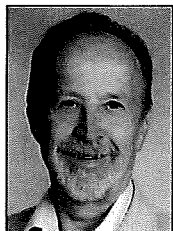


Diagnosinstrument för substansberoende – MINI, SCID-1 eller ADDIS?



Av Arne Gerdner,
professor,
Hälsö högskolan,
Jönköping University

Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård¹ att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör använda någon av de strukturerade intervjuerna ADDIS, SCID-1 eller MINI som grund för att ställa diagnos när det gäller skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol och droger. Här kommer de tre instrumenten att presenteras med redogörelser för vad som skiljer dem åt vad gäller syfte, kompetenskrav, tidsåtgång, validitet och reliabilitet. Slutligen ges några synpunkter som vägledning till i vilka sammanhang respektive instrument kan föredras.

Vikten av strukturerade diagnosinstrument

Det bör framhållas att rekommendationen gäller såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. En bakgrund till rekommendationen är att ett stort antal behandlingsinsatser ges i Sverige för missbruk och beroende utan att någon diagnos överhuvudtaget har ställts. Det beror på att socialtjänsten, som har vårdansvar i dessa fall, inte har någon skyldighet i lag att diagnostisera.

Socialtjänstlagen saknar motsvarighet till hälso- och sjukvårdslagens § 2b. Men problemen finns även i hälso- och sjukvården. Studier visar att ungefär 40 procent av de kliniska psykiatriska diagnoser som ställs utan strukturerade instrument är inadekvata.² Det största problemet i vanliga kliniska intervjuer vid alkohol- och drogproblem – utan instrument – är låg sensitivitet, det vill säga att man missar att konstatera det beroende som föreligger.^{3,4} Men det finns också problem med låg specificitet, till exempel att

man sätter beroendediagnos på endast ett eller ett par uppfyllda diagnoskriterier.

Strukturerade instrument ger generellt sett betydligt säkrare diagnoser än då läkaren endast gör en öppen klinisk intervju. Korrekt diagnostik har betydelse för behandlingsplanering, prognos och val av insatser.⁵ Väl genomförd diagnostik – som ett gemensamt utforskande av ett problem i dialog med patienten – är också en av de mest verksamma motivationsmetoderna. Kliniska erfarenheter visar att individer efter väl genomförd diagnostik lättare tar till sig problemen, lättare hanterar dessa känslomässigt – till exempel skuld och skam – kan formulera mer realistiska mål, blir mer motiverade att genomgå behandling och fullfölja eftervård samt gör egna livsval som förbättrar prognosen.⁶ Detta har även visats i två studier från svensk LVM-vård.^{7,8}

Tre skilda instrument

De tre instrument som rekommenderas av Socialstyrelsen är alltså Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Structured Clinical Interview for the DSM-IV, del 1 (SCID-1), och Alkohol och Drog Diagnos Instrument (ADDIS). Alla tre har utformats i syfte att stärka systematiken i intervjun och i sammanvägningen av data till en diagnostisk evaluering. Och alla tre har i olika grad visat sig vara framgångsrika och överlägsna diagnoser som endast grundas på öppna intervjuer. De skiljer sig dock åt i viktiga avseenden som har betydelse för deras användbarhet i olika situationer.

SCID och MINI – bred psykiatrisk kartläggning

Både SCID och MINI är till sin karaktär breda kliniska intervjuer som avser att fånga komplex psykiatrisk problematik, med olika moduler för de flesta psykiatriska syndrom. SCID-1 avser så kallade axel-1-syndrom (psykiska sjukdomar). (Det finns också SCID-2 som avser axel-2-syndrom, det vill säga personlighetsstörningar.) Styrkan är den breda kartläggningen, inklusive av förekomst av samsjuklighet. Det ligger i sakens natur att vart och ett av dessa syndrom endast kan ägnas ett mer begränsat antal frågor. Båda är därför uppbyggda så att varje modul inleds med ett par inledande nyckelfrågor för syndromet i fråga. Om någon av dessa frågor besvaras jakande öppnar man modulen och går vidare med ett batteri av symtomfrågor. Men om nyckelfrågorna inte besvaras positivt går man inte vidare.

