

Behandling af angst og depression i almen praksis

22. September 2017

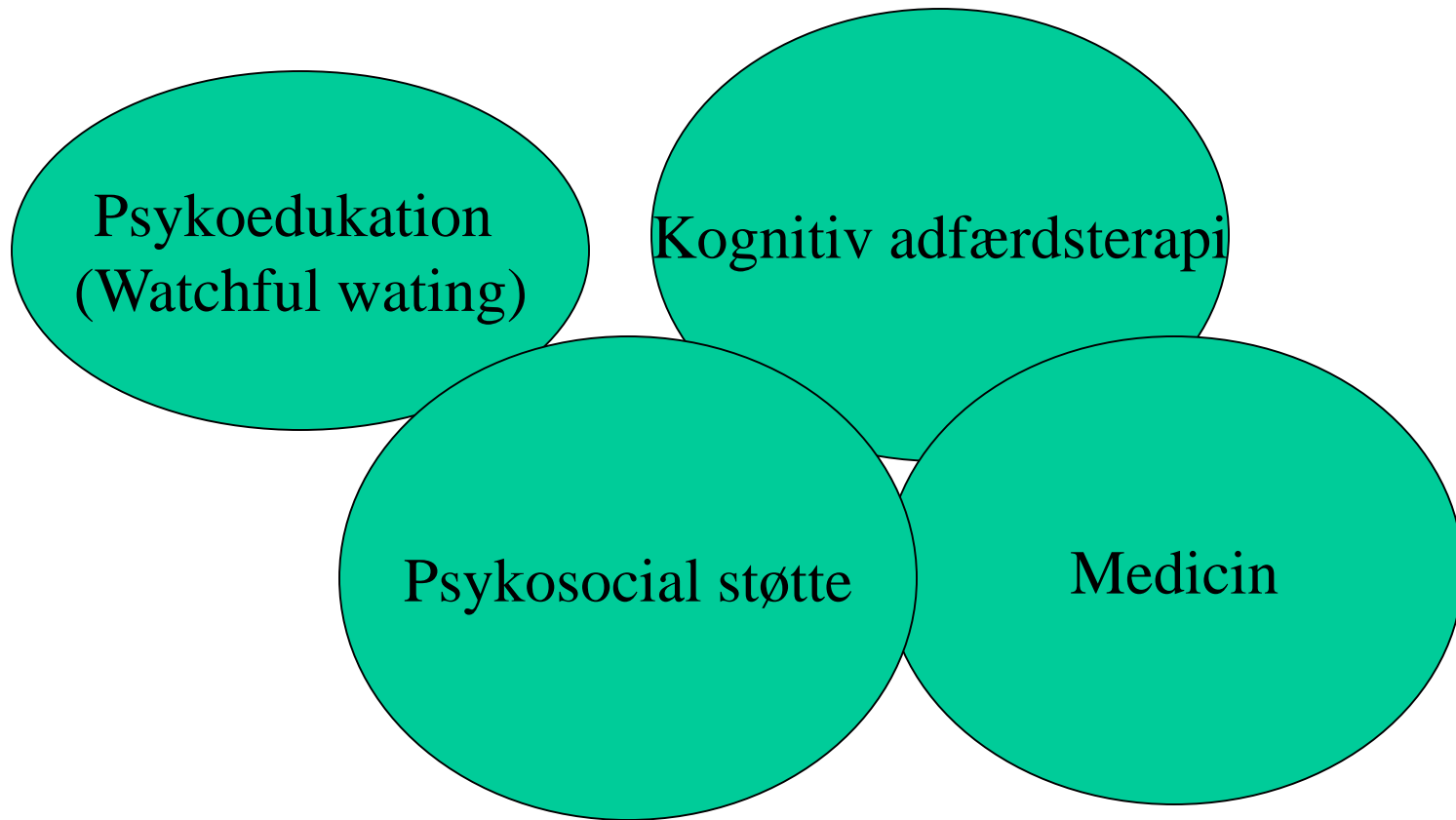
Oplægsholder: Susanne Rosendal, psykiater, ph.d.

Kursusleder: Peder Reistad, praktiserende læge, specialepraksiskonsulent.

Dagens læringspunkter

1. Hvilken slags behandling er relevant hvornår?
2. Hvad er optimal medicinsk behandling? (dosisjustering, præparatskifte eller addere)
3. Hvornår er det relevant at viderehenvise til speciallæge eller hospitalspsykiatrien?

