**Bruk av PRISM i poliklinikk**

*Her presenteres det faglige og praktiske betraktninger av psykologspesialist Nina Bekken, i forbindelse med hennes bruk av PRISM i poliklinikk. Notatet kan være nyttig for de jobber i poliklinikk og vurderer å melde seg på PRISM-kurs. Det kan også gi nyttige betraktninger for sertifiserte brukere i poliklinikk som enda ikke har brukt intervjuet.*

Jeg har brukt PRISM både i poliklinikk og på døgnavdeling siden 2012. Det har etterhvert blitt det diagnostiske intervjuet jeg helst går til når jeg ønsker å gjøre en grundig utredning, spesielt når det både har vært rusmiddelproblemer og symptomer på psykisk lidelse i sykehistorien til personen som skal utredes.

Da jeg skulle begynne å bruke PRISM, hadde jeg en del bekymringer knyttet til tidsbruk, både for min egen del i den travle kliniske hverdagen, men også knyttet til hva pasientene ville mene om å bruke kanskje 3-4 konsultasjoner på et «strukturert gravearbeid». Ville det være verdt det, for pasientene? Da pilottestingen av den norske versjonen av PRISM ble gjennomført, brukte vi feedbackverktøy for å undersøke nettopp brukeropplevelsen fra både pasient og kliniker. Pasientene var stort sett var veldig fornøyde med intervjuet og de konklusjonene vi kunne trekke av det; de opplevde at de hadde blitt veldig grundig undersøkt, at selve intervjusituasjonen hadde vært god, de følte de hadde fått belyst symptomer som de selv mente var relevante i en helhetlig forståelse, og de anga at de opplevde utredningen som «nyttig». Jeg merket også for min egen del at terskelen min for å bruke intervjuet ble lavere, jeg hadde ikke lenger like rigide antakelser om hvem som ville «tåle» utredningen eller gi konsistente (eller inkonsistente) svar. Jeg ble også i stand til å lede folk mer effektivt gjennom intervjuet etterhvert som jeg fikk mengdetrening (det løsnet veldig etter intervju nr. 5!). Etterhvert kjente jeg også intervjuet så godt at jeg på bakgrunn av innkomstsamtalen og den generelle kartleggingen jeg gjorde innledningsvis, hadde lettere for å velge ut noen seksjoner (framfor å bruke hele intervjuet) som jeg var rimelig sikker på at ville være de mest vesentlige å fordype seg i for den enkelte pasient.

Noe av det jeg har likt best med PRISM, er den systematikken intervjuet skaper i russcreening og rushistorikk, som integreres med seksjonene som omhandler symptomer på psykisk lidelse. Det er fokuset på samtidighet i rus- og psykisk lidelse som kanskje er den store styrken i PRISM. Man kan få mye detaljert informasjon ved å bruke for eksempel MINI også, men der står rusmodulene alene, og klinikeren må på slutten av modulene for psykiske lidelser krysse av på om de tror symptomene kan skyldes inntak av medikamenter eller ruslidelser (eller somatisk sykdom). Det føles i mange tilfeller litt som en gjetning; stikk fingeren i været og følg magefølelsen.

Noen klinikker bruker kanskje SCID-5-KV, men de aller fleste bruker nok MINI og eventuelt andre tilleggsintervjuer, som skal sammenfattes med rusanamnese før man begynner å se konturene av en fornuftig klassifikasjon av pasientens problematikk. Dette er i mange tilfeller vel så tidkrevende som å foreta en PRISM-utredning med alle seksjoner valgt. Totalt sett bruker jeg mellom 110 og 180 minutter i de aller fleste utredningene. Jeg supplerer ofte med SCID (PF-versjonen) når det er indikasjoner på personlighetspatologi. Erfaringsmessig kan PRISM også være nyttig å bruke ved utredninger der det ikke er noen mistanke om rusmiddellidelse, for det hender i blant at folk har prøvd et rusmiddel tidligere i livet og at det tidsmessig sammenfaller med debut av symptomer på psykisk lidelse, uten at de selv eller fagfolk har koblet dette sammen tidligere. PRISM trenger ikke å være et «TSB-verktøy», det kan være et «psykisk helse-verktøy» som også fanger opp bruken av rusmidler som ligger langt tilbake i tid og som kan ha stor betydning for diagnostikken i dag, og som også kan ha betydning for forebygging av nye episoder med sykdom.

