som används för screening och uppföljning. Den belyser 6 problemområden: Adhd, trots, uppförandestörning, social fobi, GAD och depression, men även funktion i skola, med vänner och familj samt riskfaktorer som föräldradsdepression, övergrepp och missbruk.

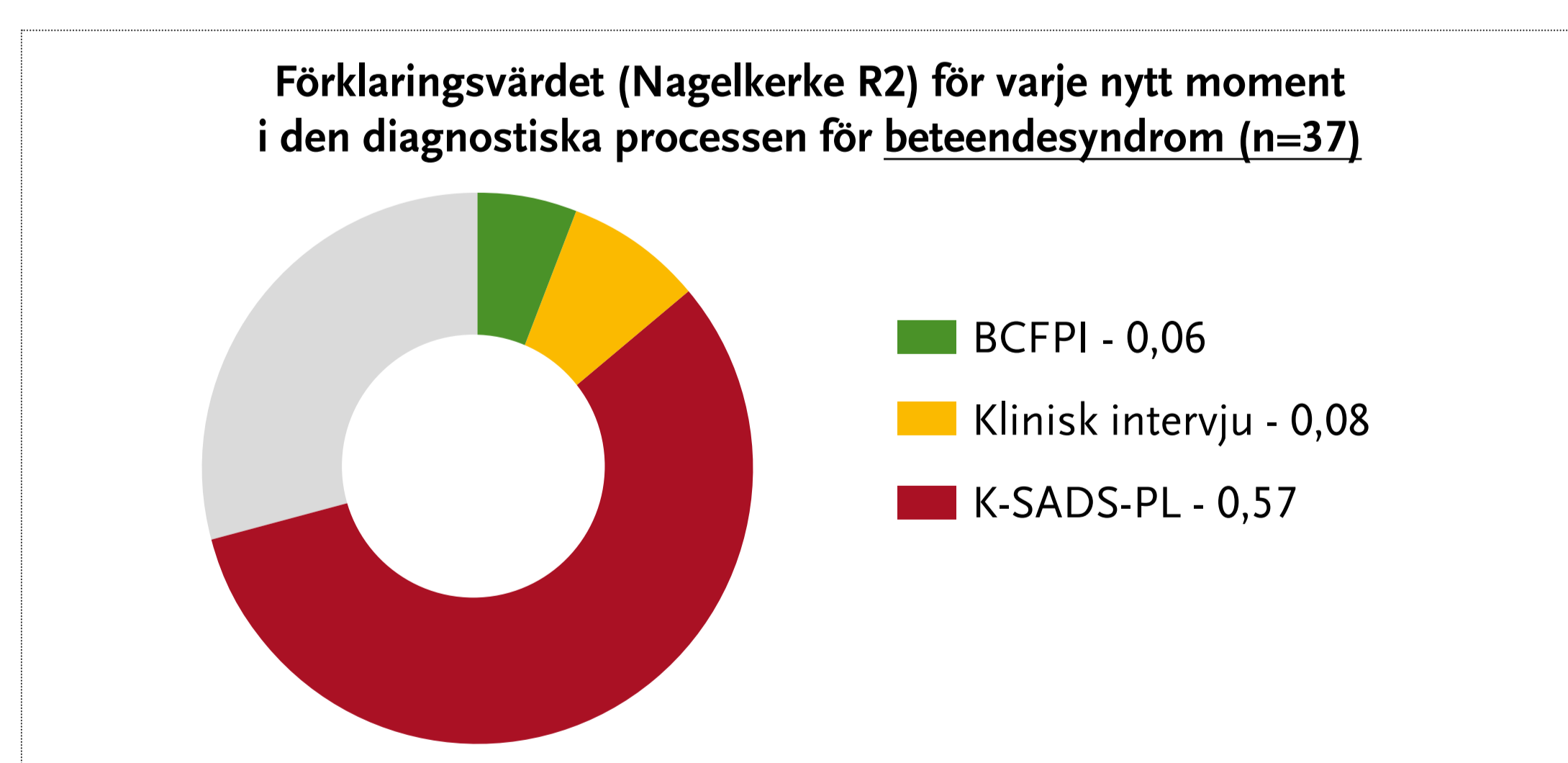
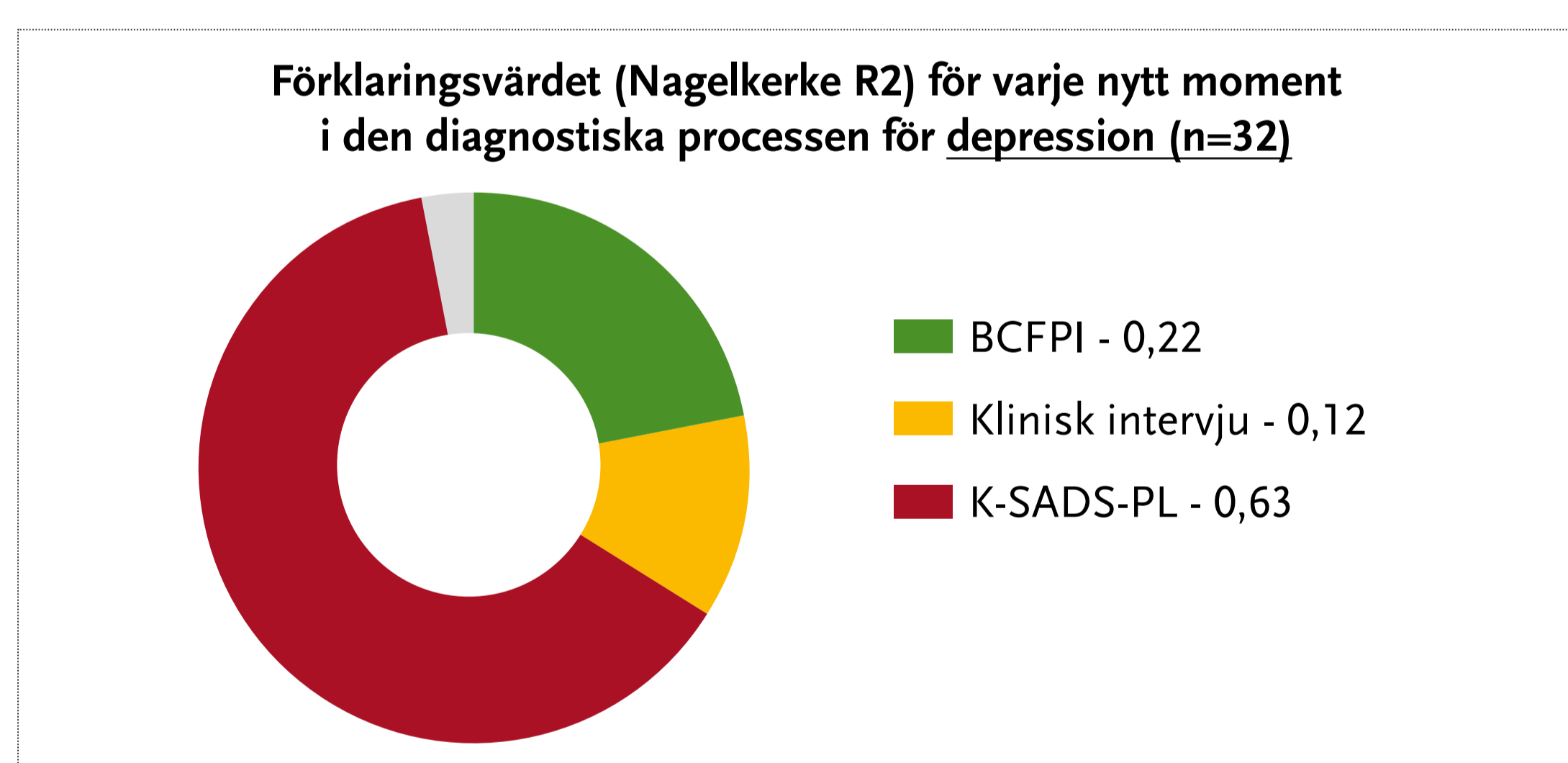
