

Rehabilitering vid depression och ångest

Gäller för: Region Kronoberg

1 Inledning

Depressionssjukdomar är en av de vanligaste orsakerna till ohälsa och arbetsförmåga. Omkring 5-7 procent av den vuxna befolkningen antas lida av depression. Det finns en hög grad av samsjuklighet med såväl andra psykiska störningar som kroppsliga sjukdomar, t ex smärtproblematik. Samsjuklighet innebär ofta en funktions- och aktivitetsnedsättning som påverkar rehabiliteringen. Det kan alltså förekomma problem av såväl psykisk, somatisk samt psykosocial karaktär samtidigt och det är inte alltid det går att skilja problemen åt. Ångest är ett sinnestillstånd som karakteriseras av stark rädsla, nervositet eller oro, vare sig det är situationsbetingat eller inte, men som inte beror på ett faktiskt hot eller en överhängande fara. Ångest kan vara en normalpsykologisk reaktion, men vid mer omfattande problem övergå i ett sjukdomstillstånd. Den kan även vara symtom vid annan psykisk sjukdom, bland annat depression. Ångest förekommer också vid vissa kroppsliga sjukdomar eller som biverkan vid läkemedelsbehandling. Ångest kan även vara en del i samtidigt missbruk av alkohol eller andra droger.

Sett över fyra år har 25000 av länets invånare (ca 14%) varit i kontakt med primärvården för en psykisk diagnos och under samma tidsperiod har 11000 invånare (ca 6%) har varit i kontakt med psykiatri. Det är inte samma patienter som är aktuella hela tiden eftersom ”omsättningen” av patienter är hög, dvs många insjuknar och många tillfrisknar. 15 % av kvinnorna använder antidepressiva läkemedel, nästan dubbelt så ofta som män. Användningen fördubblas i de äldsta åldersgrupperna.

Syftet med riktlinjen är att samordna och förbättra behandlingen för patienter med depression och ångestsjukdomar i enlighet med kriterierna i God Vård. De nationella riktlinjerna för depression och ångest från 2010 lyfter fram psykoterapi som en viktigt del i behandlingen av dessa sjukdomar.

Diagnostik och bedömning

En korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, en adekvat behandling och uppföljning. Att ställa en diagnos är en process som växer fram ur den patientcentrerade konsultationen. Strukturerade diagnostiska intervjuer och symtomskattningsskalor, exempelvis MADRS, kan fungera som diagnostiska hjälpmedel.

För att identifiera personer med riskabla alkoholvanor eller alkoholproblem kan screeningsinstrumentet AUDIT användas. Enkäten som ifylles av patienten själv, innehåller 10 frågor som poängsätts av behandlare. Vid resultat som överskrider gränsvärdena minst 8 poäng för män och poäng för kvinnor rekommenderas

fortsatt utredning. Kompletterande blodprover kan tas i form av ASAT, ALAT, MCV, GT, pEtH, CDT.

För att identifiera personer med skadliga narkotikavanor eller narkotikarelaterade problem kan screeningsinstrument DUDIT användas. Enkäten innehåller 11 frågor och som gränsvärde används 6 poäng för män och 2 poäng för kvinnor för att gå vidare med utredning. Detta kan kompletteras med U-tox.

Det är viktigt att ha ett genusperspektiv både i fråga om bedömning och behandling. Studier visar att män och kvinnor uttrycker sig på olika sätt vilket kan leda till skillnader i bemötande, behandling och åtgärd. Kvinnor får oftare frågor om den sociala situationen och män om sin arbetssituation. En hjälp till ett mer jämställt förhållningssätt kan vara att använda ”genushanden”. Det är även viktigt att uppmärksamma eventuellt våld i nära relationer, missbruk samt att barn till föräldrar med psykisk ohälsa får information och stöd.