Jeg bruker ofte PRISM ganske tidlig i utredningsløpet, men ikke i første samtale. Da er det mye annet vi har behov for å kartlegge, samt at det er fint å bli litt kjent først og bli enige om målsetninger og forventninger til utredning. Jeg velger «alle seksjoner» eller plukker seksjoner ut fra hypoteser jeg har (eventuelt mangel på hypoteser!) og snakker alltid med pasienten om det før jeg foretar avkrysningen. Det har jo hendt at jeg har tenkt til å kutte ut en eller flere seksjoner for å spare tid, men at pasienten har vært uenig og gitt supplerende opplysninger som tilsier at seksjonen likevel burde inkluderes, når dette blir drøftet åpent.

Noen kjepper i hjulene som enkelte klinikere kan erfare er at man trenger en PC (som arbeidsgiver da må skaffe til veie), eller klinikeren kan bli usikker på om de kan sørge for trygg lagring av data inntil intervjuet er gjennomført (som i noen tilfeller tar sin tid, særlig for personer som har problemer med å møte opp poliklinisk). Slike problemstillinger gjennomgås nøye på PRISM-kurs, og løsningsforslag presenteres.

I poliklinikken jeg jobber ved er det et stort fokus på «antall konsultasjoner per dag» og at man bare får «betalt» for enkeltkonsultasjoner; det blir ikke dobbel refusjon ved dobbel tidsbruk. Dette kan medføre at det er litt «upopulært» å sette av feks. dobbelttimer for PRISM-utredning, det svarer seg på en måte ikke økonomisk. Imidlertid er det greit å være klar over at de fleste pasienter, uansett hvor friske og raske og konsentrerte de føler seg, ofte synes det er mer enn nok å sitte i 45-50 minutter av gangen med PRISM-intervju, og de gangene jeg har prøvd å få til lengre konsultasjoner har det ofte endt med utsagn alá: «Nå begynner det å gå trill rundt for meg. Svarte jeg ikke på dette i stad?» eller «Hva var det jeg sa i stad om hvor gammel jeg var da jeg var deprimert første gang? Jeg tror jeg begynner å bli sliten, jeg mister oversikten». Så 45 minutter er ofte en passelig tidsbolk, etter min erfaring, og heldigvis kan man ved neste møte skru på PCen og starte akkurat der man slapp forrige gang, uten å bla i papirer eller scrolle seg fremover.

En siste bemerkning gjelder den diagnostiske utputten som intervjuet gir når du er i mål. PRISM er basert på DSM, hvilket betyr at du som kliniker må gjøre en aktiv vurdering av om kriteriene pasienten har svart ja på, vil bety at de også oppfyller diagnostiske kriterier som de fremgår av ICD-10 (akkurat som ved bruk av SCID-5-KV eller MINI). Underveis i intervjuet må klinikeren også spørre tilstrekkelig mye før man velger skåre (men du slipper å huske hele diagnosemanualen i hodet, for PRISM gir mange forslag til spørsmål du kan bruke i utforskning). Ergo er det et veldig viktig poeng at den som administrerer et PRISM-intervju må ha gode diagnostiske kunnskaper for å mate inn nøyaktige og relevante data i programmet, som i sin tur gir gode diagnostiske konklusjoner. Som alltid gjelder utsagnet «garbage in, garbage out».

**PRISM på ROP.no:** [**https://rop.no/kartleggingsverktoey/prism-cv/**](https://rop.no/kartleggingsverktoey/prism-cv/)