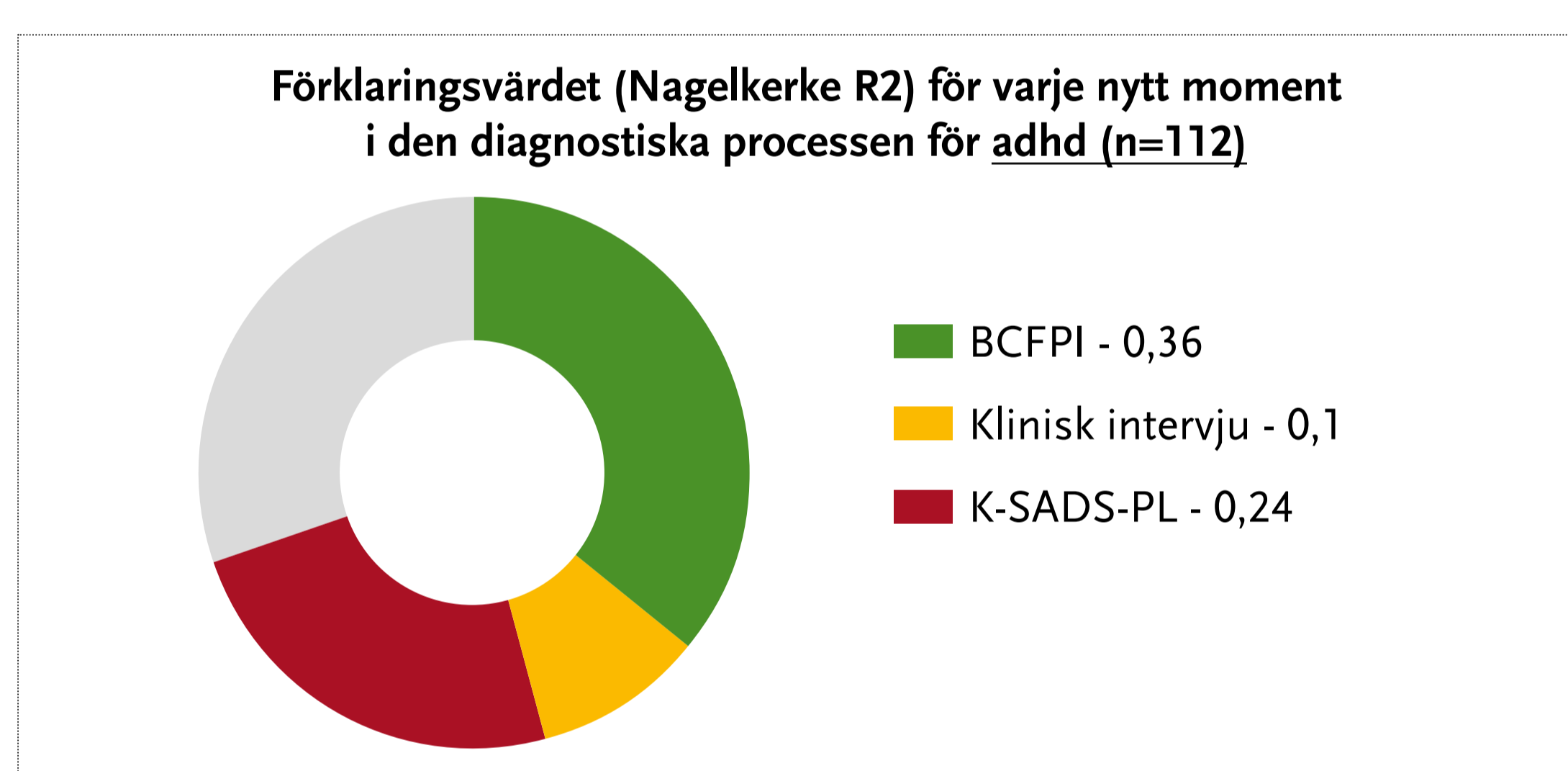
Ett bedömningsamtal genomfördes därefter på sedvanligt sätt, av socionom, psykolog eller läkare, enligt klinikerens egen rutin. Journalerna granskades sedan av en ST-läkare, blindad för BCFPI, K-SADS-PL och LEAD, och även diagnoser som inte var dokumenterade med diagnoskod extraherades enligt: 1) Klar diagnos, 2) sannolik diagnos (utifrån resonemang där generalkriterier fanns beskrivna, men tillräckliga kriterier för diagnos inte nämndes), 3) Möjlig diagnos (diagnostiskt resonemang saknades, men några kriterier omnämndes), 4) diagnos negetad, 5) avsaknad av information om diagnos. Kriterierna kollapsades till; Diagnos=1+2, Avsaknad av diagnos; 3+4+5.