Den diagnostiska processen börjar med ett första bedömande samtal med läkare. Därefter ska patienten informeras om de behandlingsåtgärder som bedöms som ändamålsenliga och effektiva utifrån det aktuella hälsotillståndet och med hänsyn till patientens förutsättningar och situation i övrigt. Utifrån den givna informationen ska sedan den ansvarige läkaren komma överens med patienten om ett lämpligt val av behandling.

Självordsriskbedömning

För att i tid upptäcka självordsnära personer är det viktigt att personalen på alla vårdnivåer är uppmärksam på dessa tillstånd, både i samband med diagnostik och under pågående behandling. Det är även viktigt att närståendes behov av stöd uppmärksammas. I den diagnostiska processen ingår det att göra en strukturerad självordsriskbedömning. Detta innebär att bedömningen sker på ett likartat sätt och enligt en viss struktur, att den dokumenteras i journalen och att den upprepas regelbundet så länge självordsrisk föreligger.

Suicidriskbedömning i primärvård

Psykiatrins vårdprogram för suicidprevention

Behandling

År 2010 kom Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom som ligger till grund för följande riktlinjer. För val av läkemedelsbehandling hänvisas till Läkemedelskommitténs rekommendationer.

2 Flöde/process

Ansvarsfördelning mellan primärvård och vuxenpsykiatri

Enligt vårdöverenskommelsen mellan psykiatri och primärvården gäller:

- Primärvården har ansvar för första linjens sjukvård, både när det gäller fysisk och psykisk ohälsa.
- Första linjens psykiatriska behandlingsinsatser genomsyras av en helhetssyn där

olika typer av behandlingar erbjuds såsom psykologiska, livsstils- och farmakologiska behandlingsinsatser.

- Specialistspsykiatri svarar för specialiserade insatser för personer med allvarlig psykisk störning.

Vårdöverenskommelse mellan psykiatri och primärvården

Rehabilitering/Behandling vid Depressionssjukdomar

Utredning/bedömning

Vid lindrig depression är symtomen få och lindriga. Viss psykisk funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kan förekomma. Lindrig depression kan vara snabbt övergående men kan även vara början till en depression som djupnar med tiden. Vid måttlig depression är symtomen, i form av sänkt stämningsläge, trötthet, obeslutsamhet, koncentrationssvårigheter och oro påtagliga samt mer varaktiga. Förmågan till aktivitet i det dagliga livet samt delaktighet i viktiga livsområden som utbildning, arbete och sysselsättning är påtagligt nedsatt liksom patientens livskvalitet.

Vid den kliniska bedömningen tar behandlaren ställning till svårighetsgrad och eventuell samsjuklighet. Behandlaren bedömer även graden av funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning samt patientens möjligheter och beredskap för olika behandlingsalternativ. Det är mycket viktigt att göra en suicidriskbedömning.

Behandling

Utifrån den kliniska bedömningen erbjuds psykologisk behandling. Enligt de nationella riktlinjerna bedöms flera alternativ som likvärdiga och vilken terapiform som väljs beror till stor del på patientens preferenser.

Antidepressiv läkemedelsbehandling (se Läkemedelskommitténs rekommendationer) bör användas vid svår egentlig depression och när snabb effekt är önskvärd. Det bör också användas vid medelsvår egentlig depression med melankoliska drag. Vid medelsvår egentlig depression kan läkemedel användas enbart eller som tillägg till psykoterapi. Vid lindrig egentlig depression kan man använda det, om depressioner tidigare har krävt läkemedelsbehandling, samt i tillägg om psykoterapi inte har effekt.

Internationell konsensus råder om att ett multidisciplinärt eller multimodalt arbetssätt är en nödvändighet vid längre tids sjukskrivning för återgång i arbete. Ett multimodalt rehabiliteringsprogram bör innehålla följande komponenter (Rehabiliteringsrådet SOU 2011:15):

- livsstilsförändring med avseende på balans mellan vila och aktivitet
- stressreduktion enligt någon av de tekniker som idag används kliniskt
- samtalsbehandling som bör vara fokuserad på arbete och andra ev stressorer
- arbetsinriktad rehabilitering Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. Vid bedömning och även vid

eftermätning kan MADRS användas. Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen innefattar egna träningsinsatser mellan besöksstillfällena. En del av behandlingen inriktas mot att identifiera sårbarheter och hur återfall kan förebyggas.

