


AUGUSTI 2012

Vårdprogram
Vård av personer med
affektiva sjukdomar inkl ECT

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen



LANDSTINGET BLEKINGE



Upplaga : 1a upplagan / 08-2012
Författare : Anders Schön, chefsöverläkare
Grafisk form : Text & Bild / www.text-o-bild.com



Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Inledning/Bakgrund | 5 |
| Epidemiologi och förlopp | 5 |
| Diagnostik | 6 |
| Skattning | 6 |
| Orsaker | 7 |
| Depression och suicid | 8 |
| Begrepp och definitioner | 8 |
| Unipolära depressioner | 9 |
| Läkemedel | 10 |
| Behandling av Bipolär sjukdom | 10 |
| Provtagningsrutiner Litium | 11 |
| Graviditet och amning | 12 |
| Gränssnitt primärvård | 12 |
| Psykoterapi | 13 |
| Depression hos barn och ungdomar | 13 |
| Äldre | 16 |
| ECT | 16 |
| Kvalitetsindikatorer | 17 |

Inledning/bakgrund

Psykiatrins Ledningsgrupp tog hösten 2009 beslut om framtagande av vårdprogram och bildande av nätverk kring affektiva sjukdomstillstånd. Syftet med vårdprogrammet är att bilda ett stöd för hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna erbjuda en god och jämlik vård inom Blekinge.

Arbetsgruppen som träffats har diskuterat vård och rutiner så som de ser ut idag inom Blekinge samt gått igenom redan utarbetade vårdprogram som finns runt om i Sverige.

Målet har varit att kortfattat sammanfatta redan befintliga vårdprogram samt att försöka skapa en grund för lokal anpassning utifrån hur arbetet ser ut idag inom Blekinge. Målet framöver är att detta skall skapa en bra grund för fortsatt utvecklingsarbete gällande omhändertagandet av personer med affektiva sjukdomstillstånd.

I huvudsak har vi använt oss av 3 befintliga vårdprogram som alla är lättillgängliga via internet.

Dessa har varit

- 1 Regionalt vårdprogram Depression och bipolär sjukdom – Stockholm läns landsting 2007.
- 2 Vårdprogram för patienter med affektiva syndrom/sjukdomar – Närsjukvården i centrala Östergötland 2006.
- 3 Vårdprogram - Sahlgrenska sjukhuset.

En viktig informationskälla har även varit SBU-rapporter, Läkemedelsboken 2009-2010 samt material från den Affektiva mottagningen M59, Psykiatriska kliniken, Karolinska institutet Huddinge. (Mycket bra material tillgängligt via deras hemsida.)

Vidare skall vårdprogrammet kring affektiva sjukdomstillstånd ses som ett ”levande” dokument som årligen skall fyllas på och revideras. På flera platser i dokumentet hänvisas det där det anses som lämpligt, till övriga vårdprogram eller rutiner.

Målet är även att det skall bildas ett nätverk kring affektiv sjukdom som bildar en mötesplats för en fortsatt fördjupning av kunskapsområdet med syfte att sprida denna kunskap inom Blekinge.

Arbetsgruppens deltagare har varierat och några har slutat under de senaste åren. Kvarvarande representanter för vårdprogrammet har varit:

Anders Schön, chefsöverläkare Blekinge Öst

Carina Lindqvist, överläkare Psykiatriska mottagningen Sölvesborg

Silke Meyer, specialistläkare vuxenpsykiatri samt ST-läkare BUP

Anna Rehnström, sjuksköterska mottagningen Karlshamn

Krystyna Karlsson, sjuksköterska avd 21

Carina Söderholm, avd chef/sjuksköterska mottagning Karlskrona

Epidemiologi och förlopp

Depressiva syndrom är vanliga. Prevalensen brukar anges till ca 5 %. Ett annat mått är risken att drabbas av depression någon gång under livet. Lundbystudien anger att 23 % av männen och 31 % av kvinnorna riskerar att drabbas. Debutåldern förefaller att sjunka och depressionssymtom är vanligare hos både gamla och barn än man tidigare trott. Många drabbas flera gånger i livet och risken är stor för kronisk utveckling. Ungefär 10 % övergår till ett mer kroniskt förlopp som varar längre än 2 år.

Depressiva symtom är förknippade med ökad mortalitet, främst betingat av självmord men även en överdödlighet finns gällande andra sjukdomar. Sjukdomarna genererar ett stort personligt lidande och social oförmåga.

Maniska episoder drabbar minst 1 % av befolkningen och bipolär sjukdom är alltså en folksjukdom.

Diagnostik

DIAGNOSEN BASERAS PÅ PATIENTENS sjukdomshistoria och beskrivelser av sitt tillstånd samt tecken som framkommer under samtalet. Vid diagnostik av affektiva sjukdomar skall följande områden belysas: sociala faktorer, psykologiska belastningsfaktorer samt somatiska orsaker. Samsjuklighet med ångestsjukdomar samt alkoholmissbruk. Blodprov som kan vara aktuella vid utredning av depression är bl.a.

Hb, S-järn, Ferritin, TSH, B-folat, Kobalamin, s -Calcium samt b-glukos.

Även alkoholmarkörer och drogtestar kan ofta vara av värde (se vårdprogram för alkohol och narkotika).

Depressionstyp, djup av depressionen måste vid varje depression belysas. Suicidrisk måste alltid bedömas och upprepas kontinuerligt under behandlingen.

Anamnes vid depressionsmisstanke innefattar:

Sjukdomsförlopp

- Tidigare episoder?
- Ålder vid första episod?
- Finns korta eller längre episoder av ökad aktivitet?
- Debut post-partum?