Inom 6 veckor efter BCFPI, intervjuades föräldrar och patienter separat av blindade ST-läkare och barnpsykiater, med The schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children (K-SADS-PL).

K-SADS-PL (4), är en semistrukturerad intervju, indelad i tre sektioner; 1) Introduktion med öppna frågor, 2) screeningintervju, 3) 8 supplement som används om intervjuaren har fått ihop tillräckligt många symtom över tröskelvärdet för ett symtomområde under screeningintervjun. Longitudinal Expert All Data, LEAD-diagnoser (5) bestämdes därefter av två seniora kliniker med hjälp av 1,2 (sd 0,6) års kliniska journaler med K-SADS-PL samt all information som framkommit vid åtminstone tre besök och sex månader efter K-SADS-PL. Materialet inkluderade muntliga rapporter och frågeformulär från lärare, psykologtestning och resultat av psykologisk och farmakologisk behandling.

Statistik

- Cut-off för BCFPI, enligt statistisk metod, sattes vid samma antal patienter som fått diagnos i LEAD för den undersökta diagnosen i hela materialet n=267.
- Binär logistisk regression användes för att nå LEAD-diagnos. BCFPI, Bedömningsamtal och K-SADS-PL jämfördes mot LEAD för att visa förklaringsvärdet av de olika stegen i den diagnostiska processen.