Den största skillnaden mellan SCID och MINI är att SCID innehåller fler frågor inom varje modul. MINI-frågorna har medvetet utformats på ett något "överinkluderande" sätt, varefter klinikern får avgöra om diagnos uppfylls eller inte, och inte beror på tumör, läkemedelsbiverkning eller liknande (Christer Allgulander, personlig kommunikation). SCID har däremot utformats med fler frågor för att kunna avgränsa och bekräfta en eventuell diagnos (Jörgen Herlofsson, personlig kommunikation).

I både SCID och MINI finns moduler med skilda avsnitt för alkohol och droger. För båda inleds drogavsnittet med en lista över beroendeskapande droger eller droggrupper. Patienten ringar in de droger som denne har brukat och väljer därefter ut den droggrupp som använts mest eller som orsakat störst problem. Endast för denna droggrupp fullföljs symtomfrågorna, och drogdiagnosen sätts sedan i relation till denna. SCID och MINI utgår från DSM-IV (båda) eller numera DSM-5 (MINI) och översätter därefter diagnoserna till det andra diagnossystemet, ICD-10.

Tidsåtgången beror i hög grad på hur många moduler som "öppnas". Fullständig SCID-1 tar 35–180

minuter beroende på problemens omfattning, medan MINI är betydligt kortare och uppges i olika studier ta mellan 15 och 35 minuter.⁹⁻¹¹ SCID:s E-modul som tar upp alkohol och droger tar cirka 45–50 minuter i en drogaktiv population.¹² För båda finns ungdomsversioner (MINI-KID respektive SCID-KID). Både MINI och SCID fordrar utbildning i psykiatri eller klinisk psykologi samt klinisk erfarenhet. För SCID, men inte för MINI, ges dessutom 1–2 dagars träning genom Empatica AB.

ADDIS med fokus på missbruk och beroende

ADDIS är den svenska versionen av det amerikanska SUDDS. ADDIS (och SUDDS) är, till skillnad från SCID och MINI, primärt inriktad på just alkohol- och drogproblemen. Det finns även några frågor om social situation, stress, depression och ångest, men dessa har endast screeningkaraktär som grund för fortsatta eventuella utredningsbehov. ADDIS har en något mer omfattande droglista än de båda andra, men liksom i dessa summeras drogerna till de bredare kategorier för vilka ICD och DSM har specifika diagnoser.

På listan ringar patienten in alla droggrupper som denne har brukat i ett livsperspektiv. Därefter ställs 47 specifika symtomfrågor, varav två endast rör alkohol och 45 som ställs såväl för alkohol som för var och en av de droggrupper som patienten brukat. Här går man alltså igenom symtom för samtliga droggrupper, inte bara den dominerande. Besvaras symtomfrågan jakande för viss droggrupp efterfrågas också när bruket skedde första gången samt om det upprepats, inträffat under det senaste året och under den senaste månaden. Detta används sedan för kartläggning av hela drogkarriären i en överblickbar form.

De totalt 47 huvudfrågorna täcker med flera exempel vart och ett av kriterierna i såväl ICD-10 som DSM, och både för DSM-IV och för DSM-5. Först därefter summeras med enkla checklistor diagnosförslagen för beroende och skadligt bruk när det gäller ICD-10, för beroende och missbruk enligt DSM-IV och för substansbruksstörning med olika problemnivåer i DSM-



5. Man ställer diagnos direkt i relation till de kriterier som respektive diagnossystem kräver, utan "översättning" mellan dem.

Tidsåtgången för ADDIS beror främst på hur många droggrupper som varit aktuella, men systematiken i frågorna gör att det går relativt snabbt att upprepa frågorna för respektive droggrupp. I de fall då endast alkohol varit aktuellt och då alla screeningskalor används tar det mellan 35 och 50 minuter, och då flera droger varit aktuella ökas tiden vanligen med cirka 15–20 minuter.¹² ADDIS fordrar utbildning i beroendelära och träning i instrumentet, vilka tillhandahålls genom Dahl & Dahl AB, som också certifierar användare och fortbildar dessa.

Instrumentens validitet och reliabilitet

Alla tre instrumenten är internationellt validerade i flera länder, och alla tre visar betydande förbättringar gentemot kliniska läkarsatta diagnoser utan dessa instrument.