Behandlingsmetoder

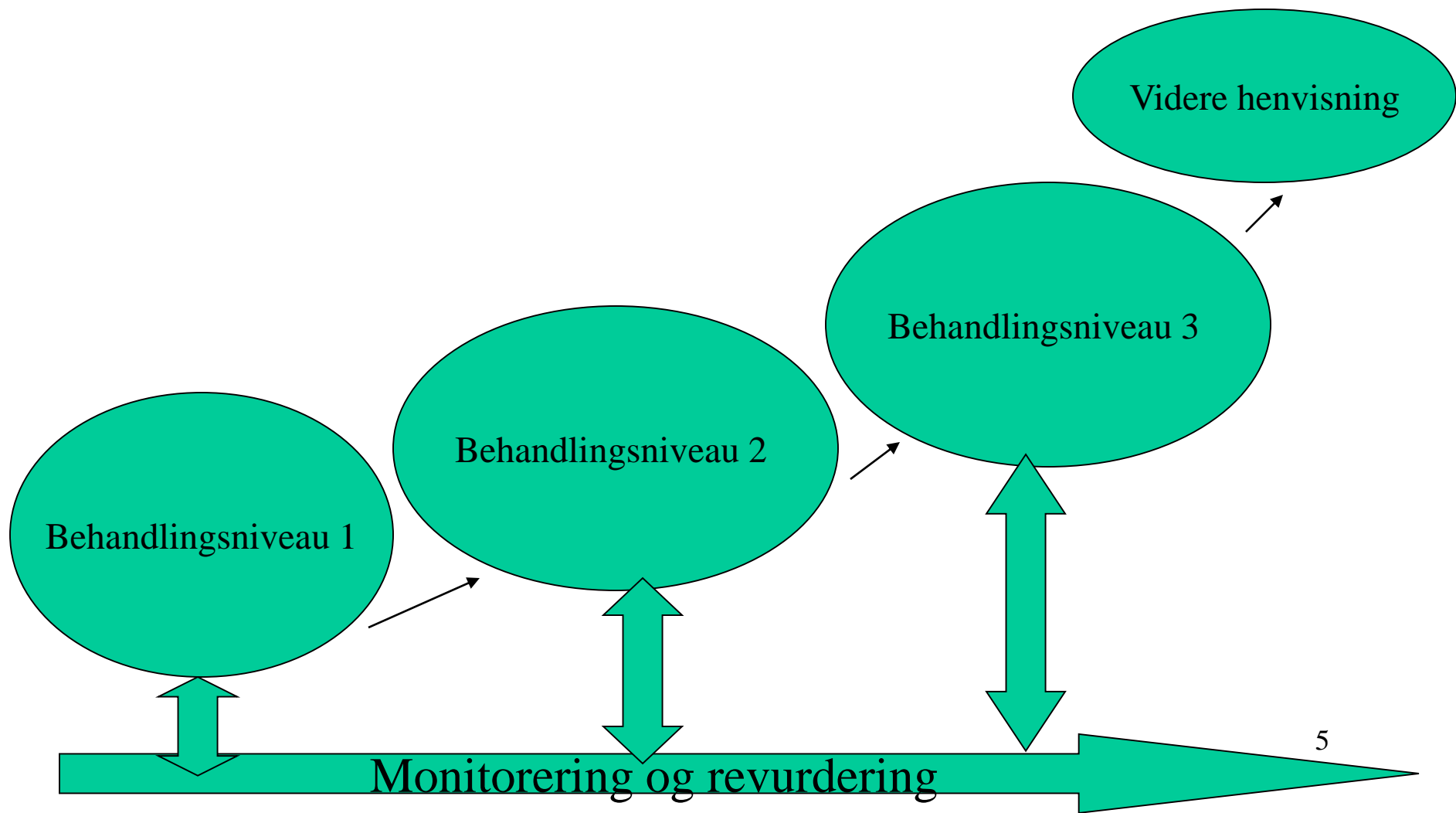


Sum over følgende spørgsmål

Hvornår finder du indikation for at bruge en eller flere af behandlingsmetoderne: watchful wating, Psykosocial støtte, KAT og medicin, i behandlingen af henholdsvis:

- Depression?
- Angst?

Stepped care princippet – en systematisering af behandlingsplanen



Malene er en 32-årig kvinde som henvender sig med depressive symptomer gennem 1 måned. Hun er lige vendt tilbage til sit lærerjob efter 13 måneders barsel og hun oplever det hele er tungt og irriterende.

Hun er bange for om hun kan klare lærerjobbet og er bekymret for sit ægteskab. Malene fortæller at kollegerne er søde og forstående, men hendes mand der hjemme giver udtryk for at han synes det hele er hård. Malene oplever at deres to børn på hhv. 1 og 3 år er velfungerende men krævende og hun oplever at står alene med alt for meget ansvar der hjemme.

Malene har tidligere haft perioder med tristhed og nedsat energi i forbindelse med krav på job og uddannelse.