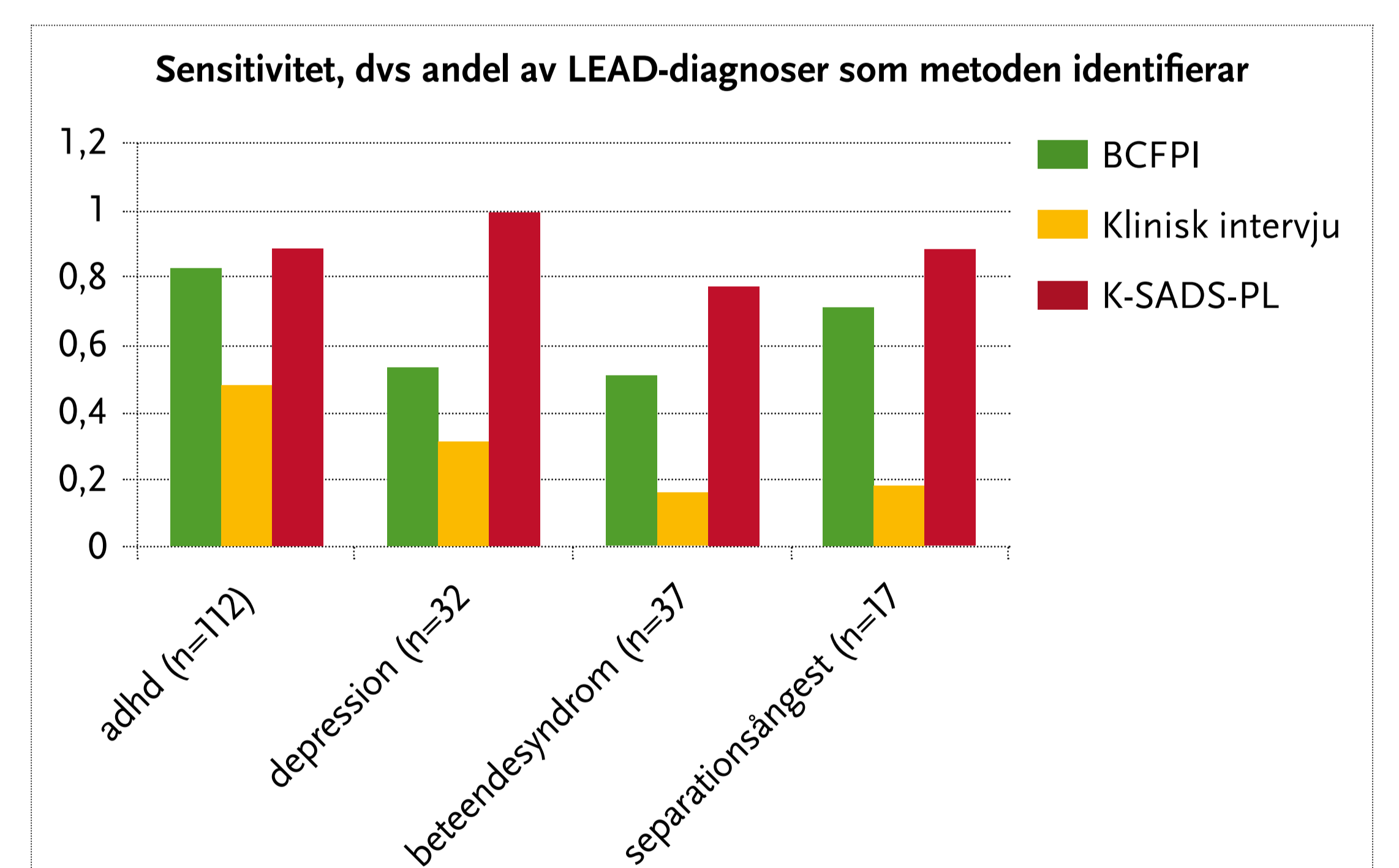
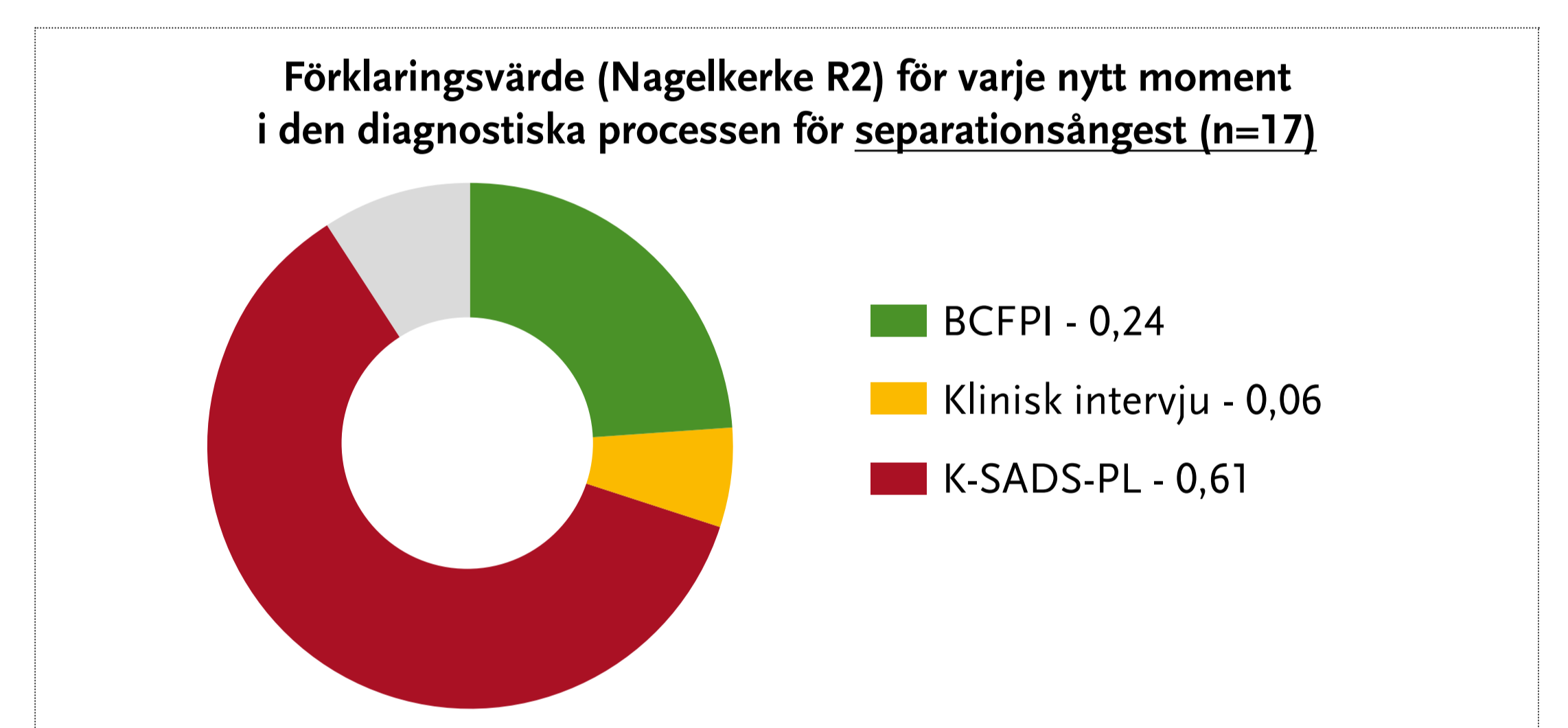