• MINI

Validering av MINI har gjorts mot SCID-1 som så kallad gyllene standard (GS) i USA och mot CIDI i Frankrike.⁹ MINI har genomgående god överensstämmelse mot SCID-1, och med Cohens kappa överstigande 0,50 för alla diagnoser utom aktuellt drogberoende ($K = 0,43$). Sensitivitet och specificitet samt positiva och negativa prediktiva värden var goda eller mycket goda för de flesta diagnoser, och lägre men acceptabla för bland annat aktuellt drogberoende.

Interbedömarreliabiliteten är genomgående hög ($K = 0,79-1,00$). Test-retest varierade mer ($K = 0,35-1,00$) där mani och enkla fobier stod för de lägre värdena. En norsk studie¹¹ visade mer måttlig test-retest-reliabilitet med låga kappavärden för hypomani, dystymi, generaliserad ångest, OCD, förstämningssyndrom med psykosdrag, samt alkoholmissbruk, men i övrigt höga värden. Den absoluta överensstämmelsen var dock inte anmärkningsvärt låg i något av dessa fall. Svensk validering saknas ännu.

• SCID-1

Studier om specifika diagnoser visar god interbedömarreliabilitet,¹³⁻¹⁸ även för substansbruksstörningar;¹⁹ och god överensstämmelse samt diskriminerande och prediktiv validitet för substansbruksstörningar för olika droger.²⁰ Psykiatriska diagnoser satta av assistenter efter SCID-intervju hade generellt bättre validitet än diagnoser av erfarna kliniker utan SCID.³

Det finns en svensk studie om SCID:s validitet. SCID och ADDIS jämfördes med avseende på alkohol- och drogproblem och med en gyllene standard (GS) baserad på all tillgänglig dokumentation i de individuella fallen.¹² Överensstämmelsen mellan SCID och GS var måttlig för alkoholberoende och tillfredsställande för drogberoende, specificiteten var perfekt och sensitiviteten tillfredsställande. SCID har dock vissa svårigheter att bekräfta när alkoholberoende inte föreligger (lågt negativt prediktivt värde).

• ADDIS

Den amerikanska originalversionen (SUDDS) visade god överensstämmelse med erfarna läkares diagnoser, perfekt specificitet och närmast perfekt sensitivitet, medan test-retest visade hög global konsistens.^{21,22} Den interna konsistensen är hög och likvärdig i olika etniska grupper.²³

Svenska ADDIS har visat god konstruktvaliditet för alkoholproblem både i en klinisk population och bland rattfylleridömda.²⁴ Excellent diskriminerande validitet visades genom att ADDIS i diskriminantanalys korrekt kunde klassificera 94 procent av de båda populationerna. Faktoranalys visade att begreppen missbruk och beroende var homogena, och att båda visade god reliabilitet visades genom tillfredsställande till excellent intern konsistens för de två populationerna och då kvinnor analyserades separat. Studien som nämndes ovan¹² visade god överensstämmelse med SCID, men också att ADDIS har högre sensitivitet än SCID. Överensstämmelsen med GS var substantiell till perfekt för både alkohol och droger, både aktuellt och livstid. Även sensitiviteten och specificiteten var

substantiella till perfekta, liksom det positiva och det negativt prediktiva värdet.

Slutligen har nyligen ADDIS reliabilitet prövats separat för samtliga drokkategorier (utom caffein och nikotin) i ICD-10, DSM-IV och DSM-5.²⁵ Den interna konsistensen är excellent, med alfa genomgående över 0,95 på item-nivå, och i snitt 0,93 på kriterienivå. Diagnoserna för respektive drog i vart och ett av de tre systemen visar total överensstämmelse i 80–97 procent av fallen (snitt 91%) och den systematiska korrelationen för diagnoserna (3 kategorier i ICD-10 och DSM-IV, 4 i DSM-5) var i det närmaste perfekt (gamma i snitt 0,97).