FaR

Fysisk aktivitet har visat god evidens i behandlingen av depressionssjukdomar. Eftersom samsjukligheten med fysisk sjukdom är vanligt förekommande är fysisk aktivitet dessutom en förutsättning för god hälsoutveckling i vid bemärkelse.

Rehabilitering/Behandling vid Generellt Ångestsyndrom GAD

Utredning/bedömning

Vid generaliserat ångestsyndrom dominerar en malande oro med kroppsliga obehag som till exempel spänningar, svettningar, orolig mage och störd nattsömn. Det föreligger även en överdriven/pathologisk oro och ångslan för vardagliga saker men det kan också handla om en överdriven rädsla för att drabbas av olyckor och sjukdomar. En person med generaliserat ångestsyndrom har stora svårigheter att kontrollera oron och har mycket svårt att slappna av. Syndromet förekommer vanligen tillsammans med andra ångestsjukdomar eller med depression. Många patienter söker vård på grund av kroppsliga symtom. Tillståndet är ofta livslångt men med fluktuerande förlopp.

Behandling

De nationella riktlinjerna rekommenderar kognitiv beteendeterapi som första behandling. Olika former av avspänning och mental träning kan ha en gynnsam effekt på förmågan att hantera ångesten.

Vid generaliserat ångestsyndrom bör patienten erbjudas behandling med antidepressiva som prio 2 (se Läke-medelskommitténs rekommendationer).

Däremot bör man inte använda lugnande medel.

Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. Vid bedömning och även vid eftermätning kan mer symtomspecifik skattning t ex Penn State Worry Questionnaire (PSWO) användas.

Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen grundar sig på patientens delaktighet samt att förstå mekanismerna bakom uppkomsten av symtom och hur han eller hon hanterar dessa. En viktig del av behandlingen är att vara aktiv i sin vardag och vidmakthålla de färdigheter man lär sig.

FaR

Fysisk aktivitet är en viktig del av behandlingen för att lära sig hur kroppen normalt reagerar såväl vid normal som vid kraftig ansträngning. □

Rehabilitering/Behandling vid Paniksyndrom med eller utan agorafobi

Utredning/bedömning

Paniksyndrom innefattar fler symtom än de återkommande panikattackerna. Yrsel, hjärtklappning, svårigheter att andas och frossbrytningar är symtom som gör att många misstolkar tillståndet som en fysisk sjukdom. Det är därför viktigt att göra en somatisk undersökning för att utesluta andra sjukdomar.

Behandling

Psykologisk behandling bör inledas snarast för att undvika sekundära komplikationer. De nationella riktlinjerna rekommenderar kognitiv beteendeterapi i första hand. Som prioritet 2 bör läkemedelsbehandling med antidepressiva mediciner erbjudas (se Läkemedelskommitténs rekommendationer). Man kan också erbjuda lugnande medel för mycket begränsad tid men inte som ensam åtgärd. Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. Vid bedömning och även vid eftermätning, för att bedöma graden av ångest, kan mer syndromspecifik skattning t ex Panic Disorder Self Rating (PDSR) och Agorafobiskalan användas. Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen grundar sig på patientens delaktighet samt förståelse av mekanismerna bakom uppkomsten av symtom och hur han eller hon hanterar dessa. En viktig del av behandlingen är att vara aktiv i sin vardag och vidmakthålla de färdigheter man lär sig.

FaR

Fysisk aktivitet är för många ett viktigt sätt att förebygga panikattacker.