Sjukdomsbild

- Finns eller har funnit psykotiska drag?
- Tidigare eller aktuellt suicidförsök?
- Finns psykomotorisk agitation eller hämning?
- Finns variationer i aktivitet eller stämningsläge?

Tidigare behandling

- Har patienten haft typisk läkemedelseffekt på depressionssymtomen avseende tid till effekt mm?

Biverkningar

- Successivt svagare läkemedelseffekt över tid? (poop out).
- Bestående ökad ångest av antidepressiva?

Hereditet

- Depressioner, bipolär sjukdom, psykossjukdom, annan psykisk sjukdom.
- Suicid.
- Missbruk/beroende.

Somatisk sjukdom

- Hypotyreos, hjärtsvikt, KOL, malignitet, anemi mfl.

Diagnostik baseras på vedertagna kriterier för de olika tillstånden enligt ICD-10 (international classification of diseases and related health problems, 10:e versionen) samt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4:e versionen, utgiven av amerikanska psykiatriska föreningen).

Skattning

SKATTNINGSSKALOR ÄR AV STORT VÄRDE gällande diagnostik och uppföljning av affektiva tillstånd samt för att belysa samsjuklighet. Som alltid är det viktigt, att poängtera, att dessa instrument endast är

hjälpmedel och aldrig kan ersätta klinisk bedömning och sammanvägning. Skattningsskalor har även ofta stort pedagogiskt värde för patienten samt underlättar kommunikationen inom vården samt mellan vårdgrannar.

Skattningsskalor som kan vara till hjälp är:

- Depressionsenkät- PHQ-9.
- Becks Depressionsinventorium (BDI).
- MADRS, MADRS – S skattning resp. självskattning av depression.
- M.I.N.I (Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju) Strukturerad psykiatrisk intervju enligt DSM-IV.
- SCID-I, SCID-II.
- AUDIT självskattning av alkoholbruk.
- MDQ (Mood Disorder Questionnaire) Självscreening för bipolär sjukdom.
- HCL-32 Självscreening för hypomana symtom.
- YMRS – Young Ziegler Mania Rating Scale.
- Suicidal Intention Scale (SIS) och Statistisk riskskala – SAD person s scale. Se vårdprogram kring suicid.
- MMT – Mini mental test.
- Vuxen-ADHD Självrapportskala (ASRS-v1.1) – Symtom-checklista.

SKATTNINGSSKALOR VID SJÄLVBEDÖMNING av depression sparar tid och tydliggör och dokumenterar behandlingseffekter. PHQ är framtagen som screeninginstrument för patienter i primärvården.

BDI används mycket av kognitiva terapeuter. MADRS är den mest använda skattningsskalan för gradering av depressionsdjup. För deprimerade patienter är överensstämmelsen ofta god mellan expertskattad MADRS och självskattad MADRS-S. Samtidig förekomst av personlighetsstörning gör dock att överensstämmelsen ofta blir sämre.

M.I.N.I och SCID-I är strukturerade manualer till stöd för diagnostisk intervju. AUDIT används för att belysa alkoholkonsumtion. Vg se vårdprogram för Beroendeproblematik.

MDQ är en mycket använd självscreening för tidigare episoder av mani eller hypomani. Patienter med emotionell instabilitet samt personer med ADHD skattar dock också ofta högt på denna självskattning. Mer omfattande än MDQ är HCL-32 som även denna försöker fånga in ”uppåt” perioder.

Vid maniska tillstånd är YMRS den mest använda skalan i forsknings samt i kliniska sammanhang. Vid suicidbedömningar finns SIS och SAD som användbara instrument. Se vårdprogram för suicid.

MMT används för att screena för kognitiv svikt och är en skala vi även vill skall användas vid ECT uppföljning för att belysa biverkningar.

Depressioner, dystymier är mycket vanliga vid ADHD – tillstånd och screening för detta är ASRS. Klinisk är det ofta svårt att skilja mildare bipolära tillstånd från ADHD och även samsjukligheten mellan de två är mycket hög.

Orsaker

DET ÄR ÄNNU INTE KLARLAGT vad som orsakar depression eller andra affektiva sjukdomar. Stress-sårbarhetsmodellen är användbar för förståelsen av uppkomst. Förstämningssyndrom har sannolikt alltid en multifaktoriell genes där olika komponenter samspekar. Störningar i hjärnan transmittorsystem är av betydelse för förstämningssyndrom. Monoaminerna serotonin, noradrenalin och i viss mån dopamin är av särskilt intresse. Utvecklandet av antidepressiva bygger på

monoaminhypotesen. Även störningar i den endokrina regleringen, framför allt ökad aktivitet i hypothalamus-hypofys-binjurebark (HPA-axel), förekommer vid depressioner. En negativ påverkan av stress och depression på nervceller i vissa områden i hjärnan. Liksom antidepressiva medels och ECT:s stimulerande effekter på nervcellstillväxt i hjärnan är högintressanta forskningsområden.

Depression och suicid

RISKEN FÖR SUICID VID AFFEKTIV SJUKDOM är betydande. Riskerna har angetts till 12-20 gånger högre än befolkningen i övrigt och undersökningar visar att upp emot 10 % av deprimerade patienter som varit inlagda, sedermera avlider i suicid. Särskilda riskfaktorer av betydelse är djupa och långdragna depressioner, flera skov, hög ångest, sömnstörning, manligt kön, ensamstående, missbruk, tidigare suicidförsök, psykosjukdom samt kroppslig sjukdom och smärta. Upprepade strukturerade suicidbedömningar och anpassad vård utifrån riskbedömning är av värde. Datajournalen hjälper oss med strukturerade rubriker för god fördjupning gällande suicidbedömningar. Rubriker som skall fyllas i är under **Självordsriskbedömning – tankar, planer - försök** och självordsriskbedömning skall skattas som mycket låg, låg, måttlig, hög och mycket hög. Detta är den nedre delen på "suicidstegen". (Se Vårdprogram för suicid för fördjupad kunskap)

Begrepp och definitioner

Insjuknande i en depression innebär hög risk för att återinsjukna. Risken för återfall efter första insjuknandet är ungefär 50 % inom två år, 60 % inom fem år och 80 % under patientens återstående livstid.