Diskussion

- BCFPI är ett mycket bra screeninginstrument för Adhd med sensitivitet på 83%.
- Halvstrukturerad intervju (KSADS-PL) är en bra metod för att effektivt hamna rätt i diagnostiken.
- Klinisk intervju hade både sämre sensitivitet för de flesta diagnoser och lägre förklaringsvärde än de andra stegen i den logistiska regressionen. De genomgångna journalerna är från december 2009-januari 2013. Upplägget för de kliniska bedömningsbesöken jämfört med K-SADS var inte lika strukturerat och man hade inte samma fokus på diagnos.

Resultat

- Av de 148 inkluderade patienterna var 88 (59.5%) pojkar. Adhd (n=112), var den vanligaste diagnosen.
- BCFPI har god sensitivitet (0.83) och högt förklaringsvärde (nagelkerke R² 0.36) för Adhd, god sensitivitet (0.71), men lågt förklaringsvärde för separationsångest (nagelkerke R² 0.24). Måttlig sensitivitet för depression (0.51) och beteendestörning (0.53) och lågt förklaringsvärdet för depression (nagelkerke R² 0.22) och beteendesyndrom (nagelkerke R² 0.06).
- Klinisk intervju har måttlig sensitivitet för ADHD (0.48), men lågt förklaringsvärde (nagelkerke R² 0.11). Den har dålig sensitivitet för beteendesyndrom (0.16), separationsångest (0.18) och depression (0.32) och lågt förklaringsvärde för dessa diagnoser (nagelkerke R² Beteendesyndrom 0.08, Separationsångest 0.06 och depression 0.12)
- K-SADS-PL har god sensitivitet för alla diagnoser: Adhd 0.89, Depression 1.0, beteendesyndrom 0.78, separationsångest 0.71 och högt förklaringsvärde nagelkerke R²: Adhd 0.24, depression 0.63, beteendesyndrom 0.57, separationsångest 0.61.



Konklusion

- För att nå korrekt diagnos i ett tidigt skede bör även kliniska bedömningar läggas upp på ett mer strukturerat sätt. I studien ser man att halvstrukturerad intervju (K-SADS-PL) är ett säkert sätt att nå rätt diagnos.

Referenser

- 1) Socialstyrelsen, 2009, Psykisk ohälsa hos unga
- 2) McClellan JM, Werry JS. Introduction--research psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(1):19-27.
- 3) Thapar A, Collishaw S, Potter R, Thapar AK. Managing and preventing depression in adolescents. BMJ. 2010;340:c209.
- 4) Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980-8.
- 5) Jarbin H, Andersson M, Råstam M & Ivarsson T (2017): Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients, Nordic Journal of Psychiatry, DOI:10.1080/08039488.2016.1276622