Rehabilitering/Behandling vid Social Fobi

Utredning/bedömning

Personer med social fobi har antingen en specifik rädsla för enstaka situationer, eller en generaliserad fobi, vilket innebär en bred påverkan på social funktion och rädsla i flertalet situationer. Samsjukligheten är hög, 60-70 % har samtidigt en annan diagnos, exempelvis depression, annan ångestdiagnos eller missbruk. Vid svår social fobi finns ofta en bakomliggande personlighetsstörning eller neuropsykiatrisk problematik.

Behandling

De nationella riktlinjerna rekommenderar kognitiv beteendeterapi i första hand. Gruppbehandling för social fobi kan i vissa fall vara ett alternativ. För bestående effekt är det viktigt att exponering även kan ske i reell miljö som skola och arbetsplats. Patienter med social fobi bör erbjudas läkemedel med antidepressiva som prioritet 2 (se Läkemedelskommitténs rekommendationer). Man kan också ge lugnande medel under en mycket begränsad tid men inte som ensam åtgärd. Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. Vid bedömning och även vid eftermätning kan Social Phobia Anxiety Scale (SPAS) användas.

Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen grundar sig på patientens delaktighet samt att han/hon förstår mekanismerna bakom uppkomsten av symtom och hur han/hon hanterar dessa. Patienten ska vara aktiv i sin vardag och vidmakthålla de färdigheter han eller hon lär sig. Ju mer patienten övar och exponerar sig desto bättre resultat.

FaR

Fysisk aktivitet är viktigt för att motverka den passivitet och spänningstillstånd som kan bli en konsekvens av symptomen.

Rehabilitering/Behandling vid Tvångssyndrom OCD

Utredning/bedömning

En person med tvångssyndrom besväras av påträngande tankar och känslor. För att minska dessa utförs tvångshandlingar. Det är vanligt att man söker för andra symtom och ofta har närstående initierat kontakten. Det är viktigt att utesluta andra orsaker till beteendet exempelvis neuropsykiatriska funktionshinder.

Behandling

De nationella riktlinjerna rekommenderar psykologisk behandling med betoning på beteendeinterventioner. Stresshantering som tillämpad avslappning, mindfulness och liknande, kan vara ett viktigt komplement till behandlingen. Även fokus på att planera vardagen kan verka stressreducerande. Vid medelsvårt till svårt tvångssyndrom bör patienten erbjudas behandling med antidepressiva som prioritet 2 (se Läkemedelskommitténs rekommendationer).

Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. För att bedöma svårighetsgraden samt klarlägga problemen används skattningsinstrumentet YBOCS (Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale) eller OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory-Revised) samt MADRS. Dessa självskattningsformulär kan också användas vid eftermätning.

Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen grundar sig på patientens delaktighet och förståelse för mekanismerna bakom uppkomsten och vidmakthållandet av tvånget. Patienten ska vara aktiv i sin vardag och vidmakthålla de färdigheter han eller hon lär sig. Ju mer patienten övar och exponerar sig desto bättre resultat.

FaR

Fysisk aktivitet är en viktig stressreducerande faktor. Många patienter behöver stöd för att planera och genomföra dagliga fysiska aktiviteter. □

Rehabilitering/Behandling vid Akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma

Utredning/bedömning

Akut stressreaktion efter allvarligt trauma kan behandlas inom primärvården. Centrala symtom är ntensiva minnesbilder, sömnproblem, koncentrationssvårigheter, irritabilitet, undvikanden och muskelspänningar. Det är viktigt att avgränsa gentemot diagnosen PTSD (Post Traumatiskt Stressyndrom). För diagnos PTSD krävs att tillståndet ska ha föregåtts av en händelse som uppfattats som livshotande. Risken att utveckla PTSD ökar om individen haft psykiska problem tidigare eller upprepade trauman.