Unipolära depressioner innebär att patienten enbart har depressioner. **Bipolär sjukdom** är det moderna namnet för det som tidigare kallades manodepressiv sjukdom. Detta innebär svängningar mellan å ena sidan överaktiva perioder och andra perioder med depressionssymtomatologi. För diagnosen **Bipolär I**, krävs en manisk episod någon gång i livet. En mani är en mycket tydlig sjukdomsepisod som i regel kräver sjukdomsvård. För diagnosen **Bipolär II** krävs dels en episod av egentlig depression och en episod av hypomani på minst 4 dagar. Diagnosen missas lätt eftersom patienten som regel endast söker vård i de depressiva faserna av sjukdomen. Personerna tillbringar mer än 30 gånger så lång tid i depression jämfört med i hypomani.

Bipolär depression har samma symtom som en unipolär depression men är ofta mer svårbehandlad. Vissa typiska kännetecken för den bipolära depressionen tycks dock finnas.

- Debut i tidigare ålder (<25 år).
- Atypiska symtom – överdriven trötthet, energibrist, blytunghet, viktuppgång, psykomotorisk retardation.
- Psykotiska symtom.
- Missbruk.
- Multipla depressioner (> 3 episoder).
- Kort duration på de depressiva perioderna (< 3 månader).
- Medikamentellt utlöst hypomani.
- Blandningssymtom.
- Upphörande av effekten på antidepressiv medicinering.
- Ärftlighet för bipolär sjukdom.
- Akuta stämningsförändringar – debut post partum.

Blandepisod (mixed state) är något som blivit mycket uppmärksammat på senare år. Det är ett tillstånd där mani/hypomani och depression föreligger samtidigt. Detta tillstånd feldiagnostiseras och

missförstås ofta. Rätt diagnos är mycket viktig eftersom behandlingen skiljer sig åt jämfört med en unipolär depression. Tillståndet präglas ofta av uttalad dysfori och irritabilitet samt stark agitation och rastlöshet. Även mycket stark ångest och svår sömnstörning hör till bilden. Detta tillstånd anses ofta förknippat med ökad suicidrisk och försämras ofta av enbart antidepressiv medicinering. Många patienter med depression uppfyller inte kriterier fullt ut för bipolär sjukdom men har inslag av symtom som är av betydelse vid valet av behandling. Denna restgrupp klassificeras som **bipolär sjukdom UNS** (utan närmare specifikation) Denna grupp patienter går ofta under namnet **bipolär spektrum**.

Psykotisk depression är betydligt vanligare än vad vi tror och är ofta en orsak till att depressionen är svårbehandlad. Ca vart femte person med unipolär eller bipolär depression har psykotiska symtom. Tillståndet svarar mycket väl på ECT där ca 90 % blir återställda.

Dystymi är ett tillstånd med nedstämdhet av måttlig grad med minst 2 års duration. Antidepressiv behandling har ofta god effekt.

Kognitiv funktionsnedsättning Många patienter med depression drabbas av kognitiv funktionsnedsättning. Ofta tar det längre tid att återhämta sig från de kognitiva nedsättningarna än det tar att häva själva depressionen. Sårbarheten för stress kan finnas kvar under mycket lång tid vilket är viktigt att lära ut till Försäkringskassa och Arbetsgivare exempelvis vid rehabilitering.

Unipolära depressioner

Depressionssymtomen kan delas in i tre huvudgrupper: Emotionella symtom, hämningssymtom och somatiska symtom. Såväl unipolära depressioner som depressioner vid bipolär sjukdom kan ha olika symtombild och djup. Vanliga typer av depression är; melankoli, atypisk samt kataton depression. Djupet på depressionen skall skattas och svårighetsgraden bör bedömas med hjälp av expertskalor eller självskattningsskalor exempelvis MADRS/MADRS-S. Se under **skattningsskalor**.

Adekvata gränser i MADRS självbedömning anges nedan

MADRS-S / Poäng

- 0 – 12 **Ingen depression**
- 13 – 19 **Lindrig depression**
- 20 – 34 **Måttlig/medelsvår**
- >34 **Svår depression**

Gräns till svår depression i BDI är > 29 p.

Graden av depression och typen av depression avgör behandlingsval. Vid lindriga och medelsvåra depressioner kan psykoterapi vara ett alternativ till läkemedelsbehandling. Se under **psykoterapi-avsnittet**.

Det finns ett starkt stöd för att antidepressiva läkemedel har effekt överlägsen placebo vid depression. Skillnaden kontra placebo ökar ju svårare depressionen är. Flertalet antidepressiva läkemedel är effektmässigt likvärdiga på gruppnivå. Enskilda patienter kan dock uppleva skillnader både gällande biverkningar samt effekt. Målet vid behandlingen är symtomfrihet. Kvarvarande restsymtom innebär klart ökad risk för återinsjuknande.

Behandlingsfasen brukar indelas i den **akuta fasen** som varar tills patienten känner sig återställd och det är vanligen 6-8 veckor. Därefter kommer **underhålls- eller stabiliseringsfasen** som är den tid behandlingen måste pågå för att inte återfallas i samma depressionsperiod. Denna tid är oftast 2-6 månader. Slutgiltigen kommer den förebyggande **långtidsbehandlingen** för att förhindra återfall hos de patienter som haft flera depressionsskov.