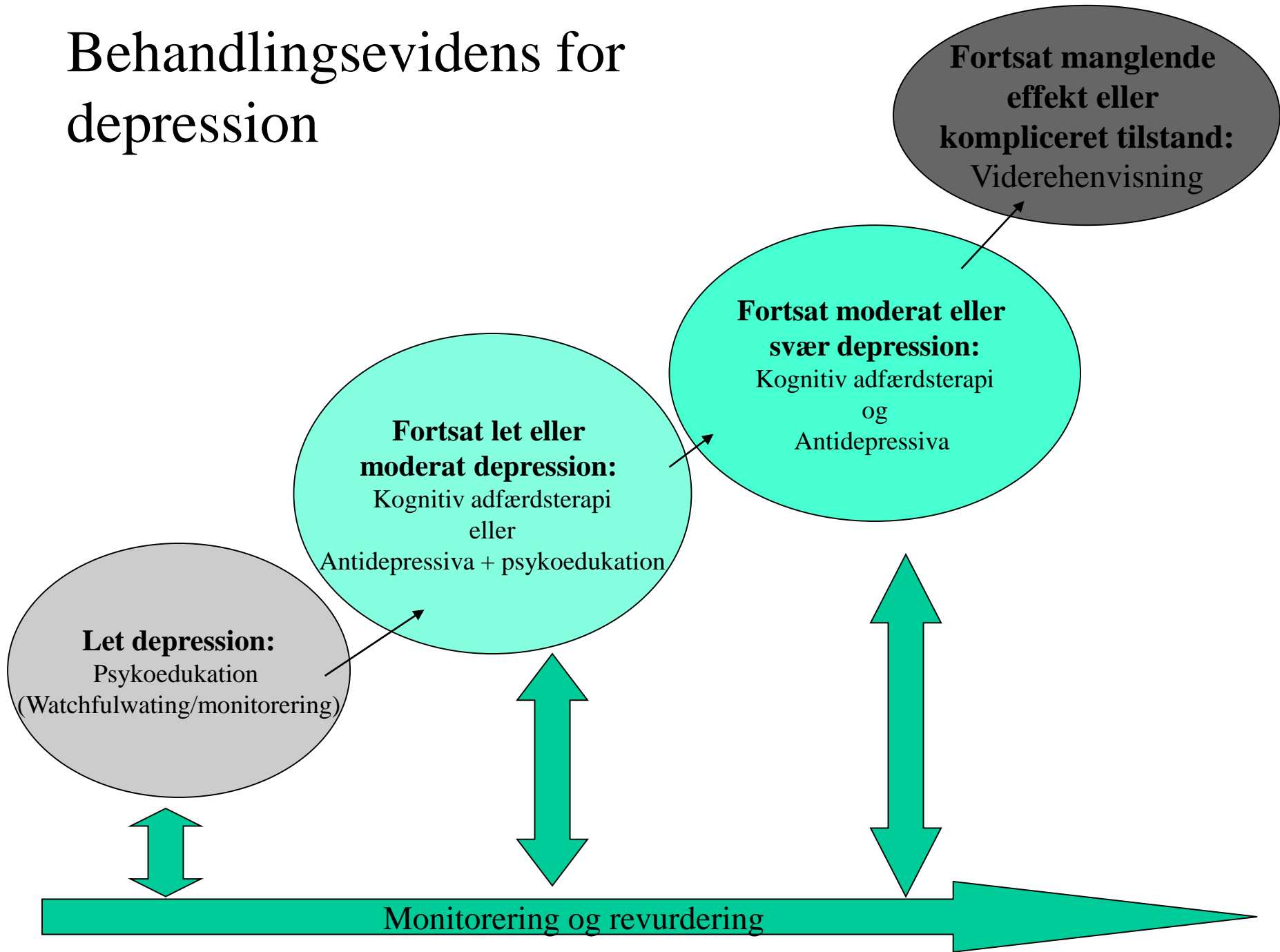
Da du undersøger Malene fremstår hun negativ i sin tænkning, irriterabel, utilfreds og anspændt.

Hun oplever sig udmattet og uden energi og af ledsagesymptomer bekræfter hun selvbebrejdelser over ikke at være en god nok kæreste, mor og datter på grund af sin tilstand, og hun oplever megen uro og har svært ved at slappe af. **MDI score: 24 (udfyldt MDI vedlagt).**

Diskuter med sidemanden:

1. Hvilken behandling vil du tilbyde denne patient?
2. Hvornår vil du se pt. igen og hvordan vil du monitorere behandlingseffekt/ compliance/ bivirkning?

Behandlingsevidens for depression



Psykoedukation

Depression

Angst

Depressionens onde
cirkel

Hvad er depression?

Registrering af
humørændringer

Søvn

Stress-
sårbarhedsmodellen

Angstens onde cirkel

Angstens fysiologi

Eksempler på brugbart materiale.

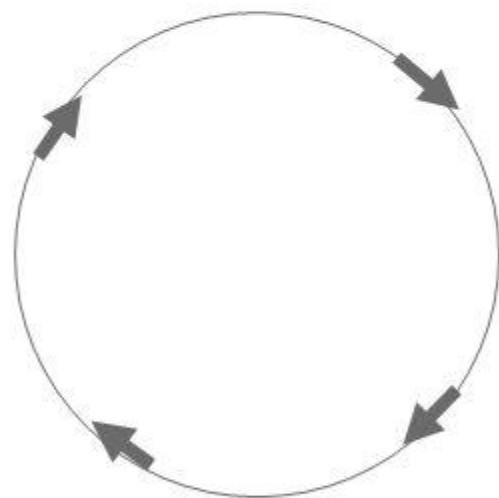
- DSAM.DK
- <http://angstforeningen.dk/>
- App: "Panic Relief" og "mindfulness"
- Bogen "lær at takle angst og depression"



En ond cirkel – depressiv episode

2. Du har selvbebrejdelser over at du ikke orker at foretage dig noget

1. Du orker mindre og har mindre energi

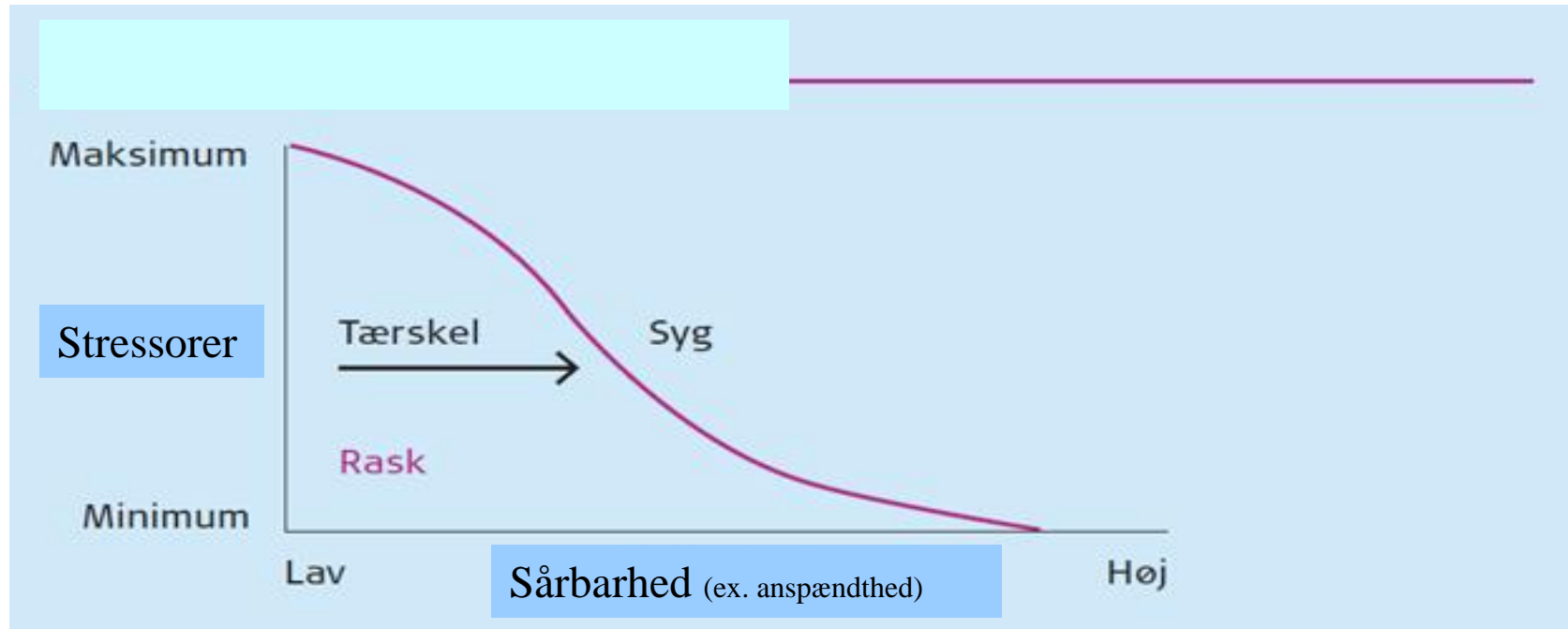


3. Du tænker "Jeg kan intet", "Jeg bliver aldrig rask"

4. Du bliver inaktiv

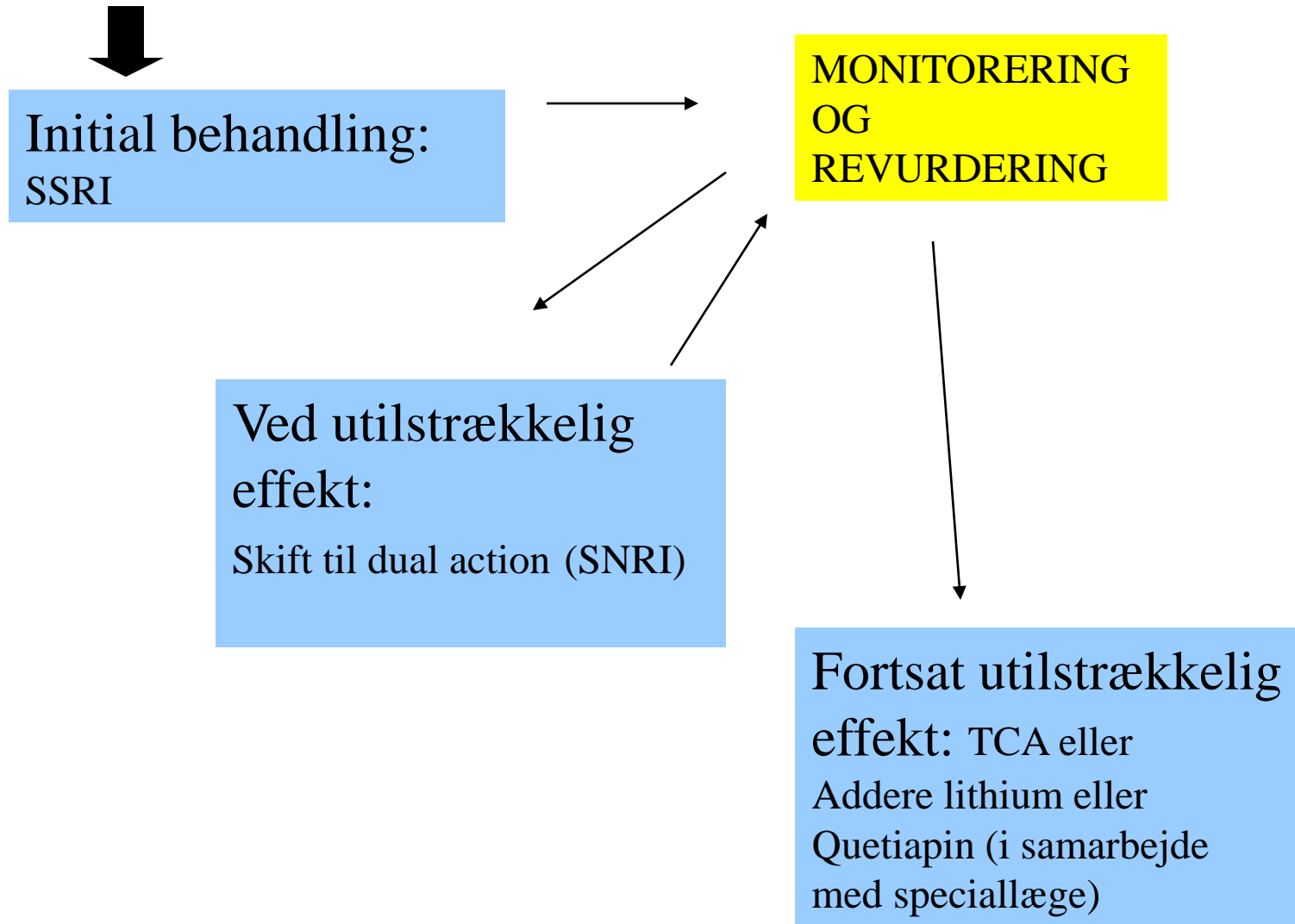
Stress-sårbarhedsmodellen

- Håndtering af stressorer (genetablere tiltro til egne evner)
- Energiregnskab: $\text{krav} / \text{ressourcer} = \text{energi}$



Medicinsk behandling

Svær eller vedvarende moderat depression



Eksempel på køreplan ved medicinsk behandling

Tid			
Dag 0	Opstart SSRI	Ex. Sertralin 50mg	Sikre dig at paraklinik og anamnese for hjertesygdom og disposition er i.a. Info om gængse bivirkninger og forventet effekt. OBS sjældne men alvorlige bivirkninger.
Dag 7	Monitorering		Adspørg til compliance og bivirkninger. Anvend evt. UKU-SSRI . Suicidal screening.
		Hvis ingen bivirkninger af betydning	Cress. Tbl. Sertralin 100 mg
		Hvis betydelige bivirkninger	Vedbliv på 50 mg
		Hvis intolerable bivirkninger	Gå ned på 25 mg eller overvej præparat med anden bivirkningsprofil, ex. ecitalopram (især ved GI-gener), mirtazapin (v. søvnbesvær, agitation og GI gener), Agomelatin (hvis metabolisk syndrom også – obs. Kontrol levertal)
Dag 14	Monitorering		Adspørg til compliance og bivirkninger. Anvend evt. UKU-SSRI. Suicidal screening.
		Hvis ingen bivirkninger af betydning	Cress. Tbl. Sertralin 150 mg
		Hvis betydelige bivirkninger	Vedbliv på 50-100 mg
		Hvis intolerable bivirkninger	Overvej præparat med anden bivirkningsprofil
Dag 21	Monitorering Kan undlades ved ukompliceret medicinering		Adspørg til compliance og bivirkninger. Anvend evt. UKU-SSRI. Suicidal screening.
Dag 28	Revurdering		Symptomreduktion? Klinisk bedring? MDI og klinisk vurdering (OBS kernesymptomerne)
		Ved bedring	Fortsæt behandlingen
		Uændret	Se an 2 uger mere på optimal dosis
		Forværring	Skift til SNRI
	Skift fra Sertralin til Venlafaxin		Hvis sertralin taget i under 6 uger da minimal risiko for seponeringssyndrom. Se tabel.

Skift fra Sertralin til Venlafaxin

Eksempel 1 "Den sikre"	Start	Dag 1	Dag 8	Dag 15	Dag 22	Dag 29
Udtrap Sertralin	150 mg	100 mg	50 mg	Stop		
Opstart venlafaxin	Intet	intet	intet	37,5 mg	75 mg	150 mg → 225 mg
Eksempel 2 "Den direkte":	Start	Dag 1	Dag 8	Dag 15	Dag 22	Dag 29
Udtrap Sertralin	150 mg	stop				
Opstart venlafaxin	Intet	75 mg	150 mg	225 mg		
Eksempel 3 "Overkrydsning"	Start	Dag 1	Dag 8	Dag 15	Dag 22	Dag 29
Udtrap Sertralin	150 mg	100 mg	50 mg	stop		
Opstart venlafaxin	Intet	37,5 mg	37,5 mg	75 mg	150 mg	225 mg

Eksempel 1 "Den sikre": God til den ængstelige eller bivirkningsfølsomme pt. som har fået sertralin i mere end 6 uger.

Eksempel 2 "Den direkte": Ej bivirkningsfølsom, ingen tidligere tegn på serotonergt syndrom. Har taget medicinen i mindre end 6 uger.

Eksempel 3 "Overkrydsning": Ved høj risiko for sygdomsforværring samt seponerings symptomer. OBS interaktion. Har taget medicinen i mere end 6 uger

Seponerings symptomer minimal når Sertralin taget i mindre end 6 uger

Washout periode = ca. 5 halveringstider (= dvs. ca. 8 dage for sertralin).

Obs. Serotonergt syndrom/interaktion mellem præparaterne.

UKUs bivirkningskala for SSRI

Adspørg til følgende symptomer inden for de sidste 3 dage (Score 0 – 3 for de sidste 3 dage)

1. Indre uro, anspændthed?
2. Nedsat søvnlængde?
3. Tremor?
4. Kvalme, opkastninger?
5. Diare?
6. Øget svedtendens?
7. Nedsat seksuallyst?
8. Erektiv dysfunktion?
9. Ejakulatorisk dysfunktion?
10. Orgastisk dysfunktion?
11. Hovedpine?
 - (a) spændingshovedpine?
 - (b) migræne?
 - (c) andre former?

Er symptomerne SSRI induceret? u = usandsynligt, t = tvivlsomt, s = sandsynligt

Har bivirkningernes indvirkning på pt.s dgl. funktioner? (ingen, moderat, udtalt)

Hvilken konsekvens skal det have? (ingen, hyppig kontrol, nedsæt dosis, seponering)

Major Depression Inventory (MDI)

Major (ICD-10) Depressions-spørgeskema – (MDI)

Nedennævnte spørgsmål handler om hvordan du har haft det gennem *de sidste to uger*.

Hvor stor en del af tiden ...	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1. har du følt dig trist til mode, ked af det?	5	4	3	2	1	0
2. har du manglet interesse for dine daglige gøremål?	5	4	3	2	1	0
3. har du følt at du manglede energi og kræfter?	5	4	3	2	1	0
4. har du haft mindre selvtillid?	5	4	3	2	1	0
5. har du haft dårlig samvittighed eller skyldfølelse?	5	4	3	2	1	0
6. har du følt, at livet ikke var værd at leve?	5	4	3	2	1	0
7. har du haft besvær med at koncentrere dig, f.eks. at læse avis eller følge med i fjernsyn?	5	4	3	2	1	0
8a. har du følt dig rastløs?	5	4	3	2	1	0
8b. har du følt dig mere stille?	5	4	3	2	1	0
9. har du haft besvær med at sove om natten?	5	4	3	2	1	0
10a. har du haft nedsat appetit?	5	4	3	2	1	0
10b. har du haft øget appetit?	5	4	3	2	1	0

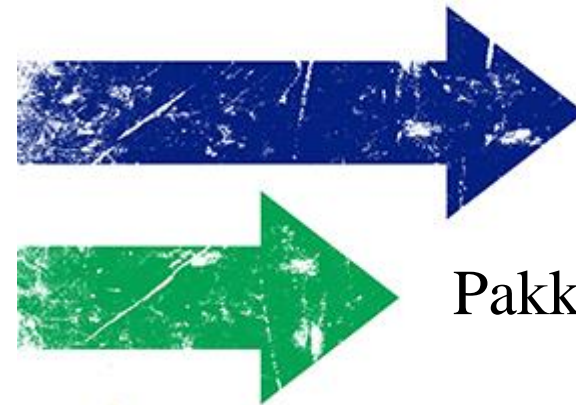
Adfærd under samtalen: Psykomotorisk hæmning? Nedsat emotionel reaktivitet?
 (motorisk tempo nedsat, nedsat mimik og taletrang, kortfattede svar, mange pauser, samtalen vanskelig at gennemføre pga hæmning)

Faktorer som kan indikere behov for viderehenvisning

- Vedvarende moderat eller svær depression
- Co-morbiditet (psykisk som somatisk)
- Tidligere behandlingsforløb med vekslende resultat
- Sygemelding og/eller isolation
- Insufficient netværk/støtte
- Gravide med behov for forbyggende medicinsk behandling

Henvisningens indhold

- Henvisningsdiagnose
- Aktuelle symptomer
- Tidligere psykiske lidelser
- Somatiske lidelser
- Motivation for behandling
- Sociale forhold
- Medicinstatus
- Evt. misbrug



Pakkeforløb

Skriv altid begrundelse for hospitalsbaseret psykiatrisk behandling, frem for f.eks. henvisning til privatpraktiserende speciallæge i psykiatri

CASE 1 – sidste del

Diskuter 2 og 2:

- Hvilke grunde kan der være til den manglende bedring hos patienten?
- Vil du intensivere behandlingen og hvordan?

Ved en konsultation 3 uger senere fremstår Malene stadig præget af tristhed. Som det første tager Malene en notesblok op af tasken hvorpå hun har skrevet emner ned som hun skal huske at spørge dig om, og som hun oplever ”roder i hendes hoved”.

Hun vil især gerne have dine råd til hvordan hun kan hjælpe sin far, som er syg af alkoholmisbrug og som er ved at blive sat ud af sin lejlighed. Malene er den eneste i familien som ikke har opgivet ham, og hun er meget berørt af farens ulykkelige tilstand.

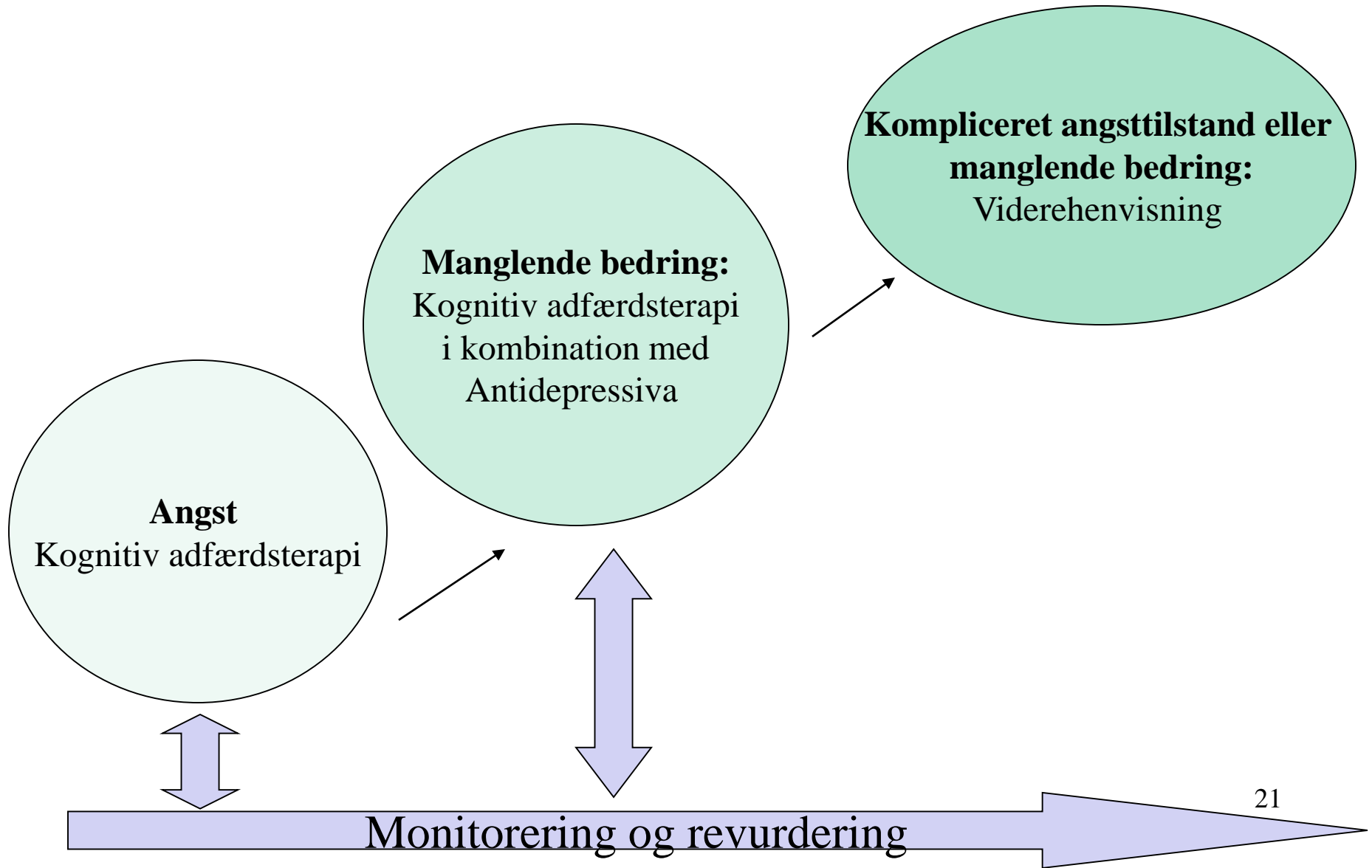
Det er svært at afgrænse Malene i samtalen, da hun har mange bekymringer som hun gerne vil drøfte med dig. Hun fremstår stadig med uro og irritabilitet. Hun er grædende, især når hun beskriver forholdet til sin mand og børn, og hun oplever at hun ikke længere har lyst til at være skolelærer og går med tanker om at sige sin stilling op og lave noget helt andet. Hun ved ikke hvad hun har lyst til at lave, men hun ” vil bare ikke det her mere”.

MDI score er i dag: 30 (udfyldt MDI vedlagt)

Diskuter med sidemanden:

1. Hvilke grunde kan der være til den manglende bedring hos patienten?
2. Vil du intensivere behandlingen og hvordan?

Angst - behandlingsevidens



Angst symptom skemaet (ASS)

Angst-Symptom-Spørgeskemaet (ASS).

Spørgsmål	I gennem de sidste to uger, hvor stor en del af tiden har du:	Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt over halvdelen af tiden	Lidt under halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	Været nervøs, anspændt eller følt indre uro?	5	4	3	2	1	0
2	Været meget bekymret over selv de mindste ting i din dagligdag?	5	4	3	2	1	0
3	Været nødt til at undgå visse ting, steder eller aktiviteter, fordi de er angstprovokerende?	5	4	3	2	1	0
4	Haft tilløb til angstanfald (panik)?	5	4	3	2	1	0
5	Haft egentlige angstanfald (panikangst)?	5	4	3	2	1	0
6	Haft gentagne ubehagelige tvangstanker, du ikke kan få ud af hovedet?	5	4	3	2	1	0
7	Været nødt til at kontrollere alt, hvad du gør, eller gentage de samme handlinger igen og igen?	5	4	3	2	1	0
8	Været meget genert, fx når du spiser eller taler, mens andre ser på dig?	5	4	3	2	1	0
9	Haft tilbagevendende tanker eller erindringer om en meget voldsom oplevelse?	5	4	3	2	1	0
10	Haft svært ved at udføre dine daglige aktiviteter pga. disse symptomer?	5	4	3	2	1	0

Ved fortolkningen af ASS skal man først undersøge, om item 10 (symptomernes påvirkning på de daglige funktioner) er scoret med tre eller mere. Hvis dette er tilfældet, undersøger man, hvilket af de ni angstsymptomer der har den højeste score og herefter, om der er en score på de tre øverste symptomer, som er de egentlige angstsymptomer. Man kan naturligvis benytte total score ved måling af effekten af den behandling, der tilbydes.

Spørgsmål 1-2: GAD

Spørgsmål 3: Undvigeadfærd/agorafobi

Spørgsmål 4-5: Panikangst

Spørgsmål 6-7: OCD

Spørgsmål 8: Socialfobi

Spørgsmål 9: PTSD

Spørgsmål 10: Funktionsnedsættelse

Tommelfinger regel

Social fobi kommer ikke til lægen med mindre funktionsniveauet tvinger vedkommende



Panikangst kommer løbende til lægen rædselslagende



Agorafobi kommer til lægen når sikkerhedsadfærden er væk (ex. ingen til at ledsage pt. længere)



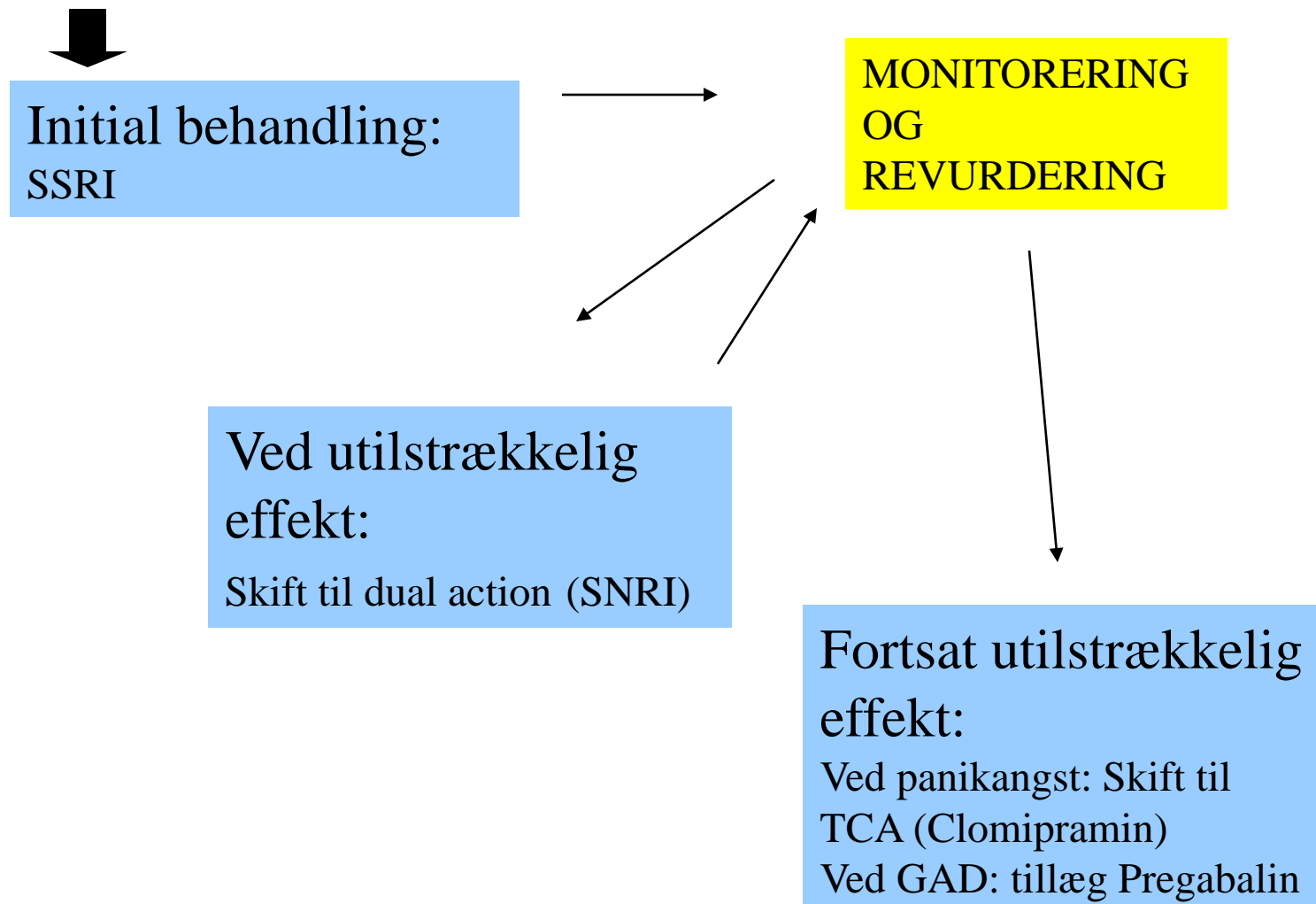
GAD er en hyppig gæst hos lægen med uspecifikke somatiske klager og bekymring



Hvem responderer bedst på behandling?

Medicinsk behandling

Angst med betydelig funktionsnedsættelse



KØREPLAN FOR MONITORERING OG REVURDERING

Ved angst og depression

TIDSPUNKT	MONITORERING	METODE
Hver 2. uge (eller hyppigere*)	Sikring af compliance (farmakologisk + non-farmakologisk)	Klinisk skøn
	Vurdering af selvmordsrisiko	Klinisk skøn, systematisk adspørgen
	Vurdering af bivirkninger til medicin**	Klinisk skøn, systematisk adspørgen
	Vurdering af behov for udvidet monitorering	Klinisk skøn
Hver 4. uge (eller hyppigere*)	REVURDERING AF EFFEKT	
	Angst/depression sværhedsgrad	ASS/MDI og klinisk skøn
	Behov for step-up eller viderehenvisning	Klinisk skøn

* Situationer som bør udløse hyppigere monitorering:

- Opstart af medicin (hver uge) **
- Forværring i tilstanden
- Selvmordstanker
- Psykotiske Symptomer
- Anden årsag til bekymring (ex. belastning)

Opsamling og afrunding

Er der noget du vil gøre anderledes i behandlingen af angst og depression?

- Hvilken slags behandling er relevant hvornår?
- Hvad er optimal medicinsk behandling?
(dosisjustering, præparatskifte eller addere)
- Hvornår er det relevant at viderehenvise til speciallæge eller hospitalspsykiatrien?

Nyttige links

- **RADS** (Rådet for Administration af Dyr Sygehusmedicin)
- **Psykofarmakologi.dk**
- **Sundhed.dk**
- **psykiatri-regionh.dk** (Målgruppeafgrænsning)
- **DSAM.dk**
- **Irf.dk**