SLUTSATS

Alla tre instrumenten representerar stark förbättring gentemot kliniskt satta diagnoser. Deras specifika olika fördelar kan dock användas till vägledning för val av instrument i olika situationer. Fördelarna med MINI är främst att det, på begränsad tid, ger en bred kartläggning av olika möjliga psykiatriska diagnoser inklusive substansrelaterade störningar. Nackdelen är att diagnoserna inte bekräftas. Detta är troligen det lämpligaste instrumentet för allmänt bruk vid vårdcentraler och kan där ligga till grund för mer preciserade psykiatriska frågor till specialister. Inom psykiatrisk specialistvård där bekräftad diagnos behöver ställas är rimligen SCID att föredra.

Inom socialtjänsten där fokus ligger mer på missbruk och beroende och där den psykiatriska kompetens som krävs för MINI och SCID vanligen saknas är ADDIS ett naturligt instrument. Men ADDIS har dessutom fördelen att det ger betydligt mer valida drogdiagnoser och preciserar dessa bättre på alla olika droggrupper. Det innebär att även den specialiserade beroendevården inom landstingen rimligen har stor nytta av ADDIS, eventuellt i kombination med SCID, så att ADDIS då ersätter SCID:s E-modul (substansbruksstörningar). Denna modell har för övrigt även tillämpats på LVM-hemmet Runnagården med uppdrag att behandla personer med samsjuklighet.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Stockholm 2015.
2. Endicott J. Good diagnoses require good diagnosticians: collecting and integrating the data. *Am J Med Genet* 2001;105(1):48-49.
3. Kranzler HR, Kadden RM, Burleson JA, m. fl. Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer? *Compr Psychiatry* 1995;36:278-288.
4. Muthén B. Psychometric evaluation of diagnostic criteria: Application to a 2-dimensional model of alcohol abuse and dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 1996;41(2):101-112.
5. Walitzer KS, Connors GJ. Treating problem drinking. *Alcohol Research & Health* 1999;23(2):138-143.
6. Erickson CK. *The Science of Addiction – From Neurobiology to Treatment*. New York, NY; Norton Professionals, 2007.
7. Gerdner A. Utfall av LVM-vård – Översikt och syntes av hittillsvarande studier. I: Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande "Tvång och förändring", SOU 2004:3, Socialdepartementet, s. 303-414.
8. Gerdner A, Fridell, M. Effects of psychologists' assessments of patients within compulsory care – A matched-control trial. 50th International ICAA Conference on Dependences, Stockholm, June 2007.
9. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, m. fl. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl. 20):22-33.
10. Pinninti N, Madison H, Musser E, m. fl. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance 2003. *Eur Psychiatry* 2003;18:361-364.
11. Mordal J, Gundersen Ø, Bramnes JG. Norwegian version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview: Feasibility, acceptability and test-retest reliability in an acute psychiatric ward. *Eur Psychiatry* 2010;25(3):172-177.
12. Gerdner A, Kestenberg J, Edvinsson M. Validity of the Swedish SCID and ADDIS diagnostic interviews for substance use disorders: Sensitivity and specificity compared with a LEAD golden standard. *Nord J Psychiatry* 2015;69(1):48-56.
13. Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB, m. fl. Reliability of diagnosis in older psychiatric patients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *J Psychopathol Behav Assess* 1993;15:347-356.
14. Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Compr Psychiatry* 1994;35:316-327.
15. Segal DL, Kabacoff RI, Hersen M, m. fl. Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric patients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *J Clin Geropsychol* 1995;1:313-321.
16. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL, m. fl. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry* 1993;150:752-757.
17. Strakowski SM, Keck Jr PE, Elroy SL, m. fl. Chronology of comorbid and principal syndromes in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry* 1995;36:106-112.
18. Stukenberg KW, Dura JR, Kiecolt-Glaser JK. Depression screening scale validation in an elderly, community dwelling population *Psychol Assess* 1990;2:134-148.
19. Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, m. fl. Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug Alcohol Depend* 2000;59:173-176.
20. Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, m. fl. Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 1996;91:859-868.
21. Davis Jr LJ, Hoffmann NG, Morse RM, Luehr J. Substance use disorder diagnostic schedule and an interviewer-administered format. *Alcoholism: Clin Exp Res* 1992;16:250-254.
22. Hoffmann NG, Harrison PA. *SUDDS-IV (Substance use disorder diagnostic Schedule-IV) Manual* 1996.