Indikationer för långtidsprofilax vid unipolär syndrom

Två eller flera depressionsepisoder under en 5-års period. Förekomsten av flera riskfaktorer förstärker indikationen

- sen debut (> 60år)
- tidig debut (< 20 år)
- täta recidiv
- snabba insjuknanden
- allvarliga episoder (inkl suicidalitet)

Läkemedel

Flertal läkemedel med olika profil gällande biverkningar och påverkan på hjärnans transmittorsystem. Vid behandling av lindriga till medelsvåra okomplicerade depressioner i öppenvård rekommenderas i första hand SSRI. Förstahandsläkemedel är Citalopram och Sertralin som båda tolereras väl och har liten risk för interaktioner.

Vid svårare depressioner eller när SSRI inte fungerat kan man välja SNRI (Venlafaxin) eller TCA. NaSSA (Mirtazapin) kan också vara ett värdefullt behandlingsalternativ, där dagtrötthet och viktuppgång dock är relativt vanliga biverkningar. Om fortsatt terapivikt bör följande faktorer belysas: Är diagnosen rätt? Kan bipolär sjukdom eller bipolärt spektrum föreligga? Finns samsjuklighet som vidmakthåller depressionen såsom ångest, missbruk neuropsykiatrisk störning?

Har patienten rätt läkemedelskoncentration vilket belyser både följsamhet till behandlingen samt förmågan till att omsätta läkemedlet. (ca 8 % av befolkningen bryter ned läkemedlet långsammare än övrig befolkning och flertal procent bryter ned snabbare). Finns faktorer som försvårar läkning såsom stressorer inom familjen, relationsproblem, ekonomi, jobbproblem eller somatisk sjukdom?

Kombinationer av läkemedel med olika profil är vanligt dock med ökad risk för biverkningar. Litiumtillsättning är bland de mest beprövade samt kan ECT övervägas. Ibland är de gamla irreversibla MAO-hämmarna (Parnate, Nardil) värdefulla vid teraporefraktära tillstånd. Dessa kräver dock speciell diethållning. Även förstärkning av den antidepressiva effekten med tillsättning av psykoterapeutisk behandling bör givetvis övervägas tidigt i behandlingsarsenalen.

Viktigt är att omhändertagande av den deprimerade patienten sker på ett optimalt sätt. Pedagogiska insatser kring sjukdomen och behandlingen. Noggrann information kring läkemedlets fördelar och nackdelar. Patienten skall informeras om att antidepressiva mediciner ej är beroende framkallande etc. etc. Täta återbesök i behandlingsstart är viktiga i akutskedet. Använd informationsskrifter. Var tydlig vart patienten skall vända sig om biverkningar eller försämring inträder. Ofta kan man vid djupare depressioner inledningsvis behöva komplettera behandlingen med anxiolytisk behandling (t.ex. Sobril) och/eller sömnmedicinering. Effekt av behandlingen är först att förvänta efter 2-4 veckor. Fullständig symtomfrihet kräver ofta ett par månaders behandling.

Vid partiell effekt efter 4 veckor bör dosökning övervägas. Efter att en person tillfrisknat från sin depression bör läkemedelsbehandlingen pågå minst i sex månader. Utsättningen bör göras gradvis för att minska risken för utsättningsymtom samt att kunna fånga upp en försämring och förnyade depressiva symtom.

Behandling av bipolär sjukdom

Minst 10 % av personer med unipolär depression kommer att utveckla en bipolär sjukdom. Många av de som vi tror har en unipolär recidiverande depressionssjukdom ligger vid närmare undersökning och skattning i det bipolära spektrat (kanske mer än hälften). Samsjuklighet med ångestsjukdomar såsom panikångest, social fobi, GAD samt OCD verkar vara högre vid bipolär sjuk-

dom än vid unipolära depressioner. Dessa individer riskerar en försämring i sitt tillstånd med behandling av enbart antidepressiva. Konstaterad bipolär sjukdom bör behandlas med stämningsstabiliserande läkemedel (vanligen litium, atypiska neuroleptika eller antiepileptika).

Trots att akut bipolär depression är vanligt är antalet studier kring hur dessa bör behandlas få.

Första åtgärden vid ett depressivt skov är att optimera dosen på det stämningsstabiliserande läkemedlet (litiumdosen bör upp i 0,8). Antidepressiva läkemedel kan användas men med risk för förskjutning av stämningsläget och instabilitet. Nyare studier tyder på att antidepressiva inte ger snabbare effekt än tillägg av stämningsstabiliserande enbart. Lamotrigin kan användas profylaktiskt för att förebygga nya depressiva skov, men har inte visat sig ha akut insättande effekt. Effekt dock påvisad som akut tilläggsbehandling till litium. Studier har visat att läkemedlet inte ökar risken för överslag i mani, men det har heller inget skydd mot maniska episoder. P.g.a. risk för allvarliga hudbiverkningar måste läkemedlet trappas upp långsamt.

Fluoxetin + Zyprexa har visat sig effektivt vid akut bipolär depression samt Quetiapin (Seroquel) har indikation både akut mani och akut bipolär depression.

ECT har ofta en god effekt vid bipolär depression. Atypiska depressioner som är vanligt vid bipolär sjukdom svarar som regel betydligt sämre på ECT-behandling än andra typer av depressioner. Bipolär depression är i många fall mycket svårbehandlade och långdragna.

Behandlingen av en mani skall ske i slutenvård och patienten är ofta i behov av tvångsvård eftersom medicinering är nödvändig. Hypomanier kan ibland skötas i öppenvård med täta uppföljningar om patienten har bevarad sjukdomsinsikt. Antidepressiv behandling skall avslutas. Akut mani behandlas med fördel med neuroleptika. De flesta atypiska antipsykotika har dokumenterad effekt på manier och där är risken för extrapyramidala biverkningar lägre. Om patienten redan behandlas med litium kan en höjning av dosen vara lämplig. Valproat kan användas vid behandling av hypomani och mani. Anxiolytika och hypnotika skall användas frikostigt. ECT fungerar väl men kan vara praktiskt svår att genomföra. Särskilt snabb och god effekt har ECT vid cykliska psykoser samt postpartumpsykos. Omvårdnadsfaktorer är av största vikt vid behandling av hypomani/maniska patienter.

Profylaktisk läkemedelsbehandling av bipolär sjukdom är litium många gånger förstahandsval. Litium är det mest beprövade medlet för återfallsprofylax och har den bästa evidensen. Litium anses även ha en antisuicidal effekt. Litium tolereras ofta väl och effekten är dosberoende men med snäv terapeutisk bredd. Ökade urinmängder, tremor, magproblem, thyroideapåverkan, hyperkalcemi är kända biverkningar som måste följas. Varje psykmottagning i Blekinge skall ha uppgjorda och samstämmiga rutiner för uppföljning och monitorering av litiumbehandling. Rutinerna runt om i landet har sett mycket olika ut varför Svenska Sällskapet för Bipolär sjukdom (SSBS) för några år sedan försökte samla miniminivån vad gäller provtagning.

Provtagningsrutiner Litium

Inför behandling görs metabol, screening:

- Vikt, längd, (=BMI), bukomfång, blodtryck, B-glukos, TG, LDL, HDL.

Metabol uppföljning: årligen

- Vikt, BMI, bukomfång, blodtryck, B-glukos, TG, HDL, LDL.

Inför Litiumbehandling

- Thyroidea – TSH, thyroxin (TPO).
- Parathyroidea - Calcium, albumin.
- Njurar – kreatinin.

Vid insättning/Uppföljning

- S-litium tills önskvärd nivå (0,6-0,8).
- Efter två stabila värden: var 3:e månad i minst ett år.
- Därefter minst var 6:e månad.
- TSH vart 3:e månad första året, därefter minst vart 6:e månad. (Höga halter av antikroppar (TPO) predicerar hög risk för utvecklandet av hypotyreos.)
- Kreatinin vart 3:e månad första året därefter årligen.
- Calcium och albumin varje år.

Kompletterande utredning kan vara

- Dygnsurinmätning inför behandling och därefter vid misstänkt allvarlig polyuri.
- Iohexolclearance inför behandling och därefter vid misstanke om försämrad njurfunktion.

Långtidsbehandling med neuroleptika, och då framför allt de atypiska, bör följa den allmänna screeningen som rekommenderas vid psykosbehandling.

Graviditet och amning

Depressiva tillstånd är vanligt förekommande under graviditet. Vid lätta och medelsvåra tillstånd kan psykologiska behandlingsmetoder prövas. En obehandlad depression innebär också risker för foster och det nyfödda barnet. Läkemedel under graviditet och amning är ofta aktuellt och skall givetvis ske i nära samråd och dialog med kvinnan. Läkemedel som ges under graviditet kan innebära risker. Risken för missbildningar gäller främst under första trimestern. En annan risk är att farmaka kan ge komplikationer under nyföddhetsperioden samt en tredje risk är försenad utveckling av hjärnan.

Bäst dokumentation finns kring Sertralin, Citalopram och Fluoxetin där någon ökad risk för missbildningar inte tycks föreligga. Nyare studier för Paroxetin tycks visa en viss ökad risk för hjärtmissbildningar. SSRI behandling under senare delen av graviditeten ökar risken för neonatala komplikationer. Vanligen är dessa komplikationer övergående, men vissa data tyder på en ökad risk för den allvarliga komplikationen persisterande pulmonell hypertension (PPHT). Risken bedöms dock som låg. Mängden SSRI som går över i bröstmjolk är liten och anses inte utesluta amning. Vissa nya data antyder något sämre motorisk utveckling hos barn som exponerats för SSRI under graviditet.

ECT är ett behandlingsalternativ vid allvarlig depression under graviditet.

Stämningsstabiliserande läkemedel under graviditet är komplicerat. Litium anses en något förhöjd missbildningsrisk ändå vara det mest beprövade stämningsstabiliserande läkemedlet där hög risk för återfall i bipolär sjukdom föreligger. Valproat ger en relativt hög risk för ökad missbildning och påverkan på fostret varför det helst bör undvikas.

Gränssnitt primärvård

Hälsa- och sjukvårdens resurser bör användas effektivt och därför är prioriteringar viktiga om vården ska ske. I Blekinge har primärvården och psykiatrin enats om ett gränssnitt som skall ligga till grund för var patienten skall behandlas.

Primärvården ansvarar för

- 1 diagnostik, behandling och uppföljning av lätta och medelsvåra depressioner

- 2 kroniska depressioner med somatisk sjukdom, framför allt hos äldre
- 3 underhållsbehandling efter remiss från specialistpsykiatri.

Specialistpsykiatri ansvarar för

- 1 svåra depressioner med psykotiska inslag, hög suicidrisk, eller med grav personlighetsstörning i tillägg och sådana som inte svarar på gängse behandling
- 2 bipolär sjukdom
- 3 affektiva sjukdomar i samband med graviditet och förlossning
- 4 patienter som behöver psykologiska utredningar eller är i behov av speciell psykoterapi.

Psykoterapi

I SBU:s GENOMGÅNG KONSTATERAS att **psykoterapi är effektiv som enda intervention vid akutbehandling av lindrig till måttlig depression**. Starkast stöd finns för kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (ITP)

Psykoterapi ger minst lika bra och ibland bättre och mer bestående effekt än läkemedel.

Kombinationsbehandling med psykoterapi och läkemedel, vid lindriga till måttliga depressioner har inte visat sig mer effektiva än var behandlingsmetod för sig. Vid svårare depressioner finns måttligt stöd för att kombinationsbehandling är mer effektiv än enbart läkemedel.

Depression hos barn och ungdomar

Depression hos barn före puberteten:

Man får misstänka depression när:

- Barnet har återkommande kroppsliga symtom utan att man finner somatisk bakgrund.
- Vägrar att lämna föräldrarna för att gå till dagis eller skola.
- Är ledsen, gråter lätt, ser ledsen och livlös ut i mimiken, frågar om död, inte vill leva.
- Har tappat lusten för allting, kan inte leka, vill ingenting, sover inte, äter inte.
- Har blivit irriterad, aggressiv, orolig, rastlös och okoncentrerad jämfört med tidigare.
- Barnet kan inte somna i sin säng, äter dåligt, orkar ingenting, är missnöjd med sig själv.

Diagnosen kan ställas med samma kriterier som vid depression hos vuxna med ett undantag: det avvikande stämningläget, nedstämdhet eller oförmåga att känna glädje, kan hos barn utgöras av ökad irriterbarhet som huvudsymtom. Tänk även på att barnen har ett annat sätt att uttrycka sig:

- Barn kan sällan beskriva spontant hur det känns, svarar ”vet inte” på öppna frågor.
- Frågor måste ställas konkret med exempel från olika vardagssituationer.
- Barn har vid en depression oftast kroppsliga symtom av olika slag.
- Även små barn kan peka ut på en rad ansikten (glad-neutral-leadsen) hur de känner sig.
- Depressionen syns i barnets ansikte: sorgsna ögon, livlös mimik, avvisande, likgiltig.
- Barnet döljer sig, klänger på mamma, är ointresserad av kontakt eller är irriterad - aggressiv.

Har man ställt diagnosen depression hos ett barn, ska man först leta efter påfrestningar i familj och social situation. Hög frekvens vid affektiv sjukdom hos föräldrar, både arv och miljö kan påverka barnet. Glöm inte möjligheten av vanvård, misshandel, sexuella övergrepp, mobbning!

Depression hos barn före puberteten finner man i 1-2%, lika hos pojkar och flickor. Depression är vanligare hos barn med kronisk somatisk sjukdom, hormonrubbningsproblem eller neuropsykologiska handikapp: ADHD, Aspergers-syndrom, autism.

Det finns ett politiskt önskemål att även första hjälpen för barn med psykisk ohälsa ska ske i primärvården. Men barndepression är en specialistfråga! Vid misstankar om barndepression ska kontakt tas med BUP. **Ingen psykiatrisk medicinerings av barn ska ske i primärvården!** Detta gäller även ordination av lugnande t.ex. Atarax eller sömnmedel förutom vid mycket kortvariga tillstånd.

Depression bromsar upp barnets hela utveckling, därför slår en depression mycket hårdare mot ett barn än mot en vuxen. Snabb åtgärd är viktig, då annars prognosen är dålig (regression i beteende och neuropsykologisk utveckling, risken för utveckling av bipolär sjukdom eller recidiverande depressioner).

Initialt när diagnosen depression ställts kan information och stöd till barnet och familjen få det att vända. Om därefter fortsatt depression föreligger bör en mera riktad psykoterapimetod (t.ex. KBT eller familjeterapi) användas. Vilken metod man väljer beror oftast på vilka problem man misstänker har orsakat depressionen, t.ex. familjeterapi vid problem inom familjen, KBT vid handikappande blyghet.

Vid måttlig till svår depression bör psykoterapi kombineras med läkemedel. Den enda av Läkemedelsverket godkända antidepressiva medlet är Fluoxetin, från 6 år. Behandlingen skall pågå tills barnet är helt återställt och därefter ytterligare minst ett halvår i oförändrad dos. Tät uppföljning och bra stöd till barnet och sin familj är ytterst viktig.

Depression hos ungdomar

Misstanke bör uppstå när en tonåring ...

- Börjar bli borta från skolan och studieresultaten försämras.
- Är ständigt trött och inte orkar ta sig för något, annat än möjligen vara med kamrater eller framför datorn. Uppvisar ett irriterat, negativt beteende.
- Kan inte sova, vänder på dygnet. Söker ofta skolsystem för olika krämpor.
- Isolerar sig allt mera från familjen och i värsta fall även från kamrater.
- Kan inte vara glad i situationer som tidigare medfört glädje, t ex fest, musikutövande.
- Är missnöjd med sig själv vad gäller utseende, personliga egenskaper, prestationer.
- Tänker i svåra stunder på att ta sitt liv, vilket tonåringen kan kasta ur sig ibland.

Diagnostisk ska samma kriterier som för vuxna användas, utom att irritabilitet kan vara huvudsymtom som alternativ till nedstämdhet. Ofta finns båda samtidigt.

Frekvensen för tonårsdepression är 5-8 %, könsfördelning 2 flickor:1 pojke. Totalt har 10-20 % av unga vuxna haft en depression under tonårstiden. Ungefär hälften av dessa ungdomar får återkommande depressioner och upp till 20 % får bipolär sjukdom.

Depression är vanligare hos ungdomar med kronisk somatisk sjukdom, inlärningsproblem eller neuropsykologiska handikapp: ADHD, Aspergers-syndrom, autism. Bakom depressionen kan dölja sig en odiagnostiserad ADD, dyslexi, svagbegåvning. Hormonstörningar kan ge depression, speciellt hypothyreos, vilket bör uteslutas.

Som första linjens vård för ungdomar finns primärvården och ungdomsmottagningen att tillgå. Vid lättare depression kan information, gott stöd och omhändertagande därifrån få det hela att vända. Vid måttlig till svår depression, suicidtankar, mani-tendenser eller om det förekommit trauma, övergrepp och om de har otrygga förhållanden ska omedelbart kontakt tas med BUP! Om depressionen inte vänder inom max 6 veckor ska också BUP kontaktas.

Snar behandling behövs, eftersom en depression hindrar tonåringens normala utveckling vad gäller studier/yrkeskarriär, självbild och förmågan att utveckla relationer. Förhoppningen är att tidig behandling skall förhindra att sjukdomen tar en allvarlig utveckling med återkommande episoder av depression och/eller mani.

All medicinering av psykiska symptom som vara längre än 6 veckor ska ske inom specialistvård. Även sömnstörningar eller ångestillstånd som vara längre än 6 veckor ska bedömas av specialistläkare. Läkemedelsverkets godkända medel för behandling av tonåringar är Fluoxetin. Behandlingen skall pågå tills tonåringen är helt frisk. Därefter skall behandling fortsättas med oförändrad dos minst ett halvår. Om tonåringen har tendenser till maniska/hypomana episoder krävs i stället stabiliserande medicin som bör skötas av BUP-specialist. Så kan vara fallet även utan manitendens, om en förälder har manodepressiv sjukdom.

Behandlingen ska kombineras med information till tonåring och föräldrar: det är viktigt att de känner till så mycket som möjligt och blir delaktiga i behandlingsplanen. Alla tonåringar behöver samtal, oftast av stödjande karaktär. Stöd är mycket viktigt i början. Mera riktad terapi ska erbjudas: KBT, familjeterapi o.s.v.

ICD-10: Depressiv episod, ospecificerad F32.9

Källor: www.internetmedicin.se

Barn- och ungdomar som anhöriga till patienter med affektiv sjukdom

NÄR EN FÖRÄLDER LIDER AV PSYKISK OHÄLSA berör det hela familjen. Barnets utveckling och mående påverkas negativt. Ca: 40 % av barnen som levt ihop med en psykisk sjuk förälder utvecklar själv en depression innan 20 års ålder.

Januari 2010 trädde ändringar ikraft i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) som stärker barnens roll som anhöriga. Hälso- och sjukvården ska särskild beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor hos har en psykisk störning, missbruk eller psykisk funktionsnedsättning. Därmed har vuxenpsykiatri och primärvården en central ställning att upptäcka och initiera stöd till barn och föräldrar eftersom de har kunskap om föräldrarnas sjukdom.

Därför ska personalen ställa sig följande frågor:

- Har patienten barn? Har de vuxenstöd under patientens sjukdomsskov?
- Är patienten eller den andra föräldern orolig för barnen?
- Har barnen fått information om föräldrarnas sjukdom?

Under en aktiv sjukdomsperiod ska man se till att barnet har tillgång till en frisk förälder eller annan vuxen, har en säker tillflykt och få praktisk stöd i situationen.

Efter en aktiv sjukdomsperiod kan ett preventivt arbete för att förbättra barnets moståndskraft göras.

- Beardslees familjeintervention är den enda interventionen med bra forskningsstöd som har barnets mående i fokus. Det handlar om ett strukturerat familjearbete med målet att stödja familjen i att hålla familjemöten då den sjuke ger information om sin sjukdom till barnet och samtidigt lyssnar till barnens upplevelse av sjukdomen. Fungerar med barn fr.o.m. 5 års ålder.
- I psykopedagogisk intervention kan även barn medverka. Genom en rad föreläsningar och grupp-samtal få både patienten, anhöriga och barnen information om sjukdomen. Sedan följer en rad familjemöten då kunskaperna fördjupas och omsätts i vardagen. Psykopedagogisk intervention syftar dock till att stärka de skyddande faktorer runt patienten och därmed förebygga återfall. Detta tjänar därmed i första hand patienten men kan naturligtvis innebära att förbättra barnens situation. Barnen måste vara minst 9 år gamla för att kunna tillgodogöra sig informationen.
- I enskilt samtal med barnet kan kunskap om föräldrarnas sjukdom förmedlas. Om informationen kommer direkt från föräldern är den dock mycket mera verksam. Föräldern ska därför i första hand få stöd i att se sina barns behov och prata med barnen om sjukdomen.

När detta inte är tillräckligt ska kontakt med sociala myndigheter tas. Visar barnen så kraftiga psykiska reaktioner på föräldrarnas sjukdom att man misstänker att barnen själv har utvecklad en psykisk sjukdom, ska familjen få stöd att kontakta BUP.

Äldre

Depressiva symtom är mycket vanligt i den äldre populationen. Vid somatisk/neurologisk sjukdom kan förekomsten vara så hög som 30 %. Vid demenssjukdom är frekvensen depressiva symtom 50 %. Många gånger är symtomatologin annorlunda där ofta symtomen har en somatisk prägel samt påtaglig samsjuklighet med framför allt hjärtkärlsjukdom. Detta indikerar att somatisk utredning/bedömning bör göras i många fall. Psykisk sjukdom, hos tidigare psykiskt frisk individ, som debuterar i högre ålder indikerar organisk genes. Depression kan många gånger likna ett demens-tillstånd med uttalade kognitiva symtom. Depression kan även många gånger vara första tecknen på en kognitiv svikt/demens.

Vid behandling av äldre bör antidepressiva läkemedel med antikolinerga biverkningar undvikas. Preparat med få interaktioner med andra läkemedel bör vara 1:a handsmedel. Tillfrisknandet sker ofta något långsammare än hos yngre. Depressioner i hög ålder är oftare präglade av kronicitet varför långtidsbehandling ofta är indicerat.

ECT

ECT är en effektiv behandling mot depressiva, maniska och katatona tillstånd och kan ibland vara livräddande. Biverkningar och risker med ECT behandling är få. Vanligaste biverkan är minnesstörning som oftast är måttlig och övergående. I vissa fall är dock minnespåverkan mer uttalad och mer långvarig. Indikationen för ECT är i första hand allvarliga eller livshotande akuta episoder av affektiva och katatona tillstånd.

Predikatorer för god ECT-effekt

- 1 Depressioner med tydlig motorisk hämning.
- 2 Depression med depressiva vanföreställningar.
- 3 Tydligt avgränsad depressiv episod.
- 4 Katatoni oavsett underliggande etiologi.
- 5 Cykloid psykos, mani med konfusionsinslag, postpartumpsykos.
- 6 Tidigare god effekt av ECT.

Predikatorer för bristfällig ECT-effekt

- 1 Kroniska depressioner.
- 2 Depression med personlighetsstörning.
- 3 Depression sekundär till somatisk sjukdom.
- 4 Depression som är resistent mot farmakaterapi.
- 5 Tidigare bristfällig effekt av väl genomförd ECT.

ECT-behandling i Blekinge skall följa speciellt framtagna rutiner för denna behandling för att säkerställa kvalitet och minimera biverkningar.

Patienten bör följas noggrant under ECT-serien gällande effekt och biverkningar. ECT ges vanligtvis 3 gånger per vecka i Karlskrona och i Karlshamn. ECT ges av specialutbildade psykiatrisjuk-sköterskor.

Före ECT behandling skall läkemedel som inte är nödvändiga sättas ut. Inga läkemedel är absolut kontraindicerade under ECT men kan behöva dosjusteras.

Litiumbehandling kan fortgå under ECT-behandlingen men misstänks kunna öka risken för minnes-

biverkan och konfusion. Sätt ut litium om behandlingen inte skall fortgå efter avslutad ECT. Om behandlingen fortgår rekommenderas en serumnivå under 0,6. Litiumdosen bör även eventuellt utsättas kvällen före och på morgonen dagen för ECT.

Antiepileptika som ges på psykiatrisk indikation kan behöva sänkas för att ge optimala kramper.

Bdz motverkar behandlingsutfall och bör om möjligt hållas nere. Om nödvändigt kan läkemedlet ges och Lanexat kan ges vid narkosen för att optimera behandlingseffekt.

För att förhindra återfall efter avslutad ECT-serie bör patienten sättas in på ett återfallsförebyggande läkemedel. Litium i kombination med antidepressiva har den bäst dokumenterade återfallsförebyggande effekten efter ECT.

Det vetenskapliga underlaget för att kunna rekommendera underhålls-ECT är otillräckligt, men kan vara aktuellt om all farmakologi är utprövad och en noggrann utvärdering kontra effekt/minnesbiverkan görs.

Vid poliklinisk ECT ansvarar behandlande öppenvård psykiater för uppföljning och utvärdering av effekter och biverkan. Speciell information finns formulerad till patienten kring förhållningsregler. Bl. a. är bilkörning inte tillåten dagen för ECT.

Både vid ineliggande ECT och poliklinisk ECT skall bedömning kring minnesförmåga göras före, under och efter avslutad behandling. MMT är en grov skattning av kognitiva funktioner bör användas som screening. För depressionsskattning rekommenderas MADRS – M som utöver den vanliga MADRS skattningen även innehåller ett item om minnesfunktion (finns att hämta från www.slo.sll.se/affektivamottagningen).

Kvalitetsindikatorer

I BEFINTLIGA VÅRDPROGRAM har liknande kvalitetsindikatorer definierats.

De viktigaste är följande:

- 1 Väntetid till nybesök för patienter med depression (antal dagar).
- 2 Andelen patienter med depressionsdiagnos som diagnosticerats med kriteriebaserat diagnostiskt instrument (andel av totala antalet personer med depressionsdiagnos).
- 3 Andelen patienter med depression som följts med skattningsinstrument.
- 4 Andel av totala antalet patienter med depressionsdiagnos.
- 5 Andelen patienter med depression som följs upp med självskattningsinstrument.
- 6 Andelen patienter med depression som har samma behandlingsansvariga läkare under hela behandlingstiden (andelen av totalt antal patienter med depressionsdiagnos, beräknat per vårdepisod).
- 7 Finns formaliserade rutiner för uppföljning av patienter som behandlas med litium eller antiepileptika (ja/nej).
- 8 Kan mottagningen erbjuda patientutbildning (ja/nej).
- 9 Kan mottagningen erbjuda anhörigutbildning (ja/nej).
- 10 Deltar mottagningen i kvalitetsregisterarbete (ja/nej).
- 11 Andelen patienter med dokumenterad vårdplan uppgjord tillsammans med patienten.
- 12 Andelen patienter med depression respektive bipolär sjukdom som skattats med instrument för diagnostik av beroendeproblem.

Inför varje nytt år ska två kvalitetsindikatorer fastställas för uppföljning under kommande år.



LANDSTINGET BLEKINGE

PSYKIATRI- OCH HABILITERINGSFÖRVALTNINGEN

371 81 KARLSKRONA • TEL 0455 - 73 10 00
FAX 0455 - 802 50 • E-POST landstinget.blekinge@ltblekinge.se