Behandling

Akut stressreaktion behandlas med kristerapi i form av täta insatser av psykologisk behandling som därefter glesas ut under en längre period. Behandlingen ska inledas snarast. Debriefing vid akut stressreaktion i samband med psykologiskt trauma minskar inte risken för långtidseffekter men uppskattas av den drabbade. Under en mycket begränsad tid kan behandling med lugnande medel erbjudas (se Läkemedelskommitténs rekommendationer). Vid början och avslut kan självskattningsinstrumentet CORE användas. MADRS kan användas för att bedöma graden av ångest och depressionssymtom. Formulären kan också användas vid eftermätning.

Suicidriskbedömning måste ske kontinuerligt vid behov under hela behandlingen.

Egenvård

Behandlingen innehåller både bearbetande och förebyggande delar och kräver ett aktivt deltagande, att patienten förstår mekanismerna kring uppkomsten av reaktionerna på krisen.

FaR

Fysisk aktivitet är viktigt för att motverka den passivitet och spänningstillstånd som kan bli en konsekvens av symptomen.

Sjukskrivning

Primärvården har rehabteam där aktuella patienter diskuteras och följs upp enligt upparbetade rutiner som vårdcentralen har vid sjukskrivning. Behandlingsansvarig arbetsterapeut/sjukgymnast bidrar med bedömning av aktivitetsförmåga respektive funktionsbedömning vid behov. Detsamma gäller för psykosocial resurs som bidrar med bedömning av psykisk ohälsa.

Definitioner

MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale, ett enkelt självskattningsformulär med nio frågor som ger en bild av individens nuvarande sinnestillstånd.

KBT: Kognitiv Beteendeterapi bygger på uppfattningen att negativa tankemönster och beteenden är inlärd och kan leda till att depressioner – och ångestproblem

utvecklas och göra att de blir bestående. Målsättningen är att förändra dessa mönster och beteenden mot en mer realistisk självbild så att man själv ska kunna påverka sin situation och klara av svårigheter.

IPT: Interpersonell terapi fokuserar på relationen, det vill säga familjen, äktenskapet, föräldrar och arbete/studier. Man lägger stor vikt vid hur man kommunicerar med sin omgivning, kommunikationsmönster, och hur man kan förändra detta för att må bättre.

PDT: Psykodynamisk terapi har som målsättning att man ska nå insikt i sin egen livshistoria och de underliggande konflikter som kan leda till ångest och depression. Genom dessa insikter kan man få en bättre självkänedom, självkänsla och ökad självständighet.

3 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Behandlingsplan är en överenskommelse mellan behandlare och patient kring målsättning och tidsplan för behandlingen. Rehabplan upprättas när bedömning är gjord och innan samordnad rehabilitering eller behandling inom rehabgarantin påbörjas. När en patient har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen och landstinget tillsammans upprätta en samordnad individuell plan. Samordnad individuell plan-rutin

Samtycke till att ta del av gemensam journal ska dokumenteras. Strukturerad suicidbedömning ska dokumenteras i journal.

4 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i väntrummen på de olika mottagningar. Pärmerna är märkt "Patientinformation".

5 Kvalitetsindikatorer

CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure)
Syftet är att mäta psykisk hälsa på ett sätt som är användbart och meningsfullt inom skiftande verksamheter inriktade på psykologiska behandlingsinsatser. Det finns en hemsida med information om instrumentet (www.coreims.co.uk).

Instrumentet består av 34 frågor indelade i fyra huvudkategorier:

V = Välbefinnande (Subjective well-being)

P = Problem/symptom

F = Fungerande (Life functioning)

R = Risker för den egna personen och/eller mot andra

CORE lämnas till patienten innan och efter behandling.

CSQ (Client Satisfaction Questionnaire), består av 8 frågor om hur nöjd individen är med sin behandling. CSQ lämnas till patienten efter avslutad behandling.

6 Referenser

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom
Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

7 Länkar

- Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för depression och ångest
- Det goda livet
- 1177.se Kronoberg
- FaR
